

La Ética Médica

Código de Ética Médica
del Sindicato Médico
del Uruguay

Normas y Declaraciones
Internacionales



AUTORIDADES DEL SMU

Presidente

Dr. Juan Carlos Macedo

Vicepresidente

Dr. Hugo Rodríguez

Secretario médico

Dr. Gerardo Bruno

Secretario estudiantil

Br. Ignacio Olivera

Tesorera

Dra. Sara Méndez

Vocales

Dres. Julio Correa, José Carlos Cuadro, Barrett Díaz Pose,
José Kierszenbaum, Eduardo Navarrete, Bres. José Ma. Carissi
y Eduardo Ferreira Guido.

COMISIÓN DE PUBLICACIONES Y CONSEJO EDITORIAL

Miembro Responsable:

Br. José María Carissi

Miembros: Dres. Noé Cougett, Ricardo Lista,
Laura Pereda, Estela Puig, Ernesto San Julián, Antonio Turnes
y Br. José María Carissi

Secretaria Administrativa: Silvia Toledo

Editor: Sr. José López Mercao

Corrección: Heber Artigas

Diagramación y Armado: María Rosa Pepe

ISBN 9974-637-06-6

Sindicato Médico del Uruguay - Br. Artigas 1515, Tel.: 401 47 01 - Fax: 409 16 03

1ª Ed., mayo, 1998

Queda hecho el depósito que marca la Ley. Todos los derechos están reservados.

Edición amparada en el Art. 79 de la Ley 13.349 - Comisión del Papel.

PRÓLOGO

Los seres humanos transmiten de generación en generación modelos de conducta, escalas de valores, principios básicos esenciales para la convivencia humana e imprescindibles para el perfeccionamiento moral de la humanidad. Dicha continuidad se logra más por el ejemplo que por la palabra, más por las actitudes concretas de los mayores y los docentes que por los libros o los consejos. De nada sirve enseñar lo que debe ser si quien lo enseña no lo expresa en sus actos cotidianos. Si bien permanentes, estos valores morales no son inmutables, pues como todo lo humano son perfectibles. La expresión escrita en códigos de moral, ética, conductas deontológicas, facilita su transmisión, comprensión, análisis y perfeccionamiento.

En el conjunto social, los médicos, por la especificidad de la función que desempeñan, íntimamente relacionada con la vida y el bienestar de sus semejantes, ocupan un lugar destacado en el entramado social, por lo que adquiere particular relevancia su conducta moral. A la necesidad de su saber científico, se asocia como contraparte imprescindible la seguridad de sus semejantes en sus valores éticos. Esto potencia su capacidad de incidir en el bien del individuo y de la sociedad. Desde la antigüedad, los médicos, conscientes de estos valores, de su rol en la sociedad, han expresado su preocupación por las conductas éticas. El primer documento de difusión universal, de fuerte contenido ético, es el juramento de Hipócrates, siglo V aC, en los comienzos de la medicina científica. A él han de seguir a lo largo de los siglos otros «juramentos», «consejos», «plegarias», notables expresiones literarias de la conciencia ética.

En Uruguay, el gremio médico, desde los orígenes de su organización sindical hace suya esta tradición histórica. En su estatuto fundacional el Sindicato Médico del Uruguay expresa su preocupación por la defensa y elevación moral de la profesión médica, tanto en sus conductas individuales como en su capacidad de incidencia social. A falta de código propio adopta el entonces reciente código de Montpellier. De allí en más el gremio marca una presencia permanente en la consideración y difusión de los temas de la ética médica que se expresa en innumerables documentos de análisis, declaraciones y resoluciones sobre problemas concretos que hacen a la actuación de los médicos en la sociedad y a aspectos deontológicos de sus actividades. La ética médica ha sido tema central en todas las Convenciones Médicas Nacionales. Es así como los médicos uruguayos, en su conjunto, lograron un notorio prestigio por su idoneidad moral y su particular sensibilidad social.

El quiebre institucional de los años 70 fue precedido por graves violaciones de los derechos humanos que siguieron siendo la tónica dominante del proceso. En esa trágica transgresión de normas éticas universales, la directa participación de médicos constituyó una afrenta para todos los profesionales del país. Es natural entonces que en la primera expresión colectiva del gremio, la VII Convención Médica Nacional, realizada en 1984, la ética fuese tema central. Allí surgió el Comité Nacional de Ética Médica, de destacada labor en la reafirmación de las normas morales de conducta y en el juicio de los médicos participantes en torturas. Primer organismo que aunó criterios y voluntades de todos los médicos con un alcance nacional. A partir de estos hechos que conmocionaron profundamente el sentimiento médico, se hizo notoriamente imprescindible escribir las normas y expresarlas en un código de ética que plasmara el sentir de la enorme mayoría de los médicos del país. Una comisión de destacados gremialistas con amplia experiencia en la consideración de temas éticos se aplicó a su redacción, la que finalmente fue aprobada por la asamblea del Sindicato Médico del Uruguay el 27 de abril de 1995. La Federación Médica del Interior simultáneamente estudió y aprobó su código, con una feliz unanimidad de criterios. Existe hoy entonces un Código Nacional de Ética Médica, logro histórico del gremio médico. Este Código que hoy obliga gremial y moralmente a todos los médicos del país, podrá tener además la fuerza de la ley cuando se apruebe la Colegiación Médica Nacional.

En el presente volumen, junto al Código de Ética Médica adoptado por las gremiales médicas, se publican otros documentos esenciales para la comprensión del pensamiento ético en la medicina. Desde el ya destacado juramento hipocrático, pasando por los consejos de Esculapio y las formidables reflexiones de Maimónides, a las más modernas declaraciones, recomendaciones y resoluciones de la Asociación Médica Mundial sobre una amplia temática de la ética médica.

Algunas veces el pesimismo nos gana frente a conductas individuales o colectivas aberrantes, pero el proceso de dignificación del ser humano continuará. Que esta publicación contribuya a estos fines.

Roberto Avellanal

Declaraciones, recomendaciones y resoluciones de la AMM

ÍNDICE ALFABÉTICO DE CONTENIDOS

Los documentos de las declaraciones, recomendaciones y resoluciones de la AMM tienen un orden numérico, que comienza con el **10** (Asuntos Médico-Sociales), luego el **17** (Asuntos de Ética Médica) y por último el **20** (Resoluciones Varias).

A

- **Abandono, Maltrato y, de los Niños**, *Declaración* - 17.W
- **Aborto Terapéutico**, *Declaración de Oslo* - 17.D
- **Académicos, Sanciones o Boicots**, *Declaración* - 20.2/88
- **Acceso a la Atención Médica**, *Declaración* - 10.70
- **Accidentes, Control de**, *Declaración* - 10.B
- **Accidentes de Tránsito**, *Declaración* - 10.A
- **Acústica, Contaminación**, *Declaración* - 17.G/1
- **Adictos a las Drogas Opiáceas, Prescripción de Drogas Sustitutas en el Tratamiento Ambulatorio de los**, *Declaración* - 10.41
- **Adolescentes, Suicidio de**, *Declaración* - 10.23
- **Alcohol y la Seguridad en los Caminos**, *Declaración* - 10.AA
- **Ancianos, Maltratos de los**, *Declaración de Hong Kong* - 10.25
- **Animales en la Investigación Biomédica, Uso de**, *Declaración* - 17.U
- **Anticoncepción, Planificación Familiar y Derecho de la Mujer a la**, *Declaración* - 10.110
- **Armas causan males superfluos o sufrimientos innecesarios, para determinar qué, Proyecto SIRUS**, *Resolución* -20.1/98
- **Armas y su Relación a la Vida y a la Salud**, *Declaración* - 17.130
- **Armas Nucleares**, *Declaración* - 17.270
- **Armas Nucleares, Ensayos de las**, *Resolución* - 20.1/95
- **Armas Químicas y Biológicas**, *Declaración* - 17.Y
- **Asuntos Ambientales y Demográficos, Papel de los Médicos en**, *Declaración* - 10.60
- **Atención Médica, Acceso a la**, *Declaración* - 10.70
- **Atención Médica, Derecho del Niño a la**, *Declaración de Ottawa* - 17.170
- **Atención Médica, Prohibición a las Mujeres el Acceso a la, y Prohibición del Ejercicio de la Profesión a las Doctoras en Afganistán**, *Resolución* - 20.4/97
- **Atención Médica, Mejor Inversión en**, *Resolución* - 20.1/96
- **Atención Médica, Mejoramiento Continuo de la Calidad de la**, *Declaración* - 10.160

- **Atención Médica, Responsabilidad Profesional por los Niveles de,** *Declaración* - 10.150
- **Atención Médica en Áreas Rurales,** *Recomendaciones* - 10.50
- **Atención Médica en Cualquier Sistema Nacional de Atención Médica,** *Principios* - 10.90
- **Atención Médica para la Medicina Deportiva,** *Declaración* - 17.1
- **Atención Médica para los Refugiados,** *Resolución* - 20.8/98
- **Atención de Pacientes con Fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales,** *Declaración* - 17.X
- **Autonomía y Autorregulación Profesional,** *Declaración de Madrid* - 10.10
- **Autorregulación Profesional, Autonomía y,** *Declaración* - 10.10

B

- **Boicots Académicos, Sanciones o,** *Declaración* - 20.2/88
- **Boxeo,** *Recomendaciones* - 17.K

C

- **Catástrofes, Ética Médica en Casos de,** *Declaración* - 17.Z
- **Clonación,** *Resolución* -20.2/97
- **Código Internacional de Ética Médica** - 17.A
- **Comercio de Órganos Vivos,** *Declaración* - 17.M
- **Computadoras en la Medicina, Uso de,** *Declaración* - 20.8
- **Condena de la Mutilación Genital de Mujeres,** *Declaración* - 10.24
- **Conflicto Armado, Tiempo de,** *Regulaciones* - 17.50
- **Contaminación,** *Declaración de Sao Paulo* - 17.G
- **Contaminación Acústica,** *Declaración* - 17.G/1
- **Convención de Ottawa, Apoyo a la,** *Resolución* - 20.7/98

D

- **Declaración de Hamburgo** - 17.FFFF
- **Declaración de Helsinki** - 17.C
- **Declaración de Hong Kong** - 10.25
- **Declaración de Lisboa** - 17.H
- **Declaración de Madrid** - 10.10
- **Declaración de Malta** - 17.FFF
- **Declaración de Oslo** - 17.D
- **Declaración de Ottawa** - 17.170
- **Declaración de Rancho Mirage** - 10.80
- **Declaración de Sao Paulo** - 17.G
- **Declaración de Sydney** - 17.B
- **Declaración de Tokio** - 17.F
- **Declaración de Venecia** - 17.J
- **Defensa y Secreto del Paciente,** *Declaración* - 17.OO

- **Demográficos, El Papel de los Médicos en Asuntos Ambientales y,**
Declaración - 10.60
- **Derecho de la Mujer a la Anticoncepción, Planificación Familiar y,**
Declaración - 10.110
- **Derecho del Niño a la Atención Médica,** *Declaración de Ottawa* - 17.170
- **Derechos Humanos,** *Resolución* - 20.2/90
- **Derechos Humanos y Libertad Individual de los Médicos,**
Declaración - 17.L
- **Derechos Humanos relacionados con la Salud en Kosovo,**
Informes de Violaciones de, *Resolución* - 20.9/98
- **Derechos del Paciente,** *Declaración de Lisboa* - 17.H
- **Drogas Opiáceas, Prescripción de Drogas Sustitutas en el**
Tratamiento Ambulatorio de los Adictos a las, *Declaración* - 10.41
- **Drogas Genéricas,** *Resolución* - 20.4/88
- **Drogas Genéricas, Sustitución de,** *Declaración* - 10.40
- **Drogas Psicotrópicas, Uso y Abuso de,** *Declaración* - 20.30
- **Drogas Sustitutas en el Tratamiento Ambulatorio de los Adictos**
a las Drogas Opiáceas, Prescripción de, *Declaración* - 10.41

E

- **Embargos Económicos y la Salud,** *Resolución* - 20.5/97
- **Embriones, Fecundación In Vitro y Trasplante de,** *Declaración* - 17.N/3
- **Embriones, Aspectos Éticos de la Reducción del Número de,**
Declaración - 17.N
- **Enfermedades Mentales, Problemas Éticos de Pacientes con,**
Declaración - 17.OO/1
- **Enfermedad Terminal,** *Declaración de Venecia* - 17.J
- **Enfermedades Terminales, Atención de Pacientes con Fuertes**
Dolores Crónicos en las, *Declaración* - 17.X
- **Educación Médica,** *Declaración de Rancho Mirage* - 10.80
- **Educación Médica,** *Declaración* - 10.81
- **Estado Vegetativo Persistente,** *Declaración* - 17.V
- **Éticos, Aspectos, de la Reducción del Número de Embriones,**
Declaración - 17.N/3
- **Éticos, Problemas, de los Pacientes con Enfermedades Mentales,**
Declaración - 17.OO/1
- **Ética Médica en casos de Catástrofes,** *Declaración* - 17.Z
- **Ética Médica, Código Internacional de** - 17.A
- **Ética Médica, Observación Médica a Domicilio, Telemedicina y,**
Declaración - 17.35
- **Eutanasia,** *Declaración* - 17.P
- **Exámenes Físicos de los Presos,** *Declaración* - 17.FF
- **Exportación de Tabaco** - véase **Tabaco**

F

- **Fabricación de Tabaco**, véase **Tabaco**
- **Fecundación In Vitro y el Trasplante de Embrión**, *Declaración* - 17.N
- **Fuerza Laboral Médica**, *Resolución* - 10.180
- **Fumar**, véase **Tabaco**
- **Fumar en Vuelos Internacionales, Prohibición de**, *Resolución* - 20.2/91

G

- **Genoma Humano, Proyecto**, *Declaración* - 17.S/1

H

- **La Haya en 1999, llamado a la Paz de la**, *Resolución* - 20.2/98
- **Huelga de Hambre, Personas en**, *Declaración* - 17.FFF

I

- **Importación de Tabaco**, véase **Tabaco**
- **Independencia y Libertad Profesional del Médico**, *Declaración* - 17.O
- **Ingeniería Genética, Orientación Genética y la**, *Declaración* - 17.S
- **Inversión en Atención Médica, Mejor**, *Resolución* - 20.1/96
- **Investigación Biomédica en Seres Humanos**, *Declaración de Helsinki* - 17.C.
- **Investigación Biomédica, Uso de Animales en la**, *Declaración* - 17.U

K

- **Karadich, Radovan**, *Resolución sobre* - 20.3/96
- **Kosovo, Informes de Violaciones de Derechos Humanos relacionados con la Salud en**, *Resolución* - 20.9/98

L

- **Libertad para Participar en Reuniones Médicas**, *Declaración* - 17.90
- **Libertad Profesional del Médico, Independencia y**, *Declaración* - 17.O
- **Libertad Individual de los Médicos, Derechos Humanos y**,
Declaración - 17.L
- **Licencias a los Médicos que Escapan de la Persecución por Graves Delitos Penales, Otorgamiento de**, *Declaración* - 17.210

M

- **Maltrato y Abandono del Niño**, *Declaración* - 17.W
- **Maltrato de Ancianos**, *Declaración de Hong Kong* - 10.25

- **Medicina Deportiva, Normas de Atención Médica para la,** *Declaración - 17.I*
- **Medicamentos Antimicrobianos, Resistencia a los,** *Declaración - 10.120*
- **Médicos, Derechos Humanos y Libertad Individual de los,** *Declaración - 17.L*
- **Médicos en el Tratamiento de Pacientes con Sida, Responsabilidad Profesional de los,** *Declaración - 17.R/1*
- **Minas antipersonal y sobre su destrucción, Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de, Apoyo a la Convención de Ottawa,** *Resolución - 20.7/98*
- **Mujer, Derecho de la, a la Anticoncepción, Planificación Familiar,** *Declaración - 10.110*
- **Muerte,** *Declaración de Sydney- 17.B*
- **Muerte, Participación del Médico en la Pena de,** *Resolución - 20.6/81*
- **Mutilación Genital de Mujeres, Condena de la,** *Declaración - 10.24*

N

- **Negligencia Médica,** *Declaración - 10.C*
- **Niño, Maltrato y Abandono del,** *Declaración - 17.W*

O

- **Orientación Genética y la Ingeniería Genética,** *Declaración - 17.S*

P

- **Paciente, Derechos del,** *Declaración - 17.H*
- **Pacientes con Enfermedades Mentales, Problemas Éticos de,** *Declaración - 17.OO/1*
- **Pacientes con Fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales, Atención de,** *Declaración - 17.X*
- **Pacientes con Sida, Responsabilidad Profesional de los Médicos en el Tratamiento de,** *Declaración - 17.R/1*
- **Papel de los Médicos en Asuntos Ambientales y Demográficos,** *Declaración - 10.60*
- **Paz, llamado de La Haya en 1999 a la,** *Resolución - 20.2/98*
- **Pena de Muerte, Participación del Médico en la,** *Resolución - 20.6/81*
- **Personas en Huelga de Hambre,** *Declaración - 17.FFF*
- **Planificación Familiar y el Derecho de la Mujer a la Anticoncepción,** *Declaración - 10.110*
- **Práctica Médica de Grupo,** *Declaración - 20.3/88*
- **Presos, Exámenes Físicos de los Presos,** *Declaración - 17.FF*
- **Promoción de la Salud,** *Declaración - 10.75*
- **Proyecto Genoma Humano,** *Declaración - 17.S/1*
- **Proyecto SIRUS,** *Resolución - 20.1/98*

R

- **Recursos Humanos Médicos**, *Declaración I, II, III - 20.10/I, II, III*
- **Reducción del Número de Embriones, Aspectos Éticos**,
Declaración - 17.N/3
- **Refugiados, Atención Médica para los**, *Resolución - 20.8/98*
- **Relator de las Naciones Unidas sobre la Independencia e Integridad de los Profesionales de la Salud**, *Propuesta - 17.250*
- **Resistencia a los Medicamentos Antimicrobianos**, *Declaración - 10.120*
- **Responsabilidad Profesional por los Niveles de Atención Médica**, *Declaración - 10.150*
- **Reuniones Médicas, Libertad de Participar en**, *Declaración - 17.90*

S

- **Salud, Armas y su relación a la Vida y la**, *Declaración - 17.130*
- **Salud, Promoción de la**, *Declaración - 10.75*
- **Salud Infantil, Normas Generales** - 10.20
- **Sanciones o Boicots Académicos**, *Declaración - 20.2/88*
- **Secreto, Defensa y del Paciente**, *Declaración - 17.OO*
- **Seguridad en los Caminos, El Alcohol y la**, *Declaración - 10.AA*
- **Seguridad en el Trabajo**, *Declaración - 10.55*
- **Sida**, *Declaración Provisoria - 17.R*
- **Sida, Responsabilidad Profesional de los Médicos en el Tratamiento de Pacientes con**, *Declaración - 17.R/1*
- **Sida - Problemas causados por la Epidemia del VIH**, *Declaración - 17.R/2*
- **Suicidio de Adolescentes**, *Declaración - 10.23*
- **Suicidio con Ayuda Médica**, *Declaración - 17.PP*
- **Sustitución Terapéutica**, *Resolución - 20.1/90*

T

- **Tabaco en la Salud, Peligros que Produce el**, *Declaración - 10.30*
- **Tabaco, Fabricación, Importación, Exportación, Venta y Publicidad del**, *Declaración - 10.31*
- **Tejido Fetal, Trasplante de**, *Declaración - 17.T*
- **Telemedicina y Ética Médica, Observación Médica a Domicilio**,
Declaración - 17.35
- **Tortura, u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, Apoyo a los Médicos que se Niegan a Participar o a Tolerar la**,
Declaración - 17.FFFF
- **Tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas**,
Declaración de Tokio - 17.F
- **Trabajo, Seguridad en el**, *Declaración - 10.55*
- **Trasplante de Órganos Humanos**, *Declaración - 17.Q*

- **Trasplante de Órganos Humanos, Conducta del Médico en Relación al,** *Resolución - 20.2/94*
- **Trasplante de Tejido Fetal,** *Declaración - 17.T*
- **Tuberculosis, Tratamiento con Medicamentos de la,** *Declaración - 10.190*

V

- **Venta de Tabaco** - véase **Tabaco**
- **Violaciones de Derechos Humanos relacionados con la Salud en Kosovo,** *Resolución - 20.9/98*
- **Violencia Familiar,** *Declaración - 10.140*
- **VIH, Problemas Causados por la Epidemia del,** *Declaración - 17.R/2*

Índice alfabético por materia del Código de Ética del Sindicato Médico del Uruguay

A

- abstención de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética** · 32
- abuso sexual** · 52
- accidentes** · 11
- acreditación de idoneidad profesional** · 17
- actualización de conocimientos** · 3
- ámbito de aplicación del Código** · 1
 - infracciones al Código · 1
 - jurisdicción disciplinaria · 1
 - obligatoriedad para los socios del SMU · 1
- apoyo emocional** · 23
- asistencia a grupos específicos de pacientes** · 51, 52, 53, 54, 55, 56
 - deportistas · 57
 - discriminación en la atención sanitaria · 53
 - enfermedad estigmatizante · 53
 - grupos sociales minoritarios · 51
 - indiferencia ante el abuso sexual · 52
 - indiferencia ante la violencia doméstica · 52
 - indiferencia ante la violencia en general · 52
 - minoría étnica · 53
 - orientación sexual · 53
 - paciente psiquiátrico · 55, 56
 - personas discapacitadas · 51
 - personas malformadas · 51
- atención en condiciones físicas adecuadas** · 9
- atención en condiciones psíquicas adecuadas** · 9
- atención primaria de la salud** · 7
- atentados contra la integridad física** · 2
- atentados contra la integridad moral** · 2
- ayuda espiritual o religiosa** · 23

B

- brindar todos sus conocimientos** · 3

C

- calidad de asistencia** · 5
- catástrofes** · 11
- certificado de complacencia** · 19
- certificados médicos** · 21

confidencialidad sobre diagnóstico · 21
 confidencialidad sobre patología · 21
 confidencialidad sobre tratamiento · 21
 consentimiento del paciente · 21
 exigencia de conducta contraria al secreto médico · 21
 presión institucional para revelar el secreto médico · 21
 redacción · 21

coacción por motivos económicos o ideológicos · 30

Código de Ética Médica

revisión · 81

colaboración interdisciplinaria en beneficio de la persona · 71

colegiación médica obligatoria · 82

Comité de Ética

critérios para la evaluación del protocolo de investigación
 declaraciones internacionales aplicables · 58

conciencia de sus propios valores · 3

condiciones de atención sanitaria · 3

confidencialidad · 20, 21, 22

confidencialidad de los datos del paciente · 20

confidencialidad de registros informatizados · 20

confidencias · 3

conflicto armado · 48

conflictos bélicos · 11

conflictos éticos

organismos para dirimirlos · 77

reglamentación de la práctica profesional · 78

conflictos éticos entre las personas y los médicos

organismos para dirimirlos · 77

conflictos éticos entre los médicos

organismos para dirimirlos · 77

conflictos éticos entre los médicos y las instituciones

organismos para dirimirlos · 77

conocer las reglamentaciones que rigen sus obligaciones · 14

conocer sus derechos · 14

Consejo Arbitral del SMU · 83

consentimiento a la donación de órganos · 45

consentimiento válido · 15

consentir o rechazar libremente un procedimiento · 15

consulta con otro médico · 24

continuidad de la asistencia · 24, 37

continuidad e integridad de la atención · 24

contratación por dinero de madre gestante · 40

contratos de trabajo · 35

convenios salariales · 35

convicciones personales · 10

cuidado de la salud de la comunidad · 2

cuidado de la salud de las personas · 2
cuidado del medio ambiente · 6
custodia de la historia clínica · 16

D

datos utilizados para un trabajo de investigación · 60
deber de decir la verdad · 15
deber de registrar el acto médico · 16
deber del equipo médico · 3
deber del médico de comunicar los beneficios y los riesgos · 15
deber del médico de garantizar el secreto de consulta · 20
deberes del médico · 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26. *Véase además* responsabilidad social del médico
 aclarar a las personas o instituciones cuando los datos obtenidos sean utilizados para un trabajo de investigación · 60
 atender a todo paciente que se le dirija aunque no lo sepa el médico que lo trató anteriormente · 68
 atender en condiciones físicas y psíquicas adecuadas · 9
 atenerse a los convenios · 35
 brindar todos sus conocimientos · 3
 buscar el rendimiento equitativo de recursos · 12
 buscar el rendimiento óptimo de recursos · 12
 buscar la colaboración interdisciplinaria en beneficio de la persona · 71
 buscar los mejores medios de diagnóstico · 12
 buscar los mejores medios de tratamiento · 12
 comunicar sobre contratos a su gremial · 35
 comunicar sus conclusiones al médico que atendió anteriormente a un paciente · 68
 cuidar a sus pacientes como a su ser más querido · 26
 denuncia ante el juez
 sospecha de abuso sexual · 52
 sospecha de maltrato · 52
 denuncia del ejercicio ilegal de la profesión · 8
 denunciar la mala distribución de los bienes sociales · 12
 denunciar la malversación de bienes sociales · 12
 evitar el despilfarro · 12
 evitar la negligencia en la administración de recursos · 12
 exigir condiciones básicas para asegurar la calidad de la asistencia · 5
 exigir que otros profesionales no asuman lo que a él le corresponda · 71
 informar adecuadamente al sujeto sobre todo riesgo físico, emocional o social en el curso de una investigación o experimentación · 62
 informar de los honorarios previamente a la consulta · 35
 informar en caso de torturas · 49
 informar en caso de tratos crueles · 49
 informar en caso de tratos degradantes · 49

- informar en caso de tratos inhumanos · 49
- informar sobre las consecuencias de la esterilización · 38
- médico psiquiatra · 56
 - cuidados en la aplicación estricta de procedimientos terapéuticos · 56
 - informar de todas las alternativas disponibles · 56
 - informar si no cuenta con los medios técnicos apropiados · 56
- médicos militares
 - estamento superior del Código de Ética sobre cualquier reglamento · 50
- médicos policiales
 - estamento superior del Código de Ética sobre cualquier reglamento · 50
- no ser un simple ejecutor de la tarea · 26
- obligación de derivar el paciente a otro médico · 32
- paciente psiquiátrico
 - información a familiares o tutores en ausencia de capacidad de decisión · 55
- prohibición de participar o realizar tratamientos psiquiátricos en personas sin enfermedad psiquiátrica · 54
- proteger de todo riesgo a los participantes de una investigación o experimentación · 62
- realizar un seguimiento de los pacientes sujetos de investigación o experimentación · 63
- recabar el consentimiento válido del individuo antes de participar en cualquier tipo de investigación · 59
- respetar el trabajo y la independencia de otros profesionales · 71
- respetar siempre la vida humana · 37
- responsabilidad por el enfermo · 26
- responsabilidad por el ser humano sano · 26
- deberes del médico como perito · 76**
- deberes del paciente · 14, 15, 16, 20, 21, 23, 24**
- decálogo de la profesión · 3**
 - actualización de sus conocimientos · 3
 - brindar a la persona sus conocimientos · 3
 - condiciones de atención sanitaria · 3
 - lucro económico · 3
 - respetar la vida, la dignidad y la libertad · 3
 - secretos sobre datos del paciente · 3
 - trabajo de equipo · 3
 - valores éticos, ideológicos, políticos o religiosos del médico · 3
 - valores éticos, posibilitar encuentro del paciente con otro profesional idóneo · 3
 - veracidad en su labor · 3
- declaración de principios éticos fundamentales · 2**
 - atentados contra la integridad física · 2
 - atentados contra la integridad moral · 2
 - cuidado de la salud de la comunidad · 2
 - cuidado de la salud de las personas · 2

- desarrollo del ser humano · 2
- exterminio del ser humano · 2
- formación profesional · 2
- normas éticas · 2
- padecimientos no impuestos por razones médicas · 2
- prevención de la enfermedad · 2
- principios éticos · 2
- promoción de la salud · 2
- protección de la salud · 2
- respeto de la vida · 2
- respeto de los derechos humanos · 2
- sentimientos humanitarios · 2
- tratos crueles · 2
- tratos degradantes · 2
- tratos inhumanos · 2
- dedicación más allá de su práctica habitual · 11**
- defensa de sus derechos · 35**
- delegación de atribuciones exclusivas del médico · 8**
- denuncia de la mala distribución de los bienes sociales · 12**
- denuncia del ejercicio ilegal de la profesión · 8**
- deportista de competición · 57**
- derecho a la confidencialidad · 20**
- derecho a saber los motivos de traslado a otro servicio o centro asistencial · 15**
- derecho al secreto de consulta · 20**
- derecho de registrar el acto médico · 16**
- derecho del equipo médico · 3**
- derecho del paciente a conocer la asistencia brindada · 16**
- derecho del paciente a no revelar su nombre · 20**
- derecho del paciente a obtener la información sobre su enfermedad · 16**
- derechos del médico · 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 33, 35**
 - abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia · 32
 - asociarse libremente para defender sus derechos · 35
 - autonomía del ejercicio profesional en el ámbito público o privado · 29
 - disponer de instalaciones dignas · 31
 - ejercer su profesión de manera digna · 30
 - establecer contratos de trabajo escritos · 35
 - huelga médica · 36
 - independencia del ejercicio profesional en el ámbito público o privado · 29
 - medios técnicos suficientes · 31
 - negar su atención · 34
 - no ser coaccionado por motivos económicos o ideológicos · 30
 - rechazar la práctica de aborto legalmente amparado · 37
 - retribución justa · 35
 - solidaridad de sus colegas en caso de trato injusto o indigno o en otro tipo de necesidad · 35

- derechos del paciente** · 14, 15, 16, 20, 21, 23, 24
 - ayuda emocional · 23
 - ayuda espiritual o religiosa · 23
 - confidencialidad · 20, 24
 - confidencialidad sobre diagnóstico · 21
 - confidencialidad sobre su patología · 21
 - confidencialidad sobre sus datos · 20
 - confidencialidad sobre tratamiento · 21
 - conocer beneficios y riesgos de procedimientos · 15
 - conocer la asistencia brindada · 16
 - conocer las reglamentaciones · 14
 - conocer quién es el médico responsable de la continuidad de la atención · 24
 - conocer sus derechos · 14
 - conocer sus obligaciones · 14
 - consentir procedimiento diagnóstico o terapéutico · 15
 - consulta con otro médico · 24
 - continuidad de la asistencia · 24
 - dar su consentimiento válido antes de participar en cualquier tipo de investigación · 59
 - información completa y veraz sobre diagnóstico y tratamiento · 15
 - intimidad de su cuerpo · 23
 - intimidad de sus emociones · 23
 - libre elección de su médico · 24
 - no revelar su nombre · 20
 - no ser abandonado arbitrariamente por el médico · 24
 - no ser despreciado por sus condiciones físicas o psíquicas · 25
 - no ser estigmatizado por sus condiciones físicas o psíquicas · 25
 - no ser perjudicado por el acto médico · 14
 - obtener la información sobre su enfermedad · 16
 - paciente psiquiátrico
 - potencialización de su capacidad de decisión · 55
 - privación de su independencia el tiempo mínimo necesario para que recupere su autonomía · 55
 - respeto de su dignidad · 55
 - personas discapacitadas · 51
 - personas malformadas · 51
 - rechazar procedimiento diagnóstico o terapéutico · 15
 - respeto de su dignidad · 14
 - retirarse de una investigación · 61
 - secreto de la consulta · 20
 - ser informado sobre todo riesgo físico, emocional o social posible como sujeto de investigación o experimentación · 62
 - veracidad en la información · 15
- derivación a otro médico** · 32
- desarrollo del ser humano** · 2
- despilfarro** · 12

- diagnóstico** · 12
- dicotomía de honorarios** · 28
- discapacitados** · Véase personas discapacitadas
- discriminación** · 2, 3
- discriminación en la atención sanitaria** · 53
- distinción entre hechos científicamente comprobados** · 10
- donación de órganos** · 45, 46
 - consentimiento · 45
 - extracción · 45
 - fomento · 45
 - rechazo · 45

E

- educación médica continua** · 13
- ejercicio ilegal de la profesión** · 8
- embrión humano**
 - discriminación por sexo · 41
 - experimentación · 39
 - materia prima de cosméticos · 39
 - materia prima de medicamentos · 39
- embriones gestados in vitro** · 39
- emergencias extremas** · 15
- emisión de informes y certificados** · 19
 - certificado de complacencia · 19
 - informe falso · 19
 - informe tendencioso · 19
- empleo de lenguaje suficiente y adecuado** · 15
- enfermedad psiquiátrica** · 54
- enfermos terminales** · 43
 - alivio de sufrimientos físicos · 43
 - mortificaciones artificiales · 43
 - muerte digna · 43
- epidemias** · 11
- equipo de salud**
 - responsabilidad individual del médico · 69
 - toma de decisiones que lo afecten · 69
- equipo de trasplante** · 45
- estado de intoxicación** · 9
- esterilización** · 38
 - consentimiento libre y consciente · 38
 - información sobre consecuencias · 38
- eugenesia** · 41
 - discriminación según el sexo · 41
 - enfermedades graves relacionadas con el sexo · 41
- eutanasia activa** · 42

- experimentación en embriones** · 39
- experimentación en seres humanos** · *Véase* investigación clínica y experimentación en seres humanos
- exposición de títulos, diplomas o certificados** · 17
- exterminio del ser humano** · 2
- extracción de órganos** · 45
mantenimiento de la circulación por medios artificiales · 45
- extracción de órganos de sujetos vivos** · 46
coacción emocional · 46
consentimiento · 46
explotación económica · 46
vínculos parentales · 46

F
falta ética grave

- alteración engañosa de las condiciones físicas del deportista de competición · 57
- amparo del ejercicio ilegal de la profesión · 8
- arriesgar la salud o la vida del deportista de competición · 57
- atención en estado de intoxicación · 9
- discriminación en la atención sanitaria a grupos específicos de pacientes · 53

fallos de la autoridad competente · 80**fidelidad a los acuerdos o promesas** · 24**formación en ética médica** · 13**formación profesional reconocida** · 2

G
garantía del secreto de consulta · 20**gestación de seres humanos para comerciar** · 39**gestación de seres humanos para investigar** · 39**gestación de seres humanos para ser usados como fuente de recursos diagnósticos** · 39**gestación de seres humanos para ser usados como fuente de recursos terapéuticos** · 39**grupos sociales minoritarios**

- abuso sexual · 52
- maltrato · 52

guerra civil · *Véase* lucha civil

H
hallazgos científicos

- aportes de otros autores · 72
- comunicación prioritaria en un ambiente calificado para valorarlos · 72

- divulgación pública · 72
- méritos de otros autores · 72
- objetividad y veracidad · 72
- sobrevaloración · 72
- hechos científicamente comprobados** · 10
- historia clínica** · 16
 - acceso de terceras personas · 16
 - custodia de la historia clínica · 16
 - deber de registrar el acto médico · 16
 - derecho de registrar el acto médico · 16
 - derecho del paciente a conocer la asistencia brindada · 16
 - derecho del paciente a obtener la información sobre su enfermedad · 16
 - propiedad · 16
 - registro del acto médico · 16
- honorarios** · 35, 73
- huelga de hambre** · 44
- huelga médica**
 - asistencia a pacientes internados · 36
 - aviso a la sociedad · 36
 - casos urgentes e inaplazables · 36
 - cumplimiento de reglamentaciones del SMU · 36
 - justificación ética · 36

I

- idoneidad profesional** · 17
- imposición de tratamientos que violen la decisión válida de un paciente** · 44
- inexistencia de medios técnicos apropiados** · 15
- información a la familia o tutor legal** · 15
- información sobre asistencia brindada** · 16
- información sobre la enfermedad** · 16
- información sobre maniobras diagnósticas o terapéuticas** · 15
- informe falso** · 19
- informe tendencioso** · 19
- infracciones a los principios del Código de Ética**
 - actitud del médico · 79
 - rechazo o reiteración
 - deber de informar al SMU · 79
- infracciones a los Reglamentos del SMU**
 - actitud del médico · 79
 - rechazo o reiteración
 - deber de informar al SMU · 79
- infracciones al Código** · 1
- inicio de la vida humana**
 - rechazo a práctica de aborto legalmente amparado · 37

- instalaciones dignas** · 31
- intento de soborno** · 28
- investigación clínica y experimentación con seres humanos** · 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65. *Véase además* protocolo de investigación
advertencia previa cuando no pueda preservarse el anonimato · 65
confidencialidad de los datos obtenidos · 65
consentimiento válido de todo individuo antes de participar · 59
garantía de anonimato en publicaciones · 65
obligación del médico de recabar el consentimiento previo · 59
revelación de la identidad del sujeto con su autorización · 65
supresión de datos discordantes con hipótesis y teorías · 64
- investigación éticamente aceptable** · 7
-

J

- jurisdicción disciplinaria** · 1
-

L

- legitimidad de exponer títulos, diplomas o certificados** · 17
- libre elección del médico tratante** · 24
- lucro económico** · 3
- lucha civil** · 48
-

M

- maltrato** · 52
sospecha
denuncia ante el juez · 52
- malversación de bienes sociales** · 12
- manipulación afectivo-emocional del paciente** · 3
- manipulación axiológica del paciente** · 3
- manipulación económica del paciente** · 3
- manipulación sexual del paciente** · 3
- manipular a terceros** · 10
- médico certificador** · 21
obligación de denuncia de presión institucional · 21
- médico como perito**
imposibilidad de brindar asistencia simultáneamente al mismo paciente · 76
información al paciente previa al examen como perito · 76
negativa del paciente a ser examinado · 76
- médicos militares** · 50
- médicos policiales** · 50
- medidas disciplinarias** · 9
- medios técnicos suficientes** · 31

muerte digna · 43
muerte encefálica
 comprobación · 45
 extracción de órganos · 45
 prolongación · 43

N

negativa de atención médica · 34
negligencia en la administración de recursos · 12
normas éticas · 2

O

obligación de atender en condiciones adecuadas · 9
obtención de beneficios inadmisibles · 28
opinión médica · 18
opinión sobre productos comerciales · 18
opiniones personales · 10

P

paciente psiquiátrico · 55, 56
padecimientos no impuestos por razones médicas · 2
participación de los médicos
 aplicación de la pena de muerte · 47
pena de muerte · 47
peritaje · 76
perjuicio a terceros · 15
perjuicio por acto médico · 14
personas discapacitadas
 abuso sexual · 52
 maltrato · 52
 violencia doméstica · 52
posibilitar encuentro del paciente con otro profesional idóneo · 3
prácticas no éticas
 beneficio propio en un mandato electivo · 28
 beneficio propio en una función administrativa · 28
 dicotomía de honorarios · 28
 intento de soborno · 28
 retribuciones no admisibles · 28
prescripción de medicamentos · 33
prescripción del procedimiento diagnóstico o terapéutico que considere más adecuado · 33
prescripción del medicamento que considere más conveniente · 33
preservación del medio ambiente · 6

- prevención de la enfermedad** · 2
- principios éticos** · 2
- principios éticos fundamentales** · Véase declaración de principios éticos fundamentales
- problemas éticos específicos**
 - inicio de la vida humana · 37, 38, 39, 40, 41
- procedimiento diagnóstico**
 - consentimiento subrogado · 55
- procedimiento para solución de los conflictos éticos** · 77, 78, 79
 - fallos de la autoridad competente · 80
- procedimiento terapéutico**
 - consentimiento subrogado · 55
- procedimientos diagnósticos** · 33
- procedimientos terapéuticos** · 33
- progreso científico de la medicina** · 4
- progreso tecnológico de la medicina** · 4
- prohibiciones al médico** · 47
 - asesoramiento en torturas · 47
 - encubrimiento de torturas · 47
 - participar en actos de exterminio · 47
 - participar en actos destinados a la lesión de la dignidad del ser humano · 47
 - participar en actos destinados a la lesión de la integridad física o mental del ser humano · 47
 - participar en torturas · 47
 - presenciar torturas · 47
 - presenciar tratamientos degradantes · 47
- promoción de la salud** · 2, 5, 6
- propiedad de la historia clínica** · 16
- protección de la salud** · 2
- protocolo de experimentación**
 - aprobación explícita por un Comité de Ética · 58
- protocolo de investigación
 - aprobación explícita por un Comité de Ética · 58
 - evaluación
 - declaración de Helsinki · 58
 - declaración de Nüremberg · 58
 - declaración de Tokio · 58
- publicidad médica** · 17

R

- rechazo a la donación de órganos** · 45
- rechazo de procedimientos** · 15, 44
 - deber del paciente de firmar documento · 15
- redacción de certificados médicos** · 21
- registro del acto médico** · 16

registros informatizados · 20

reglamentación de la práctica profesional · 78

regulación de honorarios

ayuda gratuita a personas de recursos insuficientes · 73

competencia desleal · 73

explotación económica de colegas · 74

reglamentos del SMU · 73

rehabilitación · 9

reiteración de falta · 9

relación con colegas, con otros profesionales y con las instituciones · 66,

67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

relación con instituciones públicas o privadas

actuar con lealtad a las normas que tiendan a la mejor atención de los pacientes · 75

actuar con responsabilidad técnica · 75

autoridad efectiva sobre el personal colaborador en el área de su competencia · 75

deficiencias de orden ético que menoscaben la correcta atención del paciente

deber de denunciarlas al SMU si no fueran corregidas · 75

deber de poner en conocimiento a la dirección de la institución · 75

deficiencias que menoscaben la correcta atención del paciente · 75

deber de poner en conocimiento a la dirección de la institución · 75

deficiencias que menoscaben la correcta atención del paciente

deber de denunciarlas al SMU si no fueran corregidas · 75

exigencia por la institución del cumplimiento de las normas contenidas en el Código de Ética · 75

prestigio de la institución · 75

respeto del Código de Ética por la institución · 75

relación humana entre médicos

calumnia · 66

comentarios capaces de perjudicar al colega en el ejercicio profesional · 66

convivencia en el ámbito del trabajo colectivo · 66

repercusión en la asistencia de los pacientes · 66

valor en sí misma · 66

relación médico-paciente · 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36

derechos y deberes mutuos · 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36

relación profesional entre médicos

circunstancias, modos y procedimientos · 70

competencia desleal de los honorarios · 73

deber de atender al paciente que se le dirija aunque no lo sepa el médico que lo atendió anteriormente · 68

deber de comunicar sus conclusiones al médico que atendió anteriormente a un paciente · 68

- decisión en común sobre conducta a seguir en cada caso · 67
- equipo de salud · 69
- explotación económica de colegas · 74
- mutuo respeto · 67
- reglamentación por el SMU · 70
- relación de igualdad · 70
- relación de subordinación · 70
- rendimiento equitativo de recursos · 12**
- rendimiento óptimo de recursos · 12**
- respeto a la intimidad de las emociones del paciente · 23**
- respeto a la intimidad del cuerpo del paciente · 23**
- respeto a las decisiones válidas del paciente · 15**
- respeto al pudor del paciente · 23**
- respeto de la confidencialidad · 20, 21, 22**
- respeto de la confidencialidad por equipo de salud · 20**
- respeto de la dignidad · 3**
- respeto de la dignidad del paciente · 14**
- respeto de la intimidad · 20, 21, 22**
- respeto de la libertad · 3**
- respeto de la vida · 2, 3**
- respeto de los derechos humanos · 2**
- responsabilidad individual del médico integrante de un equipo de salud · 69**
- responsabilidad por el enfermo · 26**
- responsabilidad por el ser humano sano · 26**
 - cuidar su paciente como si fuera su ser más querido · 26
- responsabilidad profesional · 26, 27
- responsabilidad social del médico**
 - asumir riesgos en su salud individual · 11
 - buscar el rendimiento óptimo de los recursos · 12
 - buscar los mejores medios de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes · 12
 - denuncia de malversación o mala distribución de bienes sociales · 12
 - denuncia del ejercicio ilegal de la profesión · 8
 - distinguir con prudencia
 - hechos científicamente comprobados · 10
 - opiniones personales · 10
 - valores éticos universales · 10
 - educación médica continua · 13
 - entrega y dedicación más allá de su práctica habitual · 11
 - evitar el despilfarro · 12
 - evitar negligencias en la administración de los recursos · 12
 - evitar ser utilizado por poderes sociales para manipular y sugestionar a terceros · 10
 - formación en ética médica · 13
 - obligación de atender en condiciones adecuadas · 9

- promoción de la salud
 - atención primaria de la salud · 7
 - calidad de la asistencia · 5
 - calidad de la asistencia en cualquier ámbito de trabajo · 5
 - cuidado del ambiente · 6
 - deterioro del ambiente humano · 6
 - exigir las condiciones básicas para asegurar la calidad de la asistencia · 5
- respuesta ante accidentes · 11
- respuesta ante catástrofes · 11
- respuesta ante conflictos bélicos · 11
- respuesta ante epidemias · 11
- responsabilidades del médico · 5. Véase además** responsabilidad social del médico
 - perjuicios que puedan derivarse de una investigación o experimentación · 63
- respuesta ante catástrofes, accidentes, epidemias, conflictos bélicos · 11**
- restricciones al secreto médico · 22**
 - amenaza a bienes fundamentales para la sociedad · 22
 - amenaza a la vida de terceros · 22
 - casos establecidos por la ley · 22
 - contagio de enfermedades · 22
 - deber de no violentar el secreto médico ante reclamo de la Justicia · 22
 - defensa legal contra acusación de su paciente · 22
 - homicidio · 22
 - reclamo a la Justicia que recurra a sus propios medios para investigar un posible delito · 22
 - suicidio · 22
 - transmisión hereditaria de enfermedades · 22
- retribución justa · 35**
- retribuciones inadmisibles · 28**
- revisión del Código de Ética Médica · 81**
- riesgos del médico en su salud individual · 11**

S

- salud física de la persona · 14**
- salud integral de la persona · 14**
- secreto de la consulta · 20**
- secreto profesional · 20, 21, 22**
- secreto sobre datos del paciente · 3**
- soborno · 28**
- solidaridad de sus colegas · 35**
- sugestionar a terceros · 10**
- supresión de datos discordantes con hipótesis o teorías · 64**

T**terminación de la vida humana** · 42, 43, 44

- enfermos terminales · 43
- eutanasia activa · 42
- muerte digna · 43
- muerte encefálica · 43

tortura · 47

- asesoramiento · 47
- encubrimiento · 47
- participación activa · 47
- presencia · 47
- prohibición de participar o cooperar · 47
- silencio · 47
- tolerancia · 47

trabajo de equipo · 3**traslado del paciente** · 15**trasplante de órganos** · 45, 46**tratamiento** · 12**tratamientos psiquiátricos** · 54**trato injusto o indigno** · 35**tratos crueles** · 2, 47**tratos degradantes** · 2, 47**tratos inhumanos** · 2, 47

U**uso de embriones como materia prima para cosméticos** · 39**uso de embriones como materia prima para medicamentos** · 39**utilización del progreso científico y tecnológico** · 4**utilización por los poderes sociales** · 10

V**valores éticos universales** · 10**veracidad** · 3

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Referencias a los artículos

Materia	Artículo
ÁMBITO DE APLICACIÓN	
Ámbito de aplicación	1
Obligaciones de los socios del SMU	1
Infracciones al Código	1
PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES	
Deber de cuidar la salud de la comunidad	2
Respeto de la vida	2
Derechos humanos	2
Deber de no discriminar	2
Deber de prevenir la enfermedad	2
Deber de proteger la salud	2
Deber de promover la salud de la colectividad	2
Deber de ejercer inspirado en sentimientos humanitarios	2
Deber de no generar padecimientos no impuestos por razones médicas	2
Deber de no generar tratos crueles, inhumanos o degradantes	2
Deber de no participar en el exterminio de seres humanos	2
Deber de no realizar encubrimiento de atentados contra la integridad física o moral	2
Deberes como integrante del equipo de salud	2
Deber de guiarse por los principios y normas éticas	2
DECÁLOGO DE LA PROFESIÓN:	
DERECHO Y DEBER DEL EQUIPO MÉDICO	
Decálogo de valores fundamentales	3
Respeto de la vida	3.1
Respeto de la dignidad	3.1
Respeto de la libertad	3.1
Brindar a la persona sus conocimientos	3.2
Valores éticos, ideológicos, políticos o religiosos del médico	3.3
Manipulación afectivo emocional del paciente	3.3
Manipulación axiológica del paciente	3.3
Manipulación económica del paciente	3.3
Manipulación sexual del paciente	3.3
Posibilitar encuentro del paciente con otro profesional idóneo	3.4

Condiciones de atención sanitaria beneficiosas y sin discriminación de ningún tipo	3.5
Secreto sobre datos del paciente, por parte del médico.....	3.6
Secreto sobre datos del paciente, por parte del equipo de salud	3.6
Confidencias que se le brindan al médico	3.6
Decisión sobre confidencias que se le brindan.....	3.6
Mantenimiento al día de sus conocimientos	3.7
Lucro económico como única motivación	3.8
Obligación de ser veraz en su labor	3.9
Eximentes para ser veraz	3.9
Valorar el trabajo de equipo con sus colegas	3.10
Valorar el trabajo de equipo con otros profesionales	3.10
Utilización del progreso científico y tecnológico	4

RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL MÉDICO

DE PROMOVER LA SALUD

Calidad de asistencia a nivel personal e institucional	5
Calidad de asistencia en cualquier ámbito de trabajo	5
Deber de exigir las condiciones básicas para asegurar la calidad	5
Cuidado del ambiente	6
Brindar sus conocimientos para preservar el ambiente	6
Colaboración en investigaciones éticamente aceptables que mejoren la atención primaria de la población	7
Ejercicio ilegal de la profesión médica, su denuncia	8
Asociación para amparar el ejercicio ilegal, como falta ética	8
Delegación de atribuciones exclusivas del médico, su prohibición	8
Obligación de atender en condiciones físicas y psíquicas adecuadas .	9
El médico en estado de intoxicación	9
Reiteración de esta falta y negativa a tratarse	9
Distinción entre hechos científicamente comprobados, valores éticos universales y las opiniones o convicciones personales	10
Deber de evitar ser utilizado por poderes sociales para sugestionar o manipular a terceros	10
Salud individual del médico; asunción de riesgos	11
Respuesta ante catástrofes, accidentes, epidemias, conflictos bélicos	11
Deber de buscar los mejores medios de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes	12
Deber de buscar el rendimiento óptimo de los recursos, evitando el despilfarro	12
Negligencia en la administración de recursos	12
Oposición como ciudadano en situaciones de las que resulten malversación o mala distribución de los bienes sociales	12
Educación médica continua, como obligación colectiva, que incluya la formación ética	13

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**Derechos de los pacientes**

A conocer sus derechos y obligaciones en las instituciones y equipos de salud	14.1
A no ser perjudicado por el acto médico	14.2
A que el médico se ocupe de la salud integral	14.3
A ser respetado en su dignidad como paciente	14.4
A una información completa y veraz sobre cualquier maniobra diagnóstica o terapéutica	15.1
Deber del médico de comunicar beneficios y riesgos de los procedimientos a practicar	15.1
Empleo del lenguaje suficiente y adecuado	15.1
Información a la familia o tutor legal, para obtener un consentimiento válido	15.1
Información sobre las alternativas posibles, cuando no se cuenta con los medios técnicos apropiados	15.1
A consentir o rechazar libremente cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga	15.2
Respeto por el médico de las decisiones así adoptadas por el paciente	15.2
Excepciones a esta obligación	15.2
Rechazo de un procedimiento indicado por el médico. Deber de firmar documento escrito por el paciente en esta circunstancia ..	15.2
Motivos de traslado a otro servicio o centro asistencial. Derecho a saber	15.3

LA HISTORIA CLÍNICA

Como documento fundamental del acto médico	16.0
Derecho del paciente a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia brindada	16.1
Registro del acto médico en una historia clínica, deber y derecho del médico	16.2
Propiedad de la historia clínica	16.2
Custodia de la historia clínica	16.2
Circunstancias en que tendrán acceso a la historia clínica terceras personas, sin autorización del médico y del paciente	16.3

PUBLICIDAD MÉDICA

Publicidad engañosa, manipulativa o desleal	17.0
Legitimidad de exponer sus títulos, diplomas o certificados que acrediten su idoneidad profesional	17.0

OPINIÓN MÉDICA

Opinión sobre productos comerciales cuya eficacia no está comprobada científicamente	18.0
--	------

Proposición a un paciente del uso de productos de eficacia no comprobada científicamente	18.0
EMISIÓN DE INFORMES Y CERTIFICADOS	
Emisión de un informe tendencioso o falso	19.0
Emisión de certificado de complacencia	19.0
DEBER DE RESPETAR LA CONFIDENCIALIDAD Y LA INTIMIDAD	
Secreto sobre su consulta ante terceros	20.1
Garantía de este secreto	20.1
Derecho del paciente a no revelar su nombre	20.2
Derecho a la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas	20.3
Obligación de guardar secreto por parte del médico y del personal de salud involucrado con su paciente	20.3
Registros informatizados y su protección respecto a quienes no estén obligados a guardar secreto	20.3
Secreto profesional en redacción de certificados	21.0
Deber de evitar indicar la patología de un paciente, conductas diagnósticas y terapéuticas	21.0
Exigencia de conducta contraria al secreto médico, por parte de instituciones públicas o privadas	21.0
Liberación de esta responsabilidad del médico, a solicitud del paciente	21.0
MÉDICOS CERTIFICADORES Y SECRETO MÉDICO	
Cumplimiento estricto del secreto médico	21.0
Obligación de denunciar cualquier presión institucional recibida para su incumplimiento	21.0
RESTRICCIONES A LA OBLIGACIÓN DE GUARDAR EL SECRETO MÉDICO	
En los casos establecidos por la Ley	22.0
Posibilidad de suicidio	22.1
Contagio de enfermedades adquiridas, transmisión hereditaria de enfermedades, en caso de negativa sistemática de advertir al inocente	22.2
Amenaza a la vida de terceros (homicidio)	22.3
Amenaza a otros bienes fundamentales para la sociedad	22.4
Defensa legal contra acusación de su propio paciente	22.5
Reclamar a la Justicia que recurra a los medios propios para investigar un posible delito	22.6
Derecho del paciente a la intimidad de su cuerpo y de sus emociones	23.1
Facilitar los medios apropiados que conduzcan al respeto por el pudor y la intimidad	23.1

Ayuda emocional, espiritual o religiosa; deber del médico de facilitar al paciente estas posibilidades	23.2
--	------

DEBER DE FIDELIDAD A LOS ACUERDOS O PROMESAS

El paciente tiene derecho a:	
La libre elección de su médico	24.1
La consulta con otro médico	24.1
No ser abandonado arbitrariamente por el médico	24.2
Obligación del médico de asegurar la continuidad de la asistencia .	24.2
Saber quién es el médico responsable de la continuidad e integridad de la atención	24.3
Derecho a no ser estigmatizado o despreciado por sus condiciones físicas o psíquicas	25.0
Responsabilidad del médico por el ser humano a él confiado	26.0
Responsabilidad del médico por los consejos que dé y los actos que efectúe	27.0

PRÁCTICAS CONSIDERADAS NO ÉTICAS

Dicotomía de honorarios	28.1
Retribuciones de cualquier índole por un acto médico, por parte de quien no es paciente	28.2
Retribuciones por solicitar a terceros consultas, exámenes, prescripción de medicamentos, aparatos, sanatorios, etc.	28.2
Intento de soborno	28.3
Beneficio propio en un mandato electivo o una función administrativa	28.4

DERECHOS DE LOS MÉDICOS

A ejercer su profesión con autonomía	29.0
A no ser coaccionado por motivos económicos o ideológicos	30.0
A no ser coaccionado para ejercer su profesión de manera indigna para su ciencia y su arte	30.0
Disponer de instalaciones dignas para él y para la atención de sus pacientes	31.0
Disponer de los medios técnicos suficientes en su lugar de trabajo ...	31.0
Abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia	32.0
Obligación de derivar el paciente a otro médico	32.0
Prescribir el medicamento o el procedimiento diagnóstico o terapéutico que considere	33.0
Negar su atención por razones profesionales o personales	34.0
Negar su atención por no existir la relación de confianza y credibilidad con su paciente	34.0
Excepción de los casos de urgencia	34.0
Excepción de los casos en que pudiera faltar a sus obligaciones humanitarias	34.0
Exigir una retribución justa	35.1

Atenerse a los convenios	35.1
Información de los honorarios previamente a la consulta	35.1
Establecer contratos de trabajo escritos	35.2
Comunicación a su gremial de tales contratos	35.2
Asociarse libremente para defender sus derechos	35.3
La solidaridad de sus colegas ante trato injusto o indigno, o en todo tipo de necesidad	35.4
Recurrir a la huelga como último recurso	36.0
Huelga médica, requisitos para ser éticamente justificada	36.0
Cumplir con las reglamentaciones específicas del SMU para casos de huelga médica	36.0
Quiénes juzgan los casos urgentes o inaplazables en circunstancia de huelga médica	36.0
PROBLEMAS ÉTICOS ESPECÍFICOS INICIO DE LA VIDA HUMANA	
Respetar siempre la vida humana	37.0
No practicar un aborto cuando esté legalmente amparado	37.0
Continuidad de los oportunos cuidados por parte de otro médico competente y dispuesto	37.0
Esterilización de mujeres u hombres	38.0
Información previa a la esterilización	38.0
Contribución a gestar seres humanos para investigar, comerciar o ser usados como fuente de recursos diagnósticos o terapéuticos	39.0
Embriones gestados in vitro, conducta	39.0
Experimentación en embriones	39.0
Uso de embriones como materia prima para medicamentos, cosméticos u otros productos	39.0
Contratación por dinero de madre gestante	40.0
Eugenesia, su práctica	41.0
Discriminación del embrión por sexo	41.0
Enfermedades graves relacionadas con el sexo	41.0
TERMINACIÓN DE LA VIDA HUMANA	
Eutanasia activa	42.0
Muerte encefálica	43.0
Empleo de técnicas, fármacos o aparatos para prolongar la muerte encefálica	43.0
Enfermos terminales	43.0
Alivio de sufrimientos físicos y mortificaciones artificiales	43.0
Imposición de tratamientos que violen la decisión válida de un paciente	44.0
La huelga de hambre y el médico	44.0
DONACIÓN Y TRASPLANTES	
Fomentar el trasplante de órganos	45.1

Extracción de órganos del cadáver, condiciones	45.2
Rechazo de la donación de órganos	45.2
Extracción de órganos, en caso de muerte encefálica	45.3
Muerte encefálica, independencia de quienes la comprueban del equipo de trasplante	45.4
Extracción de órganos de sujetos vivos	46.0
Coacción emocional, violencia o explotación económica para extracción de órganos	46.0
Extracción de órganos entre personas con vínculos parentales	46.0

EL MÉDICO ANTE LA TORTURA Y OTROS

TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Prohibición de participar o cooperar	47.1
Participación activa	47.2
Silencio y obediencia debida	47.2
Encubrimiento	47.2
Tolerancia	47.2
Asesorar en la comisión de estos actos	47.2
Prohibición de participar en actos destinados al exterminio o a la lesión de la dignidad	47.3
Prohibición de participar en actos destinados a la lesión de la dignidad o integridad física o mental del ser humano	47.3
Presencia del médico antes, durante o después de cualquier procedimiento de tortura u otras formas	47.4
Presencia del médico ante amenazas de tales prácticas	47.4
Participación del médico en la aplicación de la pena de muerte	47.5
Conducta médica en caso de conflicto armado	48.0
Obligación de informar en caso de torturas u otros tratos cruels, inhumanos o degradantes	49.0

EL MÉDICO QUE TRABAJA PARA

INSTITUCIONES MILITARES O POLICIALES

Respeto de las mismas normas éticas	50.0
Estamento superior del Código de Ética sobre cualquier reglamento	50.0

ASISTENCIA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES

Personas malformadas	51.0
Personas discapacitadas	51.0
Indiferencia ante la violencia en general	52.0
Violencia doméstica	52.0
Maltrato o abuso sexual	52.0
Maltrato o abuso sexual contra discapacitados	52.0
Maltrato o abuso sexual contra minorías sociales	52.0
Denuncia ante el juez ante sospecha de maltrato o abuso sexual	52.0
Discriminación en función de orientación sexual	53.0

Discriminación en función de minoría étnica	53.0
Discriminación en función de padecer enfermedad estigmatizante ...	53.0

EL MÉDICO Y EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Participación en tratamientos psiquiátricos a personas sin enfermedad psiquiátrica	54.0
Respeto de su dignidad	55.0
Privación de su independencia	55.0
Capacidad de decisión del paciente psiquiátrico	55.0
Información a familiares o tutores, en ausencia de capacidad de decisión del paciente psiquiátrico	55.0
Previo consentimiento subrogado	55.0
Cuidados en la aplicación estricta de procedimientos terapéuticos ...	56.0
Información de todas las alternativas disponibles	56.0

EL MÉDICO Y EL DEPORTISTA

Alteración engañosa mediante tratamiento de las condiciones físicas del deportista de competición	57.0
Riesgo de salud o de vida	57.0

INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EXPERIMENTACIÓN

EN SERES HUMANOS

Protocolo de investigación previamente aprobado por un Comité de Ética	58.0
Criterios a utilizar por dicho Comité	58.0
Declaraciones internacionales aplicables	58.0
Consentimiento válido antes de participar en cualquier tipo de investigación	59.0
Obligación del médico de recabar el consentimiento previo	59.0
Obligación del médico investigador de aclarar previamente a instituciones y personas	60.0
Derecho del paciente de retirarse de la investigación	61.0
Protección a los participantes de la investigación de todo riesgo	62.0
Información adecuada sobre todo riesgo físico, emocional o social posible	62.0
Responsabilidad del médico por los perjuicios	63.0
Deber de realizar un seguimiento de los pacientes para verificar si no se han producido	63.0
Supresión de datos discordantes con las hipótesis o teorías	64.0
Atribución de trabajos que han sido realizados por el investigador	64.0
Confidencialidad de los datos obtenidos	65.0
Autorización expresa del paciente	65.0
Garantía del anonimato en publicaciones	65.0
Advertencia previa cuando no pueda preservarse el anonimato	65.0

RELACIÓN CON COLEGAS, CON OTROS PROFESIONALES Y CON LAS INSTITUCIONES

Buena relación humana entre los colegas	66.0
Repercusión en la mejor asistencia de los pacientes	66.0
La calumnia y otros comentarios capaces de perjudicar al colega en el ejercicio de su profesión	66.0
La relación médico-médico para la asistencia de un paciente	67.0
Atención de todo paciente que se le dirija aunque no lo sepa el médico que lo trató anteriormente	68.0
Comunicación al colega de sus conclusiones	68.0
Adopción de decisiones que afecten al equipo de salud, sin las debidas consultas a éste	69.0
Persistencia de su responsabilidad individual	69.0
Relación médico-médico: circunstancias, modos y procedimientos ..	70.0
Relaciones cuando interactúan entre sí en relación de subordinación ..	70.0
Relaciones cuando interactúan entre sí en relación de igualdad	70.0
Respeto por el trabajo y la independencia de otros profesionales	71.0
Exigencia que otros profesionales no asuman lo que a él le corresponde	71.0
Colaboración interdisciplinaria	71.0

COMUNICACIÓN DE HALLAZGOS CIENTÍFICOS

Comunicación prioritaria de hallazgos en un ambiente calificado para valorarlo	72.0
Divulgación después de aceptado por el ambiente calificado	72.0
Ocultación de aportes recibidos de otros autores	72.0
Méritos de otros autores	72.0
Objetividad y veracidad	72.0
Sobrevaloración de sus hallazgos	72.0

REGULACIÓN DE HONORARIOS

No hacer competencia desleal de honorarios	73.0
Deber de ayudar gratuitamente a personas de recursos insuficientes ..	73.0
Explotación económica de colegas por otros	74.0

RELACIONES CON INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS

Actuar con responsabilidad técnica y lealtad	75.1
Prestigio de la institución en que trabaja	75.1
Deficiencias, su puesta en conocimiento de la dirección de la institución	75.2
Deficiencias de orden ético	75.2
Denuncia al SMU si no fueren corregidas	75.2
Autoridad efectiva sobre el personal colaborador	75.3
Exigencia por la institución del cumplimiento de las normas de ética del Código	75.3
Respeto del Código de Ética por la institución	75.3

EL MÉDICO COMO PERITO

Imposibilidad de brindar asistencia simultáneamente al mismo paciente	76.0
Información previa del examen por el perito	76.0
Negativa del paciente a ser examinado	76.0

PROCEDIMIENTO PARA SOLUCIÓN**DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS**

Organismos para dirimir todo conflicto ético	77.0
Organismos para dirimir todo conflicto ético entre las personas y los médicos	77.0
Entre los médicos	77.0
Entre los médicos y las instituciones	77.0
Reglamentación de la práctica profesional	78.0
Infracciones a este Código o los Reglamentos	79.0
Actitud del médico ante el infractor	79.0
Deber de informar al SMU ante el rechazo o la reiteración de la falta	79.0
Corrección de los errores cometidos a través de los fallos	80.0
Papel educativo de los fallos	80.0
Expulsión del SMU en casos graves	80.0

REVISIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Procedimiento para la revisión	81.0
--------------------------------------	------

EN CASO DE COLEGIACIÓN MÉDICA OBLIGATORIA

Se estará a lo que la ley determine	82.0
---	------

ÓRGANO DE OBSERVANCIA Y APLICACIÓN DE ESTE CÓDIGO

El Consejo Arbitral del SMU	83.0
-----------------------------------	------

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY



CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Aprobado el 27 de abril de 1995

Capítulo I ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1 – Las disposiciones de este Código son obligatorias para todos los médicos socios del Sindicato Médico del Uruguay (SMU). Las infracciones a estas disposiciones se elevarán a la jurisdicción disciplinaria del SMU.

Capítulo II DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES

Artículo 2 – Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos humanos. Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad. El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar padecimientos no impuestos por razones médicas, ni tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para el exterminio del ser humano, o para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral. El médico, como integrante del equipo de salud debe desarrollar las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano, para lo cual se basa en una formación profesional reconocida y se guía por los principios y normas éticas establecidos en este Código.

Decálogo de la profesión

Artículo 3 – Es derecho y deber del equipo médico seguir los principios de este «decálogo de valores fundamentales»:

1. Respetar la vida, la dignidad y la libertad de cada ser humano y nunca procurar otro fin que no sea el beneficio de su salud física, psíquica y social.
2. Brindar a la persona todos sus conocimientos para que ésta proteja, promueva y recupere su salud y se haga consciente de cómo controlar por sí misma las causas de su malestar o enfermedad y cómo lograr su reinserción social.

3. Ser consciente de sus propios valores éticos, ideológicos, políticos o religiosos y no utilizar su poder para manipular desde un punto de vista afectivo-emocional, axiológico, económico o sexual.
4. Posibilitar al paciente el encuentro con otro profesional idóneo si él no está en condiciones de ayudarlo dentro de sus conocimientos específicos.
5. Hacer, como profesional de la salud y como miembro del SMU, todo lo que esté dentro de sus posibilidades para que las condiciones de atención sanitaria sean las más beneficiosas para sus pacientes y para la salud del conjunto social sin discriminación de ningún tipo (nacionalidad, edad, condición socioeconómica, raza, sexo, credo, ideología, etcétera).
6. Respetar el derecho del paciente a guardar el secreto sobre aquellos datos que le corresponden y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, y sobre las que no puede decidir sin consultar al paciente.
7. Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia en su servicio específico a la sociedad.
8. Evitar la búsqueda de lucro económico como única motivación determinante en su forma de ejercer la profesión.
9. Ser veraz en todos los momentos de su labor profesional, salvo la existencia de razones éticas preeminentes, para que los pacientes y la sociedad tomen las decisiones que les competen.
10. Valorar el trabajo de equipo tanto con sus colegas como con otros profesionales, en su labor de servicio a la salud de sus pacientes como de la población en general.

Artículo 4 – El progreso científico y tecnológico de la medicina se concertará y utilizará de tal manera que el humanismo esencial de la profesión no resulte desvirtuado.

Capítulo III

RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL MÉDICO DE PROMOVER LA SALUD

Artículo 5 – El médico tiene responsabilidad en la calidad de la asistencia tanto a nivel personal como institucional, cualquiera sea el ámbito de su trabajo. Es su deber exigir las condiciones básicas para que ella sea garantizada efectivamente en beneficio de los ciudadanos.

Artículo 6 – El médico sabe que el deterioro del ambiente humano repercute directamente en la salud de los miembros de la sociedad; por

eso brindará sus conocimientos y su arte para que tanto sus pacientes como la sociedad en general se hagan responsables de preservar los bienes de la naturaleza que pertenecen a todos.

Artículo 7 – Como parte de un equipo colaborará con la búsqueda de toda morbilidad e investigación éticamente aceptable, que redunde en una mejor atención primaria de la población

Artículo 8 – El médico denunciará el ejercicio de la medicina por parte de personas ajenas a la profesión. Su asociación para ampararles en ella es una falta de ética grave. No debe delegar a otros atribuciones exclusivas de la profesión médica.

Artículo 9 – Todo médico tiene obligación de atender en condiciones físicas y psíquicas adecuadas. Es un grave perjuicio para la salud pública que el médico atienda a los pacientes en estado de intoxicación. La reiteración de esta falta, junto con la negativa a integrarse en un programa de rehabilitación, merecerá medidas disciplinarias.

Artículo 10 – El médico debe distinguir con prudencia entre hechos científicamente comprobados, valores éticos universales y sus opiniones o convicciones personales, en la medida de su importante influencia en el pensar y el sentir social. De igual manera, deberá evitar ser utilizado por los poderes sociales para sugestionar o manipular a terceros.

Artículo 11 – La elección de la medicina como profesión implica asumir determinados riesgos en su salud individual. El médico responderá generosamente ante necesidades extraordinarias como catástrofes, accidentes, epidemias, conflictos bélicos, etcétera, que le exijan entrega y dedicación más allá de su práctica habitual.

Artículo 12 – El médico debe buscar los mejores medios de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes. Deberá buscar responsablemente el rendimiento óptimo y equitativo de dichos recursos en las instituciones donde trabaja, evitando todo despilfarro o negligencia en la administración de recursos destinados al mayor número posible de pacientes y denunciando y oponiéndose como ciudadano a todas aquellas situaciones en que esto resulte de la malversación o la mala distribución de los bienes sociales.

Artículo 13 – La colectividad médica debe velar por una adecuada educación médica continua, que incluya la formación en ética médica.

Capítulo IV LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

IV.1. Derechos y deberes mutuos

Artículo 14 – Todo paciente tiene derecho a:

1. Conocer sus derechos y las reglamentaciones que rigen sus obligaciones a través de las instituciones y los equipos de salud.
2. No ser perjudicado por el acto médico.
3. Que el médico no se ocupe solamente de la salud física sino de la salud integral de la persona.
4. Ser respetado en su dignidad como paciente, lo cual implica tener las condiciones para hacerse cada vez más consciente, más autónomo y estar más insertado en la comunidad social en la que vive.

a. El deber de decir la verdad

Artículo 15 – Todo paciente tiene derecho a:

1. Una información completa y veraz sobre cualquier maniobra diagnóstica o terapéutica que se le proponga. El médico tiene el deber de comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje suficiente y adecuado. En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar graves perjuicios al paciente, ésta deberá dirigirse a la familia o tutor legal con el fin de obtener un consentimiento válido. En caso de no contar con los medios técnicos apropiados, debe avisar al paciente o a sus tutores sobre esos hechos, informándoles de todas las alternativas posibles.
2. A consentir o rechazar libremente cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga. El médico debe respetar estas decisiones válidas salvo que perjudique a terceros o en emergencias extremas. El paciente debe firmar un documento escrito cuando rechaza un procedimiento indicado por el médico.
3. A saber los motivos por los que se le traslada a otro servicio o centro asistencial.

Artículo 16 – La historia clínica es un documento fundamental en el acto médico, de ahí que:

1. El paciente tiene derecho a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia que se le ha brindado.
2. El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo

- su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece.
3. Sólo en las circunstancias establecidas por la Ley tendrán acceso terceras personas a la información registrada en la historia clínica sin la autorización del médico y el paciente.

Artículo 17 – Se considera falta ética grave toda publicidad engañosa, manipulativa o desleal con fines de conquistar clientes. Es legítimo que el médico exponga sus títulos, diplomas u otros certificados que acrediten su idoneidad como profesional, con el fin de facilitar su relación con los pacientes.

Artículo 18 – El médico no puede engañar a la sociedad opinando como miembro de la comunidad científica sobre productos comerciales cuya eficacia no está comprobada científicamente. Tampoco puede proponer a un paciente, como saludable o sin peligro, el uso de esos productos.

Artículo 19 – La emisión de un informe tendencioso o falso, o de un certificado por complacencia, constituye una falta grave.

b. El deber de respetar la confidencialidad y la intimidad

Artículo 20 – El paciente tiene derecho a:

1. Exigir que se guarde ante terceros el secreto de su consulta. El médico debe garantizar este derecho en tanto esté a su alcance.
2. A no revelar su nombre ni aun ante el médico, en determinadas circunstancias.
3. A la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte. El médico guardará el secreto profesional y será responsable de propiciar su respeto por parte de todo el equipo de salud involucrado con su paciente. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto.

Artículo 21 – El secreto profesional debe respetarse aun en la redacción de certificados médicos con carácter de documento público. El médico tratante evitará indicar la patología concreta que aqueje a un paciente, así como las conductas diagnósticas y terapéuticas adoptadas. No es éticamente admisible que las instituciones públicas o privadas exijan una conducta contraria. Queda el médico liberado de esta res-

ponsabilidad si el paciente se lo solicita o lo consiente explícitamente. El médico certificador procurará el cumplimiento estricto de este artículo y denunciará al SMU cualquier tipo de presión institucional que recibiese para su incumplimiento.

Artículo 22 – El derecho al secreto no implica un deber absoluto para el médico. Además de los casos establecidos por la Ley, éste deberá revelar el secreto en situaciones como las siguientes:

1. Peligro vital inminente para el paciente (posibilidad de suicidio).
2. Negativa sistemática de advertir al inocente acerca de un riesgo grave para la salud de este último (contagio de enfermedades adquiridas, transmisión hereditaria de malformaciones, etcétera).
3. Amenaza a la vida de terceros (posibilidad de homicidio en cualquiera de sus formas).
4. Amenaza a otros bienes fundamentales para la sociedad.
5. Defensa legal contra acusación de su propio paciente.
6. Los médicos deben reclamar a la Justicia que recurra a los medios propios para investigar un posible delito, sin coaccionar al médico a romper su deber de fidelidad para con el paciente.

Artículo 23 – Todo paciente tiene derecho:

1. A la intimidad de su cuerpo y de sus emociones, cuando es interrogado o examinado por los miembros del equipo de salud. Tiene derecho, en ciertas circunstancias, a ser ayudado para dialogar a solas con sus seres queridos u otras personas significativas. El equipo de salud debe facilitar en todos los actos médicos los medios apropiados que conduzcan al respeto por el pudor y la intimidad.
2. Al apoyo emocional y a solicitar ayuda espiritual o religiosa de personas de su elección. El médico debe facilitar al paciente estas posibilidades.

c. El deber de fidelidad a los acuerdos o promesas

Artículo 24 – La relación médico-paciente implica un acuerdo mutuo, de ahí que el paciente tiene derecho a:

1. La libre elección de su médico y a la consulta con otro médico sin que se vea perjudicado en la continuidad de su asistencia.
2. No ser abandonado arbitrariamente por el médico. Este, tiene la obligación de asegurar la continuidad de la asistencia en caso que haya motivos justificados para dejar de atender a su paciente.
3. Saber quién es el médico responsable de la continuidad e integridad de la atención.

d. Otros derechos y deberes

Artículo 25 – Toda persona tiene derecho a no ser estigmatizada o despreciada por causa de sus condiciones físicas o psíquicas.

Artículo 26 – El médico es responsable del enfermo que se le ha confiado y también del ser humano, aun sano, que tenga ante sí, cuando deba emprender ante ellos un acto médico. Y jamás será un simple ejecutor de la tarea, o labor, de un ademán o movimiento técnico. Cada una de las personas o pacientes a su cargo deben ser cuidadas como si fuera su ser más querido.

Artículo 27 – El médico, ya sea que actúe en forma aislada o como integrante de una organización sanitaria, pública o privada, es siempre responsable de los consejos que dé y de los actos que efectúe.

Artículo 28 – Es éticamente inadmisibles que el médico:

1. Participe en dicotomía de honorarios.
2. Reciba por un acto médico, de quien no es el paciente, una retribución de cualquier índole; y especialmente, por concepto de solicitar a terceros, consultas, exámenes, prescripción de medicamentos, aparatos, envío a un lugar de cura, casa de salud o sanatorio.
3. Intente sobornar a cualquier persona sea quien fuere.
4. En ejercicio de un mandato electivo, o de una función administrativa, haga valer su posición en beneficio propio.

IV.2. Los derechos de los médicos

Artículo 29 – El médico tiene derecho a ejercer su profesión con autonomía e independencia, sea en el ámbito público o privado.

Artículo 30 – Todo médico tiene derecho a no ser coaccionado por motivos económicos o ideológicos, a ejercer su profesión de manera indigna para su ciencia y su arte.

Artículo 31 – El médico tiene derecho a disponer de instalaciones dignas para él y para la atención de sus pacientes, así como de los medios técnicos suficientes en su lugar de trabajo.

Artículo 32 – Tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque estén autorizadas por la Ley. Tiene en ese caso la obligación de derivarlo a otro médico.

Artículo 33 – El médico tiene derecho a prescribir el medicamento que considere más conveniente y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que crea más acertado.

Artículo 34 – El médico tiene derecho a negar su atención por razones profesionales o personales, o por haber llegado al convencimiento de que no existe la relación de confianza y credibilidad indispensables con su paciente, con excepción de los casos de urgencia y de aquellos en que pudiera faltar a sus obligaciones humanitarias.

Artículo 35 – El médico tiene derecho a:

1. Exigir una retribución justa, para lo cual se atenderá a los convenios que se elaboren al respecto, tanto cuando actúa en relación de dependencia como cuando ejerce en forma liberal. En esta última, se informará de los honorarios previamente a la consulta.
2. Establecer con las instituciones de salud contratos de trabajo escritos que deberá comunicar a su gremial, la que verificará que dicho contrato esté de acuerdo con lo que establece el presente Código.
3. Asociarse libremente para defender sus derechos ante personas e instituciones públicas o privadas.
4. La solidaridad de sus colegas en caso de ser tratado injusta o indignamente, o en todo tipo de necesidad.

Artículo 36 – El médico tiene derecho a recurrir a la huelga como último recurso de reivindicación. Una huelga médica será éticamente justificable cuando se avise a la sociedad con antelación suficiente, y se asegure la asistencia a los pacientes internados, y a los casos urgentes e inaplazables. El médico debe cumplir con las reglamentaciones específicas que el SMU establezca para casos de huelga. Es requisito imprescindible que quienes juzguen los casos urgentes o inaplazables sean exclusivamente los propios médicos.

Capítulo V

PROBLEMAS ÉTICOS ESPECÍFICOS

V.1. Inicio de la vida humana

Artículo 37 – El médico debe respetar siempre la vida humana. Si en razón de sus convicciones personales considera que no debe practicar un aborto cuando esté legalmente amparado, podrá retirarse, asegurando previamente la continuidad de los oportunos cuidados por parte de otro médico competente y dispuesto.

Artículo 38 – La esterilización de mujeres u hombres deberá contar con el consentimiento libre y consciente de la persona, luego de haber sido debidamente informados de las consecuencias de esta intervención médica.

Artículo 39 – No es éticamente admisible que el médico contribuya a gestar seres humanos para investigar, comerciar o ser usados como fuente de recursos diagnósticos o terapéuticos. Los embriones que se gesten in vitro deben ser transferidos al útero materno. El embrión humano nunca puede ser sujeto de experimentación ni materia prima de medicamentos, cosméticos u otros productos.

Artículo 40 – No es ético contratar por dinero el vientre de una mujer (madre gestante) para llevar a cabo embarazos obtenidos in vitro, con uno o ambos gametos de terceros progenitores.

Artículo 41 – No es ética la aplicación de cualquier procedimiento médico dirigido a practicar la eugenesia, seleccionando los seres humanos, especialmente aquellos dirigidos a discriminar según el sexo, a menos que sea para evitar, en la etapa preconcepcional, la transmisión de enfermedades graves relacionadas con el sexo.

V.2. La terminación de la vida humana

Artículo 42 – La eutanasia activa, el matar intencionalmente, es contraria a la ética de la profesión.

Artículo 43 – En caso de muerte encefálica el médico no tiene obligación ética de emplear técnicas, fármacos o aparatos cuyo uso sólo sirva para prolongar este estado. En enfermos terminales, aliviar sufrimientos físicos y mortificaciones artificiales, ayudando a la persona a morir dignamente, es adoptar la decisión éticamente apropiada.

Artículo 44 – No es válido éticamente que el médico imponga tratamientos que violen la decisión válida de un paciente que libremente ha decidido, por causa de su enfermedad o por estar haciendo huelga de hambre, rechazar los tratamientos que se le indiquen.

V.3. Donación y trasplantes

Artículo 45 – El trasplante de órganos ha mostrado ser beneficioso, por lo que:

1. El médico fomentará su donación.
2. En caso de muerte comprobada por dos médicos podrá procederse a la extracción de órganos del cadáver cuando medie consentimiento del individuo, la familia o tutor acorde a la normativa vigente. Se verificará previamente que el donante no ha expresado por escrito su rechazo a la donación.
3. En caso de muerte encefálica con mantenimiento de la circulación por medios artificiales, es permisible la extracción de órganos, habiendo mediado el consentimiento de acuerdo con la normativa vigente.
4. Los médicos autorizados a comprobar la muerte encefálica serán independientes del equipo responsable del trasplante.

Artículo 46 – Se podrán extraer órganos procedentes de sujetos vivos cuando exista libre consentimiento del donante obtenido sin coacción emocional, violencia o explotación económica. Cuando existan vínculos parentales entre donante y receptor, se tendrá especial cuidado de que el consentimiento haya sido expresado fuera de toda coacción.

Artículo 47 – Ante casos de tortura o tratamientos crueles, degradantes o inhumanos:

1. Se prohíbe todo acto médico que signifique cooperación de cualquier naturaleza con una acción reprobada por los principios éticos de la profesión.
2. La prohibición incluye la participación activa, el silencio y la obediencia debida, el encubrimiento, la tolerancia y toda otra intervención que signifique aconsejar, sugerir, consentir o asesorar en la comisión de actos incompatibles con el respeto y la seguridad debidas al ser humano.
3. Se prohíbe especialmente la participación profesional directa o indirecta en actos destinados al exterminio o la lesión de la dignidad o la integridad física o mental del ser humano (Resolución de la Asamblea General de la ONU, 16.12.82).
4. El médico no deberá estar presente antes, durante ni después, de cualquier procedimiento en que la tortura u otras formas de tratamientos degradantes sean usadas, aun como amenaza.
5. Se suscribe en su totalidad la acción del Secretario General de la Asociación Médica Mundial (AMM) del 11.9.81 y la Resolución de la XXXIV Asamblea de la AMM, Lisboa, 29.9.81, sobre la participación de los médicos en la aplicación de la pena de muerte.

Artículo 48 – En caso de conflicto armado, incluida la lucha civil, se

procederá como lo dispone la Regulación correspondiente adoptada por la X Asamblea de la AMM de 1956 y enmendada por la XXXV Asamblea de la AMM, en Venecia, 1983.

Artículo 49 – Es obligación informar al SMU, a organismos nacionales e internacionales apropiados, de torturas o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes de personas que estén bajo su responsabilidad médica.

Artículo 50 – El médico que trabaja para instituciones militares y policiales debe respetar la misma ética que el resto de sus colegas. Este Código de Ética es un estamento superior a cualquier reglamento.

V.5. Asistencia a grupos específicos de pacientes

Artículo 51 – Las personas malformadas o discapacitadas deberán recibir aquellos tratamientos médicos que se indicarían normalmente a un ser bien formado que padezca el mismo problema médico.

Artículo 52 – La indiferencia ante la violencia en general y la violencia doméstica y el maltrato o abuso sexual contra personas discapacitadas física o intelectualmente, o integrantes de minorías sociales, en particular, equivale a tolerancia con la tortura. El médico analizará cuidadosa y detenidamente con los colegas o peritos que la materia requiera las consecuencias de denunciar al juez cualquier sospecha de maltrato o abuso sexual a dichos grupos de personas. Este análisis no supondrá un retardo desmesurado en la toma de decisiones.

Artículo 53 – Las personas que formen parte de grupos sociales minoritarios debido a su orientación sexual, su origen étnico o por padecer enfermedades estigmatizantes, recibirán el mismo trato que el resto de los pacientes. Toda discriminación en la atención sanitaria, motivada por esa causa, será considerada una falta ética grave.

Artículo 54 – El médico no debe participar ni deberá acceder a realizar tratamientos psiquiátricos en personas sin enfermedad psiquiátrica.

Artículo 55 – El enfermo psiquiátrico debe ser tratado respetando su dignidad y se le privará de su independencia el tiempo mínimo necesario con el fin de que recupere su autonomía. El médico, junto con el equipo de salud, se esforzará en potenciar al máximo la capacidad de decisión que tenga el enfermo mental, con el objeto de facilitar su

reinserción social. A falta de tal capacidad debe informar detalladamente a los familiares o tutores de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que se vaya a emplear, con el propósito de obtener un previo consentimiento subrogado.

Artículo 56 – Es deber del psiquiatra ser extremadamente cuidadoso en la aplicación estricta de los procedimientos terapéuticos, y en caso de no contar con los medios técnicos apropiados, debe avisar al paciente o a sus tutores de ese hecho, informándoles de todas las alternativas disponibles.

Artículo 57 – El médico comete una falta grave al alterar engañosamente, mediante tratamiento, las condiciones físicas del deportista para que compita deslealmente y más aun, someterlo a riesgos que deterioren su salud o pongan en peligro su vida.

V.6. Investigación clínica y experimentación con seres humanos

Artículo 58 – Todo protocolo de investigación o experimentación debe ser aprobado explícitamente por un Comité de Ética. Este Comité deberá contar con criterios claros y explícitos de evaluación, basados en las declaraciones de Nüremberg, Helsinki y Tokio.

Artículo 59 – Es un derecho de todo individuo dar su consentimiento válido antes de participar en cualquier tipo de investigación, y es deber del médico recabarlo.

Artículo 60 – El médico investigador debe aclarar a las personas o a las instituciones de las que depende que los datos obtenidos serán utilizados para hacer un trabajo de investigación.

Artículo 61 – Es un derecho de la persona poder retirarse de la investigación en cualquier momento sin recibir ningún perjuicio por ello.

Artículo 62 – El médico protegerá a los participantes en la investigación o experimentación de todo riesgo. Todo riesgo físico, emocional o social posible debe informarse adecuadamente al sujeto.

Artículo 63 – El médico es responsable de los perjuicios que puedan derivarse de una determinada investigación o experimentación y debe hacer un seguimiento de los pacientes para verificar si aquellos no se han producido.

Artículo 64 – Como investigador de la salud, el médico nunca suprimirá datos discordantes con sus hipótesis o teorías. Nunca se atribuirá trabajos que no han sido realizados por él.

Artículo 65 – Los datos obtenidos en investigaciones son confidenciales y sólo se puede revelar la identidad del sujeto con autorización expresa de éste. Las comunicaciones y publicaciones deben garantizar el anonimato de los integrantes de la población investigada. De no poder hacerlo, deben ser advertidos de antemano.

Capítulo VI

RELACIÓN CON COLEGAS, CON OTROS PROFESIONALES Y CON LAS INSTITUCIONES

Artículo 66 – La buena relación humana entre los colegas es fundamental por su valor en sí misma, por su repercusión en la mejor asistencia de los pacientes y para la convivencia en el ámbito de trabajo colectivo. No es ética la calumnia ni los comentarios capaces de perjudicar al colega en el ejercicio de su profesión.

Artículo 67 – La relación médico-médico para la asistencia de un paciente deberá conducirse con mutuo respeto, decidiendo en común la conducta a seguir en cada caso.

Artículo 68 – El médico atenderá a todo enfermo que se le dirija aunque no lo sepa el médico que lo trató anteriormente, pero se comunicará con éste para transmitirle sus conclusiones, salvo que éste se oponga.

Artículo 69 – Como integrante del equipo de salud, el médico no debe tomar decisiones que afecten al resto del equipo sin las debidas consultas a éste. Su responsabilidad individual no desaparece por el hecho de trabajar en equipo.

Artículo 70 – Las circunstancias, modos y procedimientos que hayan de cumplirse en la relación médico-médico deben ser reglamentadas por el SMU, de manera que todos los médicos sepan a qué atenerse cuando interactúan entre sí cumpliendo sus diversos roles en los actos médicos, ya sea de subordinación o de igualdad.

Artículo 71 – El médico respetará el trabajo y la independencia de otros profesionales y exigirá que otras profesiones no asuman lo que a él

le corresponde. Buscará los medios apropiados para la colaboración interdisciplinaria en beneficio de la persona.

Artículo 72 – El médico debe comunicar prioritariamente sus hallazgos científicos en un ambiente calificado para valorarlo. Después de aceptado por éste, podrá divulgarlo públicamente.

En su publicación científica no ocultará los aportes recibidos de otros autores ni intentará minimizar los méritos de éstos. Será objetivo y veraz, no creando falsas esperanzas ni sobrevalorando sus hallazgos.

Artículo 73 – Los médicos no harán competencia desleal de los honorarios y se atendrán a los reglamentos que establezca al respecto el SMU. Es un deber de todo médico procurar ayudar gratuitamente a la persona de recursos insuficientes cuando hay una seria necesidad.

Artículo 74 – Es inadmisibles que unos colegas exploten económicamente a otros.

Artículo 75 – En su relación con instituciones públicas o privadas:

1. El médico actuará con responsabilidad técnica y lealtad a las normas que tiendan a la mejor atención de los pacientes para prestigio de la institución en que trabaja.
2. Pondrá en conocimiento de la dirección de la institución las deficiencias, incluidas las de orden ético, que menoscaben esa correcta atención, denunciándolas al SMU si no fueran corregidas.
3. La institución admitirá que el médico ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador y, a su vez, podrá exigir al médico el cumplimiento de las normas contenidas en este Código. De la misma manera, la institución respetará el Código en lo que le corresponda.

Artículo 76 – El médico llamado a actuar como perito no podrá brindar simultáneamente asistencia al mismo paciente. El paciente podrá negarse a ser examinado por el médico perito, quien, previamente, deberá informarle de su misión.

Capítulo VII

PROCEDIMIENTO PARA SOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS

Artículo 77 – Los organismos formales para dirimir todo conflicto ético que se entable entre las personas y los médicos, de éstos entre sí y de

éstos con las instituciones donde trabajan, serán del SMU o los que el mismo determine.

Artículo 78 – La reglamentación de la práctica profesional por parte del SMU y el respeto de la misma por los médicos es un instrumento fundamental para evitar o resolver conflictos de derechos en situaciones particulares.

Artículo 79 – Ante una infracción a los principios de este Código o los Reglamentos del SMU, el médico debe intentar persuadir a su colega de modificar su conducta contraria a la ética. Si esta gestión personal enfrenta un rechazo o se conoce la reiteración de la falta, es deber profesional informar al SMU.

Artículo 80 – Los fallos de la autoridad competente tienen como finalidad la corrección de los errores cometidos a través de sanciones diversas, que cumplen un papel educativo, y pueden llegar, en casos graves, a la expulsión del SMU.

Capítulo VIII OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 81 – Este Código podrá ser sometido a revisión por los mecanismos previstos en el Artículo 65 del Estatuto del SMU.

Artículo 82 – En caso de que por Ley se establezca la Colegiación Médica Obligatoria, se estará a lo que dicha Ley determine.

Artículo 83 – El Consejo Arbitral se encargará de la observancia y aplicación de este Código, hasta que sean creados los órganos directivos que lo sustituyan en ese cometido.



SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY



NORMAS, CÓDIGOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES

Juramento de Hipócrates
Consejos de Esculapio
Plegaria del médico (Siglo XII)
Juramento de Maimónides
Declaración universal de derechos humanos
Código de Montpellier
Declaración de Ginebra
Principios de Ética Médica
Código de Nüremberg

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

«Juro ante Apolo, médico, ante Asclepio, ante Higea y Panacea, así como ante todos los dioses y diosas, tomándolos como testigos, que en lo que me fuere posible y alcanzara mi inteligencia cumpliré éste mi juramento y ésta mi obligación. A aquel que me enseñare este arte, lo apreciaré tanto como a mis padres, compartiré con él lo que posea y le ayudaré en caso de necesidad. A sus hijos los tendré por hermanos míos, y, si desean aprender este arte, los iniciaré e instruiré en el mismo, sin percibir por ello retribución alguna ni obligarles con ningún compromiso. Dictaré según mi leal saber y entender prescripciones dietéticas que redunden en beneficio de los enfermos, y trataré de prevenirles contra todo lo que pueda serles dañino o perjudicial. No administraré veneno alguno, aunque se me inste y requiera al efecto; tampoco daré abortivos a las mujeres. Ejerceré mi arte y transcurriré mi vida en la pureza y en la piedad. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dediquen a practicarla. En cualquier casa que entre no me guiará otro propósito que el bien de los enfermos, absteniéndome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras, y evitando sobre todo la seducción de las mujeres o de los hombres, libres o esclavos. Todo lo que yo viere u oyere con ocasión de la práctica de mi profesión, o incluso fuera de ella en el trato con los hombres, y que posiblemente sea de tal naturaleza que no deba propalarse, lo guardaré para mí en reservado sigilo, reputándolo todo ello como si no hubiera sido dicho. Si mantengo y cumplo éste mi juramento y no lo quebranto con infracción alguna, concédaseme disfrutar de la vida y de mi arte y ser honrado y venerado siempre por todos. Si lo violo y resulto perjuro, quépame en suerte lo contrario».



CONSEJOS DE ESCULAPIO*

a los que van a dedicarse al
ejercicio de la Medicina

¿Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es ésta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. ¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida?

Tienes que renunciar a la vida privada. La mayoría de los ciudadanos pueden, terminada la tarea, aislarse lejos de los importunos; tu puerta quedará siempre abierta a todos: de día y de noche. Vendrán a turbar tu descanso, tus placeres, tu meditación; ya no tendrás horas que dedicar a la familia, a la amistad o al estudio. Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en caso de urgencia; pero los ricos, te tratarán como a esclavo encargado de remediar sus excesos sea porque tengan una indigestión, sea porque estén acatarrados, pues estiman en muchísimo su persona. Habrás de demostrar interés por los detalles más vulgares de su existencia, decir si ha de comer cordero o carnero, si ha de andar de tal o cual modo cuando pasea. No podrás ir al teatro, ausentarte de la ciudad, ni estar enfermo.

Eres severo en la elección de tus amigos; buscas la sociedad de hombres de talento, de artistas, de almas delicadas, pues bien, en adelante no podrás desechar a los fastidiosos, a los escasos de inteligencia, a los despreciables. El malhechor tendrá tanto derecho a tu asistencia como el hombre honrado.

Tienes fe en tu trabajo; ten presente que te juzgarán no por tu ciencia, sino por las cualidades del vestido, por el porte de tu capa, por la apariencia de tu casa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las charlas y a los gustos de tu clientela. Los habrá que desconfiarán de ti si no gastas barba; otros si no vienes de Asia; otros si crees en los dioses; otros si no crees en ellos. Tu vecino, el carnicero, no te concederá su clientela si no eres parroquiano suyo, y lo mismo ocurrirá con el tendero y con el zapatero. Habrás de luchar de continuo contra las supersticiones de los ignorantes, pues no hay portero que no sea capaz de dar consejos a un enfermo.

Te gusta la sencillez; habrás de adoptar la actitud de un augur. Eres activo, sabes lo que vale el tiempo; tendrás que aguantar relatos que arranquen del principio de los tiempos, para explicarte un cólico; ociosos te consultarán por el solo placer de charlar, serás el vertedero de disgustos, de vanidades.

Sientes pasión por la verdad; ya no podrás decirla. Habrás de ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros su insignificancia. Habrás de ocultar secretos que posees, consentir en ser burlado, ignorante, cómplice. La medicina es una ciencia oscura, que los esfuerzos de sus fieles van iluminando de siglo en siglo. No te será permitido dudar nunca, so pena de perder todo crédito; si no afirmas que conoces la naturaleza de la enfermedad, que posees un remedio infalible para curarle, el vulgo irá a ver charlatanes, que venden la mentira que necesita.

No cuentes con agradecimientos; cuando el enfermo sana la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo ha matado. Mientras está en peligro, te trata como a un dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia, ya le estorbas; cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado, se enfada y te denigra. Cuanto más egoístas son los hombres, más solicitud exigen del médico; cuanto más codiciosos, más desinteresado ha de ser él. Aquellos mismos que se burlan de los dioses, le confieren sacerdocio para interesarlo al culto de su sacra persona.

No cuentes con que este oficio tan penoso te hará rico. Te lo he dicho: es un sacerdocio, y no sería decente que produjera ganancias como las que saca un aceitunero, o el que vende lana. Te compadezco si sientes afán por la belleza; verás lo más feo y más repugnante que hay en la especie humana. Habrás de pegar tu oído contra el sudor de pechos sucios, respirar el olor de miserias viviendas, los perfumes harto subidos de las cortesanas, palpar tumores, curar llagas verdes de pus, contemplar las orinas, escudriñar los esputos, fijar tu mirada y olfato en inmundicias.

Cuántas veces un día hermoso, soleado y perfumado, al salir de un banquete o de una pieza de Sófocles, te llamarán para un hombre que, molestado por los dolores de vientre, te presentará un bacín nauseabundo, diciéndote satisfecho: «¡Gracias a que he tenido la precaución de no tirarlo!». Recuerda entonces que habrá de parecer interesarte mucho aquella deyección.

Hasta la belleza misma de las mujeres, consuelo del hombre, se desvanecerá para ti. Las verás por la mañana desgredadas, desencajadas, desprovistas de sus bellos colores y olvidando sobre los muebles parte de sus atractivos. Cesarán de ser diosas para convertirse en pobres seres afligidos de miserias sin gracia. Sentirás por ellas más compasión que deseos. ¡Cuántas veces te asustarás al ver un cocodrilo adormecido en el fondo de la fuente de los placeres!

Tu vida transcurrirá como a la sombra de la muerte, entre el dolor de los cuerpos y de las almas, entre los duelos y la hipocresía que calcula a la cabecera de los agonizantes; la raza humana es un Prometeo desgarrado por los buitres.

Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos, que se hacen sorda guerra por interés o por orgullo.

Únicamente la conciencia de aliviar males podrá sostenerte en tus fatigas. Piensa mientras estás a tiempo; pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres de la juventud; si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas bien pagado con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, o con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino... ¡hazte médico, hijo mío!



***ESCULAPIO**

Dios griego de la Medicina. Muerta Coronis (su madre), Apolo (su padre) lo encomienda a los cuidados del centauro Quirón, versado en medicina y en el conocimiento de las plantas medicinales. Esculapio llegó a dominar la cirugía, la terapia con plantas y, además, resucitaba a los muertos. Zeus, irritado por su infracción a la ley inmutable, lo fulminó con su rayo. El Templo de Esculapio, levantado en su honor en el siglo IV aC, llega a su apogeo en el siglo II dC, pues Galeno ejerció allí su profesión.

PLEGARIA DEL MÉDICO (Siglo XII)

Llena mi ánimo de amor para el arte y para todas las criaturas.

No permitas que la sed de ganancia y la ambición de gloria hayan de influirme en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor del prójimo, podrían fácilmente descarriarme y alejarme del noble deber de hacer bien a tus hijos. Sostén la fuerza de mi corazón, a fin de que siempre esté dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado. Haz que en el que sufre, yo no vea más que al hombre.

Que mi entendimiento permanezca claro a la cabecera del enfermo, que no lo distraiga ningún pensamiento extraño, para que tenga presente todo lo que la experiencia y la ciencia me han enseñado, porque grandes y sublimes son las investigaciones científicas que miran a conservar la salud y la vida de todas las criaturas. Haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte, y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus camas a los charlatanes, a la multitud de parientes con sus mil consejos, y a los asistentes que siempre lo saben todo, porque constituyen una raza peligrosa, la que por vanidad hace fracasar las mejores intenciones del arte, y a menudo arrastra a los enfermos a la tumba. Si los ignorantes me censuran y se burlan de mí, haz que el amor del arte, como una coraza, me haga invulnerable para que pueda perseverar en la verdad sin miramientos para el prestigio, el renombre y la edad de mis enemigos.

Incúlcame, Dios mío, indulgencia y paciencia al lado de los enfermos toscos y testarudos. Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en el amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo sepa todo y de que todo lo pueda. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión de adquirir siempre mayores conocimientos. Que yo pueda hoy descubrir en mi ciencia cosas que ayer no llegaba a sospechar, porque el arte es grande, pero el pensamiento humano penetra siempre más allá⁽¹⁾.



(1) Moisés Maimónides



JURAMENTO DE MAIMÓNIDES

* «Tu eterna providencia me ha escogido para vigilar por la vida y la salud de tus criaturas.

* Que el amor por mi arte me guíe en todo tiempo.

* Que ni la avaricia, ni la mezquindad, ni la sed de gloria ni de alta reputación, halaguen mi mente... porque los enemigos de la verdad y la misericordia podrían fácilmente engañarme y hacerme olvidar mis elevadas miras de hacer bien por tus hijos.

* Que jamás vea yo en el paciente otra cosa que un compañero en el dolor.

* Concédeme siempre fuerza, tiempo y ocasión para corregir lo adquirido... para hacerlo siempre mejor porque la sabiduría es infinita y el espíritu del hombre puede siempre acrecentarla infinitamente con nuevos esfuerzos.

* Hoy puede descubrir sus errores y mañana obtener una nueva luz sobre aquello mismo de que hoy se cree seguro.

* Oh, Dios!... Tú me has escogido para vigilar por la vida y la salud de tus criaturas: heme aquí dispuesto a seguir mi vocación!».

MAIMÓNIDES

Médico cabecera del sultán Saladino

Ciudad de Córdoba. Península Ibérica. Año 1185.



DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho; a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión;

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y

Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

LA ASAMBLEA GENERAL
proclama la presente
DECLARACIÓN UNIVERSAL
DE DERECHOS HUMANOS

como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

- 1) Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
- 2) Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

- 1) Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
- 2) Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

- 1) Toda persona tiene derecho a circular libremente y elegir su residencia en el territorio de un Estado.
- 2) Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

- 1) En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
- 2) Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

- 1) Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
- 2) A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

- 1) Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
- 2) Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
- 3) La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

- 1) Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
- 2) Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

- 1) Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
- 2) Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

- 1) Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
- 2) Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
- 3) La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

- 1) Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la

protección contra el desempleo.

- 2) Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
- 3) Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
- 4) Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

- 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- 2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

- 1) Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
- 2) La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

- 3) Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

- 1) Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.
- 2) Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

- 1) Toda persona tiene derecho respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.
- 2) En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.
- 3) Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.



CÓDIGO DE MONTPELLIER

Adoptado por el Consejo de la Federación
de los Sindicatos Médicos de L'Herault

I. Si el médico tiene el derecho de pretender la estimación de sus colegas y la efectiva gratitud de sus clientes, él debe, para ser digno, inspirar todos sus actos en los principios que constituyen la esencia de la deontología. Es de la incumbencia de los sindicatos médicos, guardianes de las tradiciones que son el honor de la profesión, formular las reglas generales, y vigilar, en los casos necesarios, su estricta aplicación.

A. Deberes del médico para consigo mismo

II. Antes de todo, el médico se debe a sí mismo, como debe a la corporación de que forma parte, la obligación de ser un perfecto honesto hombre. A este título, debe abstenerse de toda forma, mismo indirecta, de charlatanismo, que en el fondo, tiene por objeto la explotación de la credulidad pública: usurpar títulos o engañar al público con el valor de los que se posee, recurrir para llamar la clientela, a una publicidad extramédica y cuyo valor el enfermo no puede conocer, son gestos esencialmente incorrectos.

III. Son igualmente condenables todos los medios que tienden a la edificación de una situación profesional por otros procedimientos que no sean la ciencia y la abnegación, solas bases de toda notoriedad legítima y durable. Así, son prohibidos todos los actos de *regateo* o de *connivencia*, comisiones o gratificaciones a los buscadores de enfermos, hoteleros, comadronas; asociación o repartición de beneficios con las mismas personas; aceptación de una comisión por la prescripción de medicamentos o aparatos, por el envío a un sanatorio o a un balneario. El carácter clandestino de tales procedimientos demuestra suficientemente que los mismos autores los consideran inconfesables.

IV. El acuerdo con los empíricos, bajo forma de prescripción de *remedios secretos*, o la colaboración con los *curanderos* o los *sonámbulos*, constituye más que una incorrección, pues es castigado por el Código Penal como delito de complicidad de estafa.

B. Deberes de los médicos para con la clientela

V. Excepto el caso en que el espíritu de humanidad lo exija, los de compromisos anteriores o de requerimiento judicial, el médico tiene el

derecho de rehusar sus *cuidados* a un enfermo. Por el contrario, desde que él acepta atenderlo, contrae ciertas obligaciones.

VI. El enfermo espera los mejores cuidados, razón por la cual, el médico tiene la obligación *de estar al corriente* del movimiento científico; toda negligencia de su parte puede ser considerada como una falta.

Cualquiera que sea la posición social del cliente, la *frecuencia de las visitas*, salvo demanda expresa de los interesados, será función relativa a la gravedad del caso. Es tan criticable el espaciar o acortar los exámenes, como multiplicar visitas y prescripciones, o inducir a *consultas o intervenciones evitables*. El médico debe ser sumamente escrupuloso sobre este punto, tanto más, que la mayoría de las veces no tiene otro contralor que el de su conciencia.

VII. Confidente obligado del enfermo, el médico está obligado a guardar el *secreto* de todo lo que él ha visto, entendido o comprendido del hecho de su profesión. Esta discreción debe ser observada hasta en los libros de cuentas, en la redacción de las observaciones científicas o de los certificados de defunción.

VIII. El enfermo tiene el derecho de exigir la verdad en lo que concierne a su estado; en particular puede pedir todos los certificados que considere necesarios, con obligación para el médico de no hacer constar sino las comprobaciones rigurosamente exactas. Un certificado de *complacencia* constituye una falsa declaración.

C. Deberes del médico para con las colectividades

IX. Públicas o privadas, diversas colectividades requieren el concurso del médico. Solicitado para entrar en *relaciones* con ellas, debe dirigir su interlocutor al sindicato del cual forma parte, que es el solo autorizado y que tiene la independencia necesaria para defender, en un caso particular, los intereses profesionales colectivos.

X. La dignidad del Cuerpo Médico, la buena confraternidad y el interés bien comprendido del enfermo, exigen que no sea discutido el derecho de éste, a la *libre elección* del médico con *tarifa a la vista* y con una cuota que se aproxime lo más posible a la de la clientela ordinaria. Toda *tarifa a destajo* debe ser rechazada como inmoral.

XI. Para las *funciones públicas*, el sindicato debe esforzarse por obtener el principio de *nombramiento por concurso*, o por lo menos, por el valor de los títulos, lo que constituye una garantía para los enfermos, equidad para los competidores, independencia y estabilidad para los titulares.

En el caso de *revocación* de estos, nadie podrá aceptar la sucesión sin previa autorización del sindicato. Esta autorización sólo será dada cuando la revocación haya sido pronunciada por falta grave.

XII. Los médicos de las colectividades están obligados, por lo que concierne a sus clientes, a las reglas ordinarias del *secreto profesional*. Deben por consiguiente negar a las colectividades toda declaración que constituya una violación de este secreto.

XIII. Por lo contrario, el *médico experto, inspector o verificador*, tiene el derecho de comunicar a sus comitentes el resultado completo de su examen, puesto que él ha sido designado expresamente para este efecto y que el enfermo se ha dejado examinar en pleno conocimiento de causa.

De este resulta, que las funciones del médico que asiste al enfermo, y las del médico experto, son incompatibles.

D. Deberes del médico para con sus colegas

XIV. Adoptar, para con los otros, la misma actitud que se desearía, por *reciprocidad*, fuese tomada para con uno mismo, tal debe ser el principio que regle las relaciones del médico con sus colegas.

XV. Desde su *instalación* en una localidad ya provista de médicos, el recién venido irá a saludar a sus colegas anteriores; esta visita debe ser retribuida. En las *relaciones ulteriores*, si el mismo diploma confiere las mismas prerrogativas a sus poseedores, el más joven manifestará ciertas deferencias a sus mayores; en compensación, la actitud de estos será siempre cordial para con aquellos.

XVI. Es conveniente abstenerse en una forma absoluta de todo propósito o de una actitud susceptible de desacreditar un colega, sobre todo en los medios extramédicos y todavía más en una familia a la cual éste haya prestado sus cuidados. No deben tampoco tomarse en consideración, sin haberse asegurado de la realidad de su existencia, los *propósitos descorteses* que un tercero, *frecuentemente interesado*, dice han sido tenidos por otro colega.

XVII. En caso de *dificultades* con un colega, el médico ensayará primeramente de arreglar el desacuerdo por una diligencia personal. Si nada se consigue, se someterán los hechos de la causa al presidente del sindicato, para los fines del arbitraje.

XVIII. Si un enfermo tiene el derecho de dar o retirar su confianza a quien le conviene, ningún médico puede permitirse la práctica de *suplantar a un colega* en el tratamiento de un enfermo.

XIX. Fuera del consultorio, que es un terreno neutro en donde cada uno es libre de recibir a los que vengan, el médico no puede ir junto a un enfermo *incógnito* sin haber obtenido la prueba de que el colega que le ha precedido, ha sido desinteresado de los cuidados anteriormente dados.

XX. No obstante, si él es llamado cerca de un enfermo en *curso de tratamiento*, en caso de extrema urgencia o en ausencia del médico que lo

asiste, por humanidad queda obligado el médico a visitar este enfermo. Al regreso de su colega, debe informarlo del tratamiento instituido y cesar sus visitas. Tampoco puede continuarse una asistencia comenzada en carácter de reemplazante de otro colega.

XXI. Instalarse sin su consentimiento formal, en la localidad en que ejerce un colega a quien se ha *reemplazado* anteriormente o ejercer en el radio de acción de una *clientela cedida a título oneroso*, son gestos igualmente condenables.

XXII. Constituye igualmente un acto de *concurrencia desleal* el hecho de consentir una tasa de honorarios inferior a la que se aplica en la localidad o en la región, y que ha sido fijada por el sindicato en proporción al precio medio de la vida. La *medicina con rebaja* deprime siempre al médico y no tiene nada de común con el ejercicio de una beneficencia discreta y bien pensada.

XXIII. Toda *colaboración entre colegas*, provocada generalmente por el médico que asiste o, más raramente, aceptada por éste conforme al deseo del enfermo, debe únicamente inspirarse en el interés del cliente, tratándose de consulta o de operación.

XXIV. La *consulta* con un colega, no debe exigirse sino en caso de necesidad. Por otra parte, ella no debe jamás ser negada, salvo el caso de indignidad profesional del consultante, sobre todo si esta indignidad ha sido sancionada previas formalidades regulares.

En caso de *desacuerdo* grave en el curso de la consulta, la familia debe ser avisada, a fin de que un tercero venga a arbitrar el debate. El médico de cabecera, por su dignidad personal, debe retirarse, en el caso que su opinión no haya prevalecido acerca del cliente.

XXV. Designados por el enfermo o por el médico de cabecera, los *consultantes* o los *especialistas* deben inmediatamente informarlo por escrito del resultado del examen. Su misión especial terminada, ellos no deben en ningún caso continuar en relaciones directas con el enfermo, al menos para otros cuidados que los que dependan de su especialidad.

XXVI. En caso de *intervención*, el cirujano, solo responsable, distribuye el cometido de sus colaboradores. Pero él se esforzará en que el médico de cabecera esté presente, y le reservará un cometido honorable.

XXVII. La experiencia ha demostrado que para evitar más tarde conflictos, las transacciones de honorarios deben hacerse al contado. Estas se efectuarán exclusivamente con el enfermo o con la familia del enfermo, beneficiarios de los cuidados y directamente con los médicos y sus ayudantes, dispensadores de los cuidados.

XXVIII. Toda retribución directa de colega a colega, vulgarmente designada bajo el nombre de *dicotomía*, es incorrecta, prestándose por su carácter clandestino a la suposición degradante de *connivencia*. Es el

enfermo, solo beneficiario del servicio prestado, quien debe honrar a cada uno de los médicos que han colaborado acerca de él. Es de la incumbencia del médico que ha desempeñado la función más importante, consultor o cirujano, el fijar francamente en su nota el quantum debido a cada uno. El especificará por la *consulta* los honorarios que deben ser abonados, además de los suyos, al médico de cabecera. Lo mismo por una *operación*, la cuota de cada uno de sus colaboradores debe de ser fijada a la familia, por el cirujano que cuidará para que los intereses del médico de cabecera, de los cuales él es solidario, sean enteramente respetados, conforme a la tarifa sindical vigente.

XXIX. En el caso que el médico de cabecera prefiera entenderse *directamente* con la familia, por lo que respecta a sus honorarios, toda remuneración hecha por el consultor o el cirujano sería ilícita y en ningún caso debe de ser solicitada.

XXX. Los sindicatos regularmente constituidos están calificados para juzgar las *infracciones* a las reglas de deontología cometidas por todo médico, mismo no sindicado. Abstenerse equivaldría, en ciertos casos, a una tácita aprobación dada a las faltas individuales susceptibles de comprometer por consecuencia la buena reputación o los intereses del cuerpo médico de la región.

Después de haber hecho al infractor supuesto, el proceso previsto por los estatutos y que es destinado a permitir al colega incriminado explicarse sobre los hechos que le son reprochados, ellos pueden, en formas adecuadas, usar para con él, sanciones tales como la advertencia, el reproche, la censura o la descalificación.

XXXI. Además de esta acción disciplinaria, el sindicato constituye para los colegas de la misma región un lazo sólido que les permite tratar de igual a igual con las colectividades. Bien estudiadas, apoyadas por la voluntad de todos, sus decisiones tendrán mucho más fuerza que las de un colega aislado. Es por lo tanto de sumo interés para todo médico, afiliarse a ellos desde el comienzo de su vida profesional.

En resumen, el ejercicio normal y regular de su profesión debe suministrar al médico los recursos legítimos sobre los cuales tiene el derecho de contar y con ellos la consideración que le es debida. Pero, en cambio, es menester que cada uno de sus gestos, realizados siempre públicamente, a la luz del día, sólo se inspiren en el interés de su enfermo; en el respeto hacia sus colegas y en el de su propia dignidad.



DECLARACIÓN DE GINEBRA

Adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Ginebra, Suiza, setiembre de 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto de 1968.

EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

OTORGAR A MIS MAESTROS los respetos, gratitud y consideraciones que merecen;

EJERCER mi profesión dignamente y a conciencia;

VELAR solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos a mí confiados, aun después que un paciente haya muerto;

MANTENER incólume por todos los conceptos y medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

CONSIDERAR como hermanos a mis colegas;

HACER CASO OMISO de credos políticos y religiosos, nacionalidades, razas, rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aun bajo amenaza y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.

SOLEMNE Y LIBREMENTE, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho.



Curandero de los indios «pies negros», revestido del traje y ornamentos de ceremonia, con una piel de oso y otra de reptil. En la mano izquierda lleva una «pandereta mágica» de la que penden aves disecadas, etcétera.



PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA

(Naciones Unidas, 1982)

Los principios se encuentran detallados en el texto de la Resolución 37/194 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18/XII/1982

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA

La Asamblea General...

DESEOSA de establecer otras normas en esta esfera para que sean aplicadas por el personal de salud, especialmente los médicos y los funcionarios gubernamentales,

1. APRUEBA los principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, expuestos en el anexo a la presente resolución;

2. EXHORTA a todos los gobiernos a que den la difusión más amplia posible tanto a los principios de ética médica como a la presente resolución, especialmente entre las asociaciones médicas y paramédicas y las instituciones de detención o carcelarias en el idioma oficial de cada Estado;

3. INVITA a todas las organizaciones intergubernamentales pertinentes, especialmente a la Organización Mundial de la Salud y a las organizaciones no gubernamentales interesadas a que señalen los principios de ética médica a la atención del mayor número posible de personas, especialmente a las que ejercen actividades médicas y paramédicas.

PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA APLICABLES A LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, ESPECIALMENTE LOS MÉDICOS, EN LA PROTECCIÓN DE PERSONAS PRESAS Y DETENIDAS CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Principio 1

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

Principio 2

Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyen participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos⁽¹⁾.

Principio 3

Constituye una violación de la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos, tengan con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya sola finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de éstos.

Principio 4

Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos:

- a) Contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes⁽²⁾.
- b) Certifiquen o participen en la certificación de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental y que no concuerde con los instrumentos

internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes.

Principio 5

La participación del personal de salud, en particular los médicos, en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presenta peligro para la salud del preso o detenido.

Principio 6

No podrá admitirse suspensión alguna de los principios precedentes por ningún concepto, ni siquiera en caso de emergencia pública.

- (1) Véase la declaración sobre la protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Resolución 3452 [XXX], anexo, de la Asamblea General), cuyo artículo 1 establece lo siguiente:
 - «1. A los efectos de la presente Declaración, se entenderá por tortura todo acto por el cual un funcionario público, u otra persona a instigación suya, inflija intencionalmente a una persona penas o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar a esa persona o a otras. No se considerará tortura las penas o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de la privación legítima de la libertad, o sean inherentes o incidentales a ésta, en la medida en que estén en consonancia con las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos».
 - «2. La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante».

El artículo 7 de la Declaración establece lo siguiente:
 «Todo Estado asegurará que todos los actos de tortura definidos en el artículo 1 constituyen delitos conforme a la legislación penal. Lo mismo se aplicará a los actos que constituyen participación, complicidad, incitación o tentativa para cometer tortura».
- (2) En particular la Declaración Universal de Derechos Humanos (Resolución 217 A [III] de la Asamblea General), los pactos internacionales de derechos humanos (Resolución 2200 A [XXI], anexo, de la Asamblea General), la Declaración sobre la Protección de todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Resolución 3452 [XXX], anexo de la Asamblea General) y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (**Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente: Informe de la Secretaría**, publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 1956. IV.4, anexo I.A).

CÓDIGO DE NÜREMBERG

(Tribunal Internacional de Nüremberg)
1946

Experimentos médicos permitidos. El gran peso de la evidencia ante nosotros demuestra que algunos tipos de experimentos médicos, en humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen –generalmente– la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otro método de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales.

1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona envuelta debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; debe estar situada en tal forma que le permita ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar a coercer, y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta. Este último elemento requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto sometible al experimento debe explicársele la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se conducirá, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre la salud o persona que pueden derivarse posiblemente de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad para determinar la calidad del consentimiento recaen sobre el individuo que inicia, dirige, o toma parte del experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada a otra persona con impunidad.

2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean procurables mediante otros métodos o maneras de estudio, y no debe ser escogido al azar ni ser de naturaleza innecesaria.

3) El experimento debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno

conocimiento de la historia natural de la enfermedad u otro problema bajo estudio de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento y daño innecesario sea físico o mental.

5) Ningún experimento debe ser conducido donde hay una razón «a priori» para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable: menos, quizás, en aquellos experimentos donde los realizadores del mismo también sirvan como sujetos de experimentación.

6) El grado de riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema a ser resuelto por el experimento.

7) Se deben proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

8) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. El grado más alto de técnica y cuidado deben ser requeridos durante todas las etapas del experimento, bien de quienes lo conducen así como de los que toman parte de éste.

9) Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a éste, si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.

10) Durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, si tiene razones para creer –en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso– que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación.



REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**NORMAS SOBRE CONDUCTA MÉDICA
Y DERECHOS DEL PACIENTE**

NORMAS SOBRE CONDUCTA MÉDICA Y DERECHOS DEL PACIENTE

Decreto del Poder Ejecutivo del 9 de junio de 1992
Ministerio de Salud Pública

VISTO: la conveniencia de establecer con valor y fuerza reglamentaria un conjunto de normas sobre conducta médica y derechos del paciente.

RESULTANDO:

- I) Que desde hace milenios existen reglas destinadas a regir la realización del acto médico y, más modernamente, se ha manifestado una creciente preocupación por codificar los derechos del paciente.
- II) Que, en el Uruguay, se han formulado en distintos momentos Códigos de Ética Médica destinados a establecer un patrón común de actuación estimado como valioso.

CONSIDERANDO:

- I) Que en el ámbito del Ministerio de Salud Pública no existe un conjunto orgánico de pautas de conducta profesional objetivadas a través de un acto-regla.
- II) Que el Poder Ejecutivo está facultado a establecer, por vía reglamentaria, normas de actuación aplicables a sus funcionarios dependientes y que, a la vez, puedan servir como marco objetivo para la valoración de comportamientos por agentes ajenos a sus cuadros pero alcanzados por sus poderes de control.
- III) Que si bien en nuestro país no existe colegiación obligatoria ni se ha legislado en la materia, se han formulado verdaderos Códigos de Ética Médica, entre los cuales se ha tomado como base para la redacción del Título I de la parte dispositiva de este Decreto lo sustancial del texto preparado por la Academia Nacional de Medicina, sin perjuicio de otros valiosos antecedentes.
- IV) Que, en lo que refiere a los derechos del paciente consignados en el Título II de la parte dispositiva de este Decreto, se ha partido de la Declaración aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973 y, en particular, de la Carta de derechos del paciente del Hospital Maciel.
- V) Que en ambos Títulos se ha optado por incluir una síntesis de los grandes principios a fin de enfatizar en su carácter didáctico y respetar la conciencia de cada profesional, ámbito al que el Derecho no debe ingresar sino para garantizarlo.

VI) Que se oyó a las Direcciones Generales de la Salud y de ASSE, y se requirió opinión al Sindicato Médico del Uruguay, a la Federación Médica del Interior, a la Federación de Funcionarios de Salud Pública, a la Academia Nacional de Medicina y a la Comisión Honoraria de Salud Pública, compatibilizando sus distintas sugerencias en todo lo posible.

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en los artículos 44, 72 y 168 de la Constitución y en los Capítulos III, IV y VII de la ley orgánica N° 9.202 de 12 enero de 1934.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
D E C R E T A:

Título I
REGLAS DE CONDUCTA MÉDICA

Capítulo 1
Deberes

Art. 1° - El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo con los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra.

Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio, poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada.

Art. 2° - El médico debe defender los derechos humanos relacionados con el ejercicio profesional, y especialmente el derecho a la vida a partir del momento de la concepción (arts. 1.2 y 4.1 de la Convención Internacional de Derechos Humanos aprobada por la Ley N° 15.737 de 8.3.85 y Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Ley N° 16.137 de 28.9.90).

En salvaguarda de los derechos y dignidad de la persona humana (arts. 7 y 72 de la Constitución) debe negarse terminantemente a participar directa o indirectamente, a favorecer o siquiera admitir con su sola presencia toda violación de tales derechos, cualquiera fuera su modalidad o circunstancias.

Art. 3º - El médico debe mantener en el ejercicio de su profesión una conducta pública y privada irreprochable, absteniéndose de toda actividad extramédica que signifique menoscabo para la profesión.

Art. 4º - El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente.

Art. 5º - El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto éste le consulte, con veracidad y objetividad, atendiendo a las circunstancias del caso.

Al respecto, procurará obtener el «libre consentimiento informado» del enfermo o sus representantes legales antes de realizar las acciones médicas necesarias, teniendo en cuenta que no pueden emitir consentimiento válido los menores de 21 años de edad (art. 280 del Código Civil) y demás incapaces, salvo las excepciones legalmente previstas.

Art. 6º - El médico debe conducirse ante el enfermo a su cargo en la mejor forma posible, tratándolo con el máximo respeto, demostrándole especial consideración ante el relato de sus males, ofreciéndole sostén espiritual, proporcionándole la ayuda a su alcance para superar o atenuar perjuicios derivados de su dolencia, esforzándose para curarlo, mejorarlo o aliviarlo con dedicación abnegada y aplicación cuidadosa de sus conocimientos científicos y experiencia clínica, dedicándole todo el tiempo necesario sin darle muestras de prisa.

Art. 7º - El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrare en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas que sea posible.

Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.

Art. 8º - El médico debe, en circunstancias no urgentes, asistir al enfermo a su cargo en toda situación durante el curso de la misma enfermedad y cuando encontrare obstáculo absoluto para ello, avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto

la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo.

Asimismo, debe prestar asistencia a todo el que solicite sus servicios de ser único médico en una localidad.

Art. 9º - El médico tratante debe aceptar siempre una consulta médica cuando ella le sea solicitada por el paciente, sus allegados o representantes legales, y proponer una consulta con otro médico cada vez que lo considere necesario, informándole del modo más leal y amplio.

Art. 10º - El médico consultor debe respetar la posición del médico tratante y rehusar la asistencia del paciente por la misma enfermedad que motivó la consulta, de no contar con el pedido o asentimiento del médico tratante.

Art. 11º - El médico debe mantener con sus colegas y colaboradores un trato correcto y solidario, respetando los ámbitos de actuación y especialización profesional de éstos.

Cuando trabaja en equipo, debe efectuar la distribución de tareas según la calificación de cada integrante, impartiendo las instrucciones pertinentes y contando con la correspondencia cuidadosa de quienes integran el equipo.

Art. 12º - El médico debe abstenerse de emplear cualquier procedimiento tendiente a provocar la muerte, procurando el alivio del paciente terminal y su muerte digna.

Art. 13º - El médico debe abstenerse de toda forma de experimentación terapéutica en seres humanos, incluyendo las técnicas de recombinación artificial de materiales genéticos, que entrañe el más mínimo riesgo para el paciente y que no tenga por finalidad el restablecimiento de la salud (art. 44 de la Constitución), cuando no existan otros medios idóneos para alcanzar tal objetivo.

Art. 14º - El médico debe cooperar con las autoridades nacionales en el mantenimiento de la salud de la población, inculcando en sus pacientes y quienes con él se relacionen los principios y directivas trazados en materia de higiene y prevención por el Ministerio de Salud Pública, indispensables para preservar la salud.

Art. 15º - El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aun cuando de ello

se deriven perjuicios para el o sus colegas.

Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública.

Art. 16º - El médico debe ser objetivo y preciso en la certificación de hechos o actos que le sean solicitados en el ámbito de su ejercicio profesional.

En la certificación de defunciones, debe ajustarse estrictamente a las reglamentaciones vigentes.

Art. 17º - El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos.

Art. 18º - Sin perjuicio de los deberes enunciados precedentemente, el médico debe ajustar su comportamiento a las demás normas legales y reglamentarias relativas a su condición de profesional de salud.

Capítulo 2 Prohibiciones

Art. 19º - Al médico le está prohibido negar asistencia, en las circunstancias a que refieren los art. 7 y 8 del presente Decreto, sea de modo directo o indirecto, a todo paciente que lo requiera, salvo situaciones excepcionales debidamente autorizadas por la autoridad competente.

Art. 20º - Al médico le está prohibido opinar o aconsejar sobre la atención de pacientes sin ser partícipe de ella y con desconocimiento del médico tratante.

Art. 21º - Al médico le está prohibido desprestigiar a colegas, superiores o colaboradores, mediante críticas u otras acciones u omisiones.

Art. 22º - Al médico le está prohibido arrogarse especializaciones cuyo reconocimiento por las autoridades competentes no posee.

Art. 23º - Al médico le está prohibido prescribir medicamentos u otros dispositivos terapéuticos, recomendar farmacias, laboratorios, clínicas, instituciones, aparatos de uso diagnóstico o terapéutico, o de

cualquier otra forma derivar al paciente en función de conveniencias personales, económicas o de cualquier otra naturaleza reñidas con el recto desempeño de la profesión.

Art. 24º - Al médico le está prohibido obtener o proporcionar beneficios económicos a terceros mediante la ocultación de la enfermedad de un paciente o la atribución de cualquier afección a un paciente sano.

Art. 25º - Al médico le está prohibido entrometerse en asuntos familiares del paciente, sean de índole económica o de cualquier naturaleza.

Art. 26º - Al médico le está prohibido participar en cualquier actividad que lleve adelante quien practique ejercicio ilegal de la medicina.

Art. 27º - Al médico le está prohibido extender certificados inexactos con el fin de reportar a un tercero beneficios indebidos, sean de índole económica, laboral o de cualquier otra naturaleza.

Asimismo, le está prohibido el cobro de sumas de dinero, a cualquier título, por efectuar certificaciones de defunción, de conformidad a las reglamentaciones vigentes.

Art. 28º - Al médico le está prohibido efectuar declaraciones ambiguas o asumir peritajes o certificaciones en situaciones en las que directa o indirectamente estén involucrados sus intereses o los de terceros vinculados en razón de cualquier actividad.

Capítulo 3

Derechos

Art. 29º - La enumeración no taxativa de deberes y prohibiciones contenida en los capítulos precedentes no afecta en lo más mínimo los derechos del médico 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.

Título II

DERECHOS DEL PACIENTE

Art. 30º - El paciente tiene derecho a conocer y hacer uso de sus derechos y si por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, el

establecimiento de salud correspondiente tiene obligación de prestarle ayuda.

Art. 31° - El paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o fuentes de pago.

Art. 32° - El paciente tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

Art. 33° - El paciente tiene derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesite.

Art. 34° - El paciente tiene derecho a saber el nombre y el cargo del médico que lo atenderá.

Art. 35° - El paciente tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que participe en la atención médica que se le brinda y a negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 36° - El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psico-social del mismo.

Art. 37° - El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 38° - El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra.

Art. 39° - El paciente tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.

Art. 40° - El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud.

Art. 41° - El paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. El hospital tiene que darle por escrito un plan terapéutico a seguir, luego del alta.

Art. 42° - El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma, a sus expensas.

Art. 43° - El paciente tiene derecho a quejarse de la atención y los servicios que recibe sin temor a represalias y exigir una respuesta del hospital, inclusive por escrito, si así lo desea.

Art. 44° - La enumeración de derechos del paciente contenida en los artículos precedentes tiene carácter enunciativo y no enerva el cumplimiento por éste de todos y cada uno de los deberes que son emanación de las obligaciones constitucionales de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad (art. 44, inc. 2° de la Constitución).

Título III NORMAS DE APLICACIÓN

Art. 45° - Las normas contenidas en el presente Decreto son de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública, cualquiera sea la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas.

Art. 46° - Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, las normas contenidas en el presente Decreto serán aplicadas por la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamientos médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública pero respecto a las cuales sea llamada a intervenir de acuerdo con su competencia legal.

De igual modo procederá la Dirección General de la Salud, a través de sus reparticiones con competencia de fiscalización, en la apreciación de conductas que incidan en la calidad de la atención por parte de las instituciones sometidas a su control.

Art. 47° - En los casos a que refiere el artículo precedente serán

aplicables además los principios generales establecidos en el art. 2º y en los arts. 168 y siguientes del Decreto N° 500/91 de 27 de setiembre de 1991, en lo pertinente.

Art. 48º - El incumplimiento de los deberes establecidos en el Capítulo 1 del Título I del presente Decreto y la violación de las prohibiciones edictadas en el Capítulo 2 de dicho Título, cuando sean cometidos por funcionarios públicos, constituirán faltas administrativas.

Como tales, serán objeto de sanción proporcionada a su gravedad, previa sustanciación del procedimiento disciplinario respectivo en el que se asegurará la garantía de defensa (Libro II del Decreto N° 500/91 de 27 de setiembre de 1991).

Art. 49º - Los jefes de las distintas Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud Pública tendrán la obligación de difundir las normas contenidas en el presente Decreto entre el personal de su dependencia.

Asimismo, deberán publicar en lugar visible de cada centro asistencial la «Carta de Derechos del Paciente» contenida en el Título II del presente Decreto.

Art. 50º - Este Decreto entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

Art. 51º - Deróganse todas las ordenanzas, instrucciones de servicio y demás disposiciones reglamentarias que directa o indirectamente resulten contrarias o se opongan al presente Decreto.

Art. 52º - Comuníquese, etc.

Lacalle Herrera

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL



ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, INC.

MANUAL DE DECLARACIONES

noviembre 1998

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

En julio de 1945, se realizó en Londres una conferencia informal de médicos de diferentes países, con el fin de crear un organismo médico internacional para reemplazar a la «Association Professionnelle Internationale des Médecins», fundada en 1926 y que contaba con 23 países miembros, que había cesado de existir al estallar la Segunda Guerra Mundial. Este nuevo organismo era la Asociación Médica Mundial.

El 18 de setiembre de 1947, los delegados de 27 asociaciones médicas nacionales celebraron en Ginebra la Primera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial y aprobaron la Constitución y Reglamentos de una «confederación de las asociaciones médicas nacionales más representativas de cada país». Al año siguiente, la Junta Ejecutiva (conocida actualmente como el Consejo) eligió la ciudad de Nueva York como el sitio más apropiado para instalar el Secretariado General de la organización y en julio de 1964, la Asociación Médica Mundial fue incorporada –según la ley del estado de Nueva York– como institución sin fines lucrativos, educacional y científica, otorgándosele la categoría especial de estar exenta de impuestos. En 1974, por razones económicas y para estrechar los vínculos con otros organismos de salud instalados en Suiza, el Secretariado de la AMM fue trasladado a Ferney-Voltaire, Francia, a un paso de Ginebra, en la frontera franco-suiza, lugar donde todavía se encuentra, aunque aún está incorporada al estado de Nueva York, y goza de los mismos privilegios.

A menudo se confunde a la Asociación Médica Mundial con la Organización Mundial de la Salud. Ambas organizaciones se preocupan de los problemas de la salud a nivel internacional, pero la OMS es un organismo de las Naciones Unidas financiado por los gobiernos, lo que implica influencias políticas. Por el contrario, la Asociación Médica Mundial está compuesta y es financiada por asociaciones médicas nacionales voluntarias, que a su vez representan a más de tres millones de médicos en el mundo dedicados a servir antes que nada los intereses de los pacientes y a prestar a todos la mejor atención médica, sin consideración de raza, credo, afiliación política o clase social. La Asociación Médica Mundial es apolítica y agrupa miembros de diferentes lenguas, culturas y servicios de salud; sin embargo, todos comparten los mismos ideales y responden sólo ante sus pacientes.

Muchos se preguntan qué es lo que hace la Asociación Médica Mundial. Su función ha sido siempre de actuar como foro mundial, libre

y abierto a la discusión franca no de problemas clínicos, sino de asuntos médico-sociales y temas médicos en general, para así llegar a un consenso internacional que sirva de base a normas que puedan proporcionar al médico una guía útil cuando no se tenga claro el procedimiento correcto a seguir. Aunque su voz tiene autoridad, ya que representa la opinión experta de médicos de cada región del mundo, la Asociación Médica Mundial no tiene poder real, no obstante las Declaraciones que ha adoptado a través de los años tienen enorme significado y peso en círculos nacionales e internacionales.

Este manual se presenta como modelo de la posición que la Asociación Médica Mundial ha asumido en relación a diversos temas. Algunas de sus Declaraciones han debido ser revisadas para estar al día con los nuevos conocimientos o para mejorar algunas veces la compleja terminología que resulta cuando deliberan juntos individuos que hablan distintos idiomas. Algunas están en la actualidad en revisión y seguramente habrá otras nuevas que aparecerán cada vez que las circunstancias lo determinen. Ellas demuestran que la Asociación Médica Mundial lejos de haber expirado, ser anticuada o monolítica, es en realidad una organización muy activa, en constante evolución y única por el hecho de ser el solo organismo internacional que protege los intereses del paciente contra la amenaza actual de coartar la prioridad de sus derechos.

Mayo 1992

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

10.A

Introducción

Los accidentes de tránsito graves son un problema de salud pública con consecuencias iguales a las principales enfermedades, como las cardiovasculares y el cáncer. En algunos países son considerados como una de las primeras causas de muerte en los jóvenes. Hoy en día, cada año se produce medio millón de muertes y 15 millones de heridos en las carreteras de todo el mundo.

Las colisiones de vehículos motorizados son el resultado de la combinación súbita, inesperada y a veces desastrosa entre el hombre, el vehículo y la carretera. Al igual que las enfermedades, es importante conocer el origen del traumatismo para prevenirlo y controlarlo. Los métodos de prevención y protección tienen un enorme potencial para una prevención eficaz. Los accidentes de tránsito y sus consecuencias se pueden disminuir por medio de la aplicación sistemática y generalizada de técnicas modernas, en lo referente a diseño del vehículo y las carreteras, control de tránsito y regulaciones apropiadas. Sin duda la educación pública tiene un rol significativo.

Desafortunadamente, mientras el transporte es un tema por lo general de interés para la población, la seguridad del tránsito parece tener una importancia marginal, aunque se nota mayor interés de parte del público. En los países con muchos vehículos, los accidentes de tránsito absorben un 10% del total de los recursos hospitalarios, sin contar el costo de rehabilitación, la atención a largo plazo y la invalidez permanente.

Aunque por supuesto es cierto que el comportamiento del conductor contribuye mucho a la seguridad del tránsito, recientemente se ha dado énfasis a otros componentes del sistema –en especial el vehículo y la carretera misma, que son igualmente importantes. Por esto, también es apropiado considerar las prácticas y normas de las personas que tienen un papel central en la construcción y en el funcionamiento seguro del sistema operacional carretera-vehículo. Por ejemplo, cuando se pierde el control del vehículo y choca, la gravedad de la colisión depende del tamaño, peso, rigidez y otras características del objeto impactado. Por lo

tanto, se deben mantener lejos de la carretera los objetos y barreras, como los promontorios, grandes árboles y rocas.

La profesión médica tiene la misma obligación de referirse a los accidentes de tránsito, como a cualquier otro asunto de salud pública y los médicos deben tomar parte activa en cuestiones relativas al control y prevención de esta plaga. Las asociaciones médicas nacionales deben tener una función activa entre los gobiernos y legisladores a fin de dar a este asunto primera prioridad y adoptar las medidas apropiadas a nivel de factor humano, vehículo y carretera.

Recomendaciones

1. Se deben adoptar medidas para la prevención de accidentes de tránsito principalmente mejorando la ingeniería de caminos, esto incluye la construcción y mantención de carreteras. La infraestructura debe ser construida y mantenida para hacer frente al aumento de vehículos que utilizan las carreteras. Para esto se necesita la inversión de recursos públicos adecuados. Se debe mejorar la regulación del tránsito y, cuando sea posible, aumentar la cantidad de carreteras divididas con varias pistas, las intersecciones con distintos niveles y el cinturón de seguridad diagonal incorporado, para disminuir los golpes con la cabeza. Es importante considerar la separación del tránsito cuando sea posible, con una división eficaz del tránsito motorizado y de otro tipo, especialmente por la seguridad del peatón y la prevención de muertes de peatones, que representan 25% del total de las víctimas de accidentes con vehículos motorizados.
2. Se deben modificar los cambios de conducta, en especial a través de la educación, como no fumar cuando se conduce, y concentrarse en los esfuerzos que demuestren beneficios detectables en la disminución de colisiones en el contexto de la educación y cultura del individuo, el nivel de motorización del país y las diferencias demográficas y culturales. Por ejemplo, educación y estricta aplicación de leyes que prohíban la conducción de un vehículo bajo la influencia del alcohol. El correcto uso del cinturón de seguridad cruzado de tres puntas, que protege mucho, los ocupantes de un vehículo siempre deben usarlo, las leyes que exigen su uso han demostrado ser de mucha utilidad.
3. Se debe ofrecer seguridad al peatón por todos los medios disponibles, incluyendo la legislación sobre ingeniería, cumplimiento de la ley, mantención y factores educacionales y de zonas.

4. Para asegurar el control de accidentes, la profesión médica debe pedir la implementación de medidas de seguridad, como por ejemplo, cinturones, cascos de seguridad, parabrisas y ventanas inastillables, cerraduras de seguridad, volantes adaptables y los interiores de los autos más seguros.
5. Los fabricantes deben diseñar automóviles que ofrezcan protección adicional a sus ocupantes. Se debe implementar la revisión periódica de los vehículos, como medida de seguridad.
6. Atención médica posterior al accidente –en la mayoría de los casos, la sobrevivencia y la posibilidad de recuperación dependerán más de la atención inicial prestada en el lugar del accidente, que de la atención intensiva posterior. Se debe dar énfasis a la implementación de sistemas de comunicación que ubiquen a personas rápidamente, servicios de transporte que puedan evacuar de manera veloz a las víctimas y sistemas de emergencia de atención médica que presen primeros auxilios eficaces.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre EL ALCOHOL Y LA SEGURIDAD EN LOS CAMINOS

Adoptada por la 44^a Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

10.A.A

Introducción

Los muertos y heridos en los accidentes de tránsito y atropellos constituyen un importante problema de salud pública. Puesto que una buena cantidad de muertos y mutilados en los caminos son jóvenes, los años de esperanza de vida perdidos por dicha causa igualan a lo que ocurre con las principales epidemias modernas de enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En muchos países, donde el consumo de alcohol es aceptado como parte de la vida diaria, se ha demostrado que los conductores en estado de ebriedad son responsables de casi la mitad de la cantidad de muertos y heridos graves en accidentes de tránsito.

En consecuencia, las medidas que prohíban conducir en estado de ebriedad permitirían un gran mejoramiento en la seguridad en los caminos y una notable disminución de muertos y mutilados.

La conducción de un vehículo implica ciertos riesgos. El conductor responsable controla siempre los riesgos que enfrenta y se asegura que el nivel de riesgo nunca sobrepase lo que él estima inaceptable. El alcohol altera la evaluación subjetiva del conductor respecto a los riesgos, de modo que su comportamiento es más arriesgado, al mismo tiempo que disminuye la capacidad de conducción objetiva debido a los efectos del alcohol. Esto origina los accidentes de tránsito por causa del alcohol.

El bebedor que toma la decisión de conducir se ve enfrentado a una decisión análoga con respecto a los riesgos. Se trata principalmente del riesgo de desplazarse por los caminos con seguridad. La evaluación subjetiva de dicho riesgo se distorsiona progresivamente por los efectos del alcohol. Por lo tanto, es necesario asegurarse que el conductor tomará o no el vehículo antes de que consuma suficiente alcohol como para que afecte realmente su juicio. Esto implica que los límites legales de concentración de alcohol en la sangre de los conductores deben fijarse a un nivel bajo, un nivel donde la evaluación subjetiva de los riesgos sea realista para toda la gente.

Los problemas importantes de salud pública necesitan acciones coordinadas. El detalle de cualquier iniciativa exitosa debe estar basado

en un análisis del problema, puesto que afecta a un país y cultura en particular. En la mayoría de los países, los accidentes de tránsito por causa del alcohol tienen como protagonistas en forma desproporcionada a adolescentes y adultos jóvenes, es importante entonces realizar esfuerzos especiales a fin de disminuir el consumo de alcohol en dicho grupo. En muchos de estos casos, el problema del alcohol en la conducción es reflejo de problemas de alcoholismo en el trabajo, en el hogar o en el círculo social.

Para que un programa tenga buenos resultados debe contar con:

- La educación de la población en relación a la seriedad del problema y a las razones por las cuales el alcohol es peligroso para el conductor, a fin de cambiar la actitud de la población en lo que se refiere a beber y conducir.
- El apoyo de estas actitudes por medio de políticas apropiadas de imposición y sanciones legales.
- La identificación de bebedores problemáticos que pueden necesitar medidas adicionales.

Recomendaciones

La Asociación Médica Mundial insta a todas las asociaciones nacionales a promover los siguientes principios:

1. Los accidentes de tránsito a causa del alcohol constituyen un importante problema de salud pública evitable. La salud pública debe orientar sus recursos a este problema en proporción a su importancia.
2. La consideración de medidas de prevención detalladas necesita una buena comprensión de los grupos de edad y sociales, como de las razones sociales que originan los problemas en dichos grupos. Se debe realizar una investigación que muestre esos puntos de manera detallada. Cuando se compruebe la participación de grupos sociales específicos, se deben poner en marcha estrategias globales para tratar sus problemas. Esto puede representar una limitación del consumo de alcohol para dichos grupos y una forma de asegurarse que los que venden bebidas alcohólicas tengan parte de responsabilidad por las consecuencias de dicha venta. Debe existir educación dirigida a un cambio de actitud, respaldada con sanciones, si es necesario; además se debe eliminar el alcohol de los lugares de trabajo.
3. El accidente de tránsito a causa del alcohol debe ser considerado como un problema particular del alcoholismo, mientras que otros incluyen los accidentes de trabajo, desavenencia y violencia familiar y enfermedades. Esto debe reflejarse en el tratamiento médico y legal de los individuos.

- a. Nunca se debe perder la oportunidad de rehabilitar a una persona alcohólica. Todo conductor sentenciado por manejo bajo la influencia del alcohol o con un exceso de alcohol en la sangre (o aliento) debe ser controlado por otros problemas relacionados al alcohol y, cuando corresponda, se le debe poner en un programa de rehabilitación.
- b. Los programas de rehabilitación previstos para estos efectos deben ser financiados con fondos públicos, en consideración al grave riesgo que representa para el bienestar público el problema de la dependencia del alcohol.
4. La educación de la población debe asegurar que el efecto progresivo del alcohol en los reflejos del conductor y la evaluación de los riesgos sean bien comprendidos. No se debe olvidar, por lo general, los efectos del alcoholismo en la salud y el público debe reconocer los riesgos de complicaciones médicas cuando una persona ebria resulta herida.
 - a. El mensaje principal de salud debe ser que el alcohol siempre debe consumirse con moderación.
 - b. El mensaje específico debe ser que no se debe conducir en estado de ebriedad.
 - c. El problema particular de conductores adolescentes y adultos jóvenes que consumen alcohol debe ser tratado en programas educacionales sobre los efectos del alcohol, que se dicten durante los años escolares a fin de promover una actitud responsable frente al alcohol y la conducción. También se deben tocar otros temas relacionados con el alcohol, en forma simultánea.
5. Los médicos deben reafirmar la necesidad de una baja concentración legal de alcohol en la sangre en los conductores, que no sea superior a 50mg/100ml de sangre o concentraciones equivalentes en el aliento.
 - a. Los bajos límites legales tienen un efecto limitado si no se aplica la ley como corresponde. Las asociaciones nacionales deben insistir sobre las siguientes recomendaciones:
 - i) Todo conductor víctima de un accidente grave debe someterse a un control de concentración de alcohol en la sangre (o aliento).
 - ii) Efectuar controles al azar de los conductores en general o en los momentos donde hay más posibilidades de accidentes de tránsito a causa del alcohol.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
CONTROL DE ACCIDENTES

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

10.B

La Asociación Médica Mundial, habiendo estudiado los temas relativos a los accidentes y el control de accidentes en su Sesión Científica realizada en Hong Kong, en setiembre de 1989, exhorta a las asociaciones médicas nacionales a trabajar con todos los organismos apropiados, públicos y privados, en cada país para elaborar y poner en marcha un programa para controlar y prevenir accidentes. Se deben incluir en dicho programa intentos para mejorar el tratamiento médico y la rehabilitación de pacientes accidentados. Se debe aumentar la investigación y educación sobre el control de accidentes y se debe contar necesariamente con cooperación internacional para lograr un proyecto exitoso.

La Asociación Médica Mundial sugiere a las asociaciones médicas nacionales que incorporen los siguientes elementos básicos en sus programas:

1. Introducción

Los accidentes son la principal causa de muerte e invalidez en niños y jóvenes. Los accidentes destruyen la salud, la vida y la alegría de millones de personas cada año. Sin embargo, los accidentes se pueden prevenir. Existen oportunidades para entender y prevenir los accidentes. Las vidas se pueden salvar y mejorar aprovechando dichas oportunidades. El control de accidentes se debe reconocer como prioritario en un proyecto de salud pública que necesita coordinación entre los organismos de salud, transporte y servicio social en cada país. Para asegurar el éxito de dicho proyecto es necesario la participación y dirección de los médicos.

2. Epidemiología

El esfuerzo inicial de tal proyecto debe ser la obtención de información más adecuada, sobre la cual basar las prioridades, intervenciones e investigación. Se debe poner en marcha en cada país un

sistema eficaz de vigilancia de accidentes a fin de reunir e integrar información. Se debe poner en práctica un sistema preciso y apropiado para clasificar los accidentes, por parte de hospitales y organismos de salud. También debe existir una clasificación uniforme de la gravedad de los accidentes.

3. **Prevención**

La prevención de accidentes necesita de educación para enseñar y persuadir a la gente a cambiar su conducta y, por consiguiente, el riesgo de accidentes. Se deben promulgar leyes y reglamentos que exijan cambios de conducta basados en métodos científicamente seguros de prevención de accidentes. Dichas leyes se deben aplicar estrictamente a fin de influir en forma eficaz en los cambios de conducta. Se debe estimular el mejoramiento de materiales y diseño ambiental de muchos productos para proporcionar protección automática contra los accidentes, puesto que es el medio más efectivo para prevenir los accidentes.

4. **Biomecánica**

Se debe dar prioridad a la investigación biomédica sobre la causa y prevención de accidentes. Un mejor entendimiento de la biomecánica del accidente y de la invalidez, podría crear una protección mejorada para los seres humanos. Las reglamentaciones relativas al diseño del producto deben incorporar estándares de seguridad a partir de una concepción mejorada de la biomecánica del accidente.

5. **Tratamiento**

La atención prestada en el lugar del accidente debe ser reforzada con un sistema de comunicaciones eficaz con los especialistas médicos a fin de facilitar la toma de decisiones. Se debe proporcionar un transporte rápido y seguro al hospital. Se debe contar con un equipo de especialistas en traumatismos en el hospital. También debe existir un equipamiento apropiado y materiales para atender al paciente accidentado, incluyendo el acceso inmediato al banco de sangre. Se debe estimular la educación y formación de especialistas en atención de traumatismos, para asegurar una técnica óptima por parte de un número apropiado de médicos en todo momento.

6. Rehabilitación

Las víctimas de traumatismos necesitan una atención continuada que dé énfasis no sólo a la sobrevivencia, sino también a la identificación y preservación de las funciones residuales. Se debe hacer una rehabilitación para restaurar las funciones biológicas, psicológicas y sociales, como un esfuerzo para permitir que la persona accidentada logre una máxima autonomía personal y un estilo de vida independiente. Se debe hacer todo lo posible para ayudar al paciente (y su familia) a evitar la institucionalización. La rehabilitación también puede necesitar cambios en el entorno físico y social del paciente.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la NEGLIGENCIA MÉDICA

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

10.C

En algunos países existe un aumento de las demandas por negligencia médica y las asociaciones médicas nacionales buscan los medios para hacer frente a este problema. En otros países, las demandas por negligencia médica son raras, pero las asociaciones médicas nacionales de dichos países deben estar alertas frente a los problemas y consecuencias que puede producir un aumento de las demandas contra médicos.

En esta declaración, la Asociación Médica Mundial desea informar a las asociaciones médicas nacionales sobre algunos de los hechos y problemas relacionados con las demandas por negligencia médica. Las leyes y los sistemas jurídicos en cada país, como las tradiciones sociales y condiciones económicas, influirán en la aplicación de ciertos elementos de esta declaración para cada asociación médica nacional. Sin embargo, la Asociación Médica Mundial estima que esta declaración debe ser de interés para todas las asociaciones médicas nacionales.

1. El aumento de demandas por negligencia médica puede ser el resultado, en parte, de una o más de las siguientes circunstancias:
 - a) El progreso en los conocimientos médicos y de la tecnología médica permite que los médicos logren proezas que eran imposibles en el pasado, pero estos logros implican nuevos riesgos que pueden ser graves en varios casos.
 - b) La obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención médica.
 - c) La confusión entre el derecho a la atención, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar.
 - d) El papel perjudicial que a menudo representa la prensa, al incitar la desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente y al sugerir a éstos que presenten reclamos contra los médicos.
 - e) Las consecuencias indirectas del desarrollo de una medicina defensiva, producidas por el aumento del número de demandas.
2. Se debe hacer una distinción entre la negligencia médica y el accidente durante la atención médica y el tratamiento, sin que haya

responsabilidad del médico.

- a) La negligencia médica comprende la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o falta de conocimiento, o negligencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente.
 - b) Un accidente producido durante un tratamiento médico, que no se pudo prever y que no fue el resultado de falta de conocimiento por parte del médico tratante, es un accidente desafortunado del cual el médico no es responsable.
3. La indemnización de los pacientes víctimas de accidente médico puede ser determinada hasta el punto que no existan leyes nacionales que prohíban esto, por sistemas diferentes si se trata de una negligencia médica o de un accidente desafortunado que ocurre durante la atención médica y el tratamiento.
- a) En el caso de un accidente desafortunado sin responsabilidad del médico, la sociedad debe determinar si se debe indemnizar al paciente por el accidente y si es así, el origen de los fondos para cancelar dicha indemnización. Las condiciones económicas del país determinarán si existen dichos fondos de solidaridad para indemnizar al paciente, sin estar a expensas del médico.
 - b) Las leyes de cada nación deben prever los procedimientos necesarios a fin de establecer la responsabilidad de las demandas por negligencia médica y determinar la cantidad de la indemnización del paciente, en los casos en que se compruebe la negligencia.
4. Las asociaciones médicas nacionales deben considerar algunas o todas de las siguientes actividades, a fin de proporcionar un tratamiento equitativo y justo a pacientes y médicos:
- a) Para el público, campañas de información sobre los riesgos inherentes a ciertos tratamientos médicos y cirugía avanzados; para los profesionales, programas de formación sobre la necesidad de obtener un consentimiento informado de los pacientes sobre dichos tratamientos y cirugía.
 - b) Campañas de sensibilidad pública para mostrar los problemas en medicina y la prestación de atención médica, según la estricta necesidad del control de los costos.
 - c) Campañas generales de la educación de la salud en el colegio y los lugares de reunión social.
 - d) Elevación del nivel y de la calidad de educación médica para todos los médicos, incluyendo el mejoramiento de la formación clínica.

- e) Crear y participar en programas destinados a los médicos encargados de mejorar la calidad de la atención médica y de los tratamientos.
- f) Implementar una política apropiada de formación para médicos que tienen conocimientos insuficientes, incluyendo una política de limitación del ejercicio profesional hasta que dichas insuficiencias sean corregidas.
Informar al público y al gobierno sobre el peligro del desarrollo de diferentes formas de medicina defensiva (aumento de atención o, al contrario, abstención de médicos o incluso desinterés de parte de médicos jóvenes por ciertas especialidades a alto riesgo).
- g) Informar al público sobre la posibilidad de accidentes durante un tratamiento médico, que son imprevisibles y no son responsabilidad del médico.
- h) Solicitar protección legal para los médicos cuando los pacientes sufren accidentes que no son resultado de negligencia médica.
- i) Participar en la creación de leyes y procedimientos aplicables a las demandas por negligencia médica.
- j) Oponerse firmemente a demandas poco serias y a cobros por contingencia de parte de los abogados.
- k) Explorar procedimientos innovativos para tratar las demandas por negligencia médica, como acuerdos entre las partes, en lugar de un proceso judicial.
- l) Promover la idea de que los médicos se aseguren contra demandas por negligencia médica, cancelando el seguro el mismo médico o el empleador si el médico está empleado.
- m) Participar en las decisiones relacionadas a la posibilidad de otorgar la indemnización de pacientes víctimas de accidentes sin negligencia médica durante el tratamiento.



DECLARACIÓN DE MADRID DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
AUTONOMÍA Y AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987

10.10

La Asociación Médica Mundial, habiendo examinado la importancia que la autonomía y autorregulación profesional tienen para el cuerpo médico del mundo, y reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan a la autonomía y autorregulación profesional, adopta la siguiente Declaración:

1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía que el médico puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes, tal como lo establece la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Independencia y la Libertad Profesional del Médico, adoptada en octubre de 1986 (Doc. 17.O).
2. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales reafirman la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales se comprometen a mantener y garantizar ese principio de ética esencial, que es la autonomía profesional en la atención de los pacientes.
3. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.
4. La Asociación Médica Mundial urge a sus asociaciones médicas nacionales a establecer, mantener y participar activamente en un sistema de autorregulación de los médicos en sus respectivos países. Esta dedicación a una autorregulación efectiva es la que finalmente asegurará a la profesión la autonomía para tomar decisiones sobre la atención médica de los pacientes.
5. La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la pre-

ocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. Los procedimientos experimentales deben cumplir las normas de protección requeridas por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y otras disposiciones que pueda tomar cada país. Las teorías científicas de tipo dudoso no deben ser usadas en pacientes.

6. Tener conciencia de los gastos es un elemento esencial de la autorregulación. La atención de la más alta calidad sólo puede justificarse por la certeza de que el costo de tal atención permita que todos los ciudadanos tengan acceso a esa atención. Nuevamente, los médicos están particularmente calificados para hacer las evaluaciones necesarias para tomar las decisiones de control de gastos. Por tal razón, las asociaciones médicas nacionales deben incluir el control de gastos en sus respectivos sistemas de autorregulación. Los puntos comunes en materia de control de gastos tienen que ver con los métodos de prestación de la atención médica, el acceso a los hospitales y a la cirugía, y el uso apropiado de la tecnología. El control de gastos no debe ser usado como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos que necesitan. Tampoco debe permitirse el excesivo uso de facilidades médicas que aumente el costo de la atención médica de tal manera que no permita el acceso a ella a los que las necesitan.
7. Por último, las actividades profesionales y la conducta de los médicos debe siempre estar dentro de los límites del código de ética profesional o de los principios de ética médica en vigor en cada país. Las asociaciones médicas nacionales deben alentar a los médicos a adoptar una conducta ética para mayor beneficio de sus pacientes. Las violaciones a la ética deben ser rápidamente corregidas y los médicos culpables de dichas violaciones deben recibir medidas de disciplina y rehabilitados. Se trata de una responsabilidad que sólo las asociaciones médicas nacionales pueden asumir y llevar a cabo efectiva y eficientemente.
8. Por supuesto que existen muchos otros tipos de autorregulación por los cuales las asociaciones médicas nacionales deben asumir responsabilidad. Se insta a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para hacer frente a tales problemas y a otros

por venir. Se recomienda el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales. La Asociación Médica Mundial ayudará a facilitar este intercambio a fin de mejorar la autorregulación.

9. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales deben también educar al público en general con respecto a la existencia de un sistema efectivo y responsable de autorregulación por parte de la profesión médica del país respectivo. El público debe saber que puede confiar en este sistema de autorregulación para una evaluación honesta y objetiva de los problemas relativos al ejercicio de la medicina, y a la atención y tratamiento de pacientes.
10. La acción colectiva de las asociaciones médicas nacionales de asumir la responsabilidad de establecer un sistema de autorregulación profesional realzará y asegurará el derecho del médico de tratar sus pacientes sin interferencia en su juicio y discreción profesional. Una conducta profesional responsable por parte de los médicos y un sistema efectivo y eficiente de autorregulación organizado por la asociación médica nacional son indispensables para reafirmar al público que cuando ellos sean pacientes, recibirán una atención médica de calidad prestada por médicos competentes.



NORMAS GENERALES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre LA SALUD INFANTIL

Adoptadas por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre de 1987

10.20

Introducción

Para hacer frente a la elevada tasa de mortalidad infantil (TMI) en varias partes del mundo, la AMM y sus asociaciones médicas nacionales miembros han lanzado un programa con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad innecesarias en los países en vías de desarrollo.

La idea del programa vino de la Asociación Médica de Estados Unidos (AMA), la cual, en colaboración con los Centros para Control de Enfermedades (CCE), ha elaborado lo que ahora se denomina «Programa de la AMM sobre la salud infantil». La AMA, a nombre de la AMM, es responsable de realizar el programa con la participación de un representante de los CCE en calidad de consejero técnico.

La Asociación Médica de Indonesia y la Asociación Médica de Tailandia fueron seleccionadas para poner en práctica los proyectos pilotos en sus países respectivos. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha aportado los fondos para estos proyectos.

El papel de la AMM

El programa de la AMM sobre la salud infantil, iniciativa del sector privado, implica a la AMM en una empresa de gran importancia para los países del Tercer Mundo. Lo que se pretende es contribuir de manera significativa al objetivo general de reducir la tasa de morbilidad y mortalidad en los niños del Tercer Mundo, objetivo que forma parte integrante de los esfuerzos desplegados por otros organismos internacionales y gubernamentales.

La meta principal de esta iniciativa es conseguir la participación activa de los médicos de países del Tercer Mundo en medidas tales como el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO), inmunización y programas de alimentación que mejoren de forma significativa la salud infantil. El programa concede gran importancia a la movilización de los médicos,

tanto como profesionales o como particulares, y en su calidad de ciudadanos influyentes, para conseguir la meta de elevar el nivel de salud infantil. La asociación médica nacional (AMN) es el vehículo ideal para tal planteamiento.

La AMM y sus asociaciones miembros cooperarán con los Ministerios de Salud y otros organismos gubernamentales y privados en los países en que se ponga en práctica el programa de salud infantil. No hay duda que cada vez se reconoce más el valor de las iniciativas del sector privado como fuerza esencial en los esfuerzos por lograr los objetivos nacionales de mejorar la calidad de la atención sanitaria y de disminuir la mortalidad infantil.

Por medio de sus asociaciones médicas nacionales miembros, repartidas en el mundo entero y representantes de más de dos millones de médicos, la AMM llegará a un gran público gracias a las publicaciones e información acerca de las actividades encaminadas a mejorar la supervivencia infantil. La AMM será el catalizador en motivar las asociaciones médicas nacionales de los países en vías de desarrollo a que participen en programas de supervivencia infantil basados en la terapia de rehidratación oral, en la inmunización contra las seis enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunas y en otros procedimientos claves.

Las asociaciones médicas nacionales de los países industrializados se unirán a estos esfuerzos y cooperando bajo los auspicios de la AMM crearán los medios necesarios para continuar el programa en el futuro.

Objetivos

Los elementos del programa de los proyectos pilotos que se pondrán en práctica y que serán duplicados en otros países son los siguientes:

- Inmunización total de niños contra las seis enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunas.
- Uso de la terapia de rehidratación oral en el tratamiento de la diarrea.
- Inmunización de todas las mujeres embarazadas con el toxoide tetánico.
- Intervalo de dos años entre nacimientos.
- Lactancia de los niños por lo menos durante cuatro a seis meses, e introducción de alimentos adecuados que reemplacen la lactancia a una edad apropiada.
- Examen prenatal de todas las mujeres embarazadas.
- Partos a cargo de personal calificado.
- Peso de nacimiento de por lo menos 2,5 kg.

Estrategia

La AMM se une a otras organizaciones de los sectores público y privado en la lucha por salvar vidas y evitar que cada año entre 14 y 15 millones de niños de menos de cinco años mueran por enfermedades o malnutrición. Millones de estos niños mueren innecesariamente ya que existen medios de prevención y procedimientos para salvar vidas de costo relativamente bajo. Los proyectos pilotos de la AMM producirán estrategias que pueden ser reproducidas y pueden llegar a ser económicamente independientes e institucionalizadas en otros países.

Es sumamente importante que los médicos y sus AMNs comprendan y fomenten la distribución de vacunas relativamente poco costosas contra las seis enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunas (difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, polio y tuberculosis). Los programas de la AMM formarán parte del objetivo global de inmunizar un 80% de los niños del mundo para fines de la presente década en los países en que esto sea posible, y un poco después, en los países que presenten los problemas más difíciles para lograr este objetivo.

Paralelamente a la inmunización, la estrategia de la AMM consistirá en hacer descender la tasa de mortalidad infantil mediante el uso de la terapia de rehidratación oral en el tratamiento de la diarrea que mata a cinco millones de niños cada año. La TRO es eficaz contra la deshidratación –complicación de la diarrea a menudo mortal. Si los líquidos y las sustancias químicas no se reponen, los niños que ya pesan poco o que están malnutridos, se debilitan rápidamente y mueren.

Las experiencias ganadas de la aplicación de esta terapia han permitido a los científicos determinar el papel de la glucosa en la aceleración de la absorción de la sal y del agua a través de las paredes del intestino, permitiendo la rápida reposición de los fluidos esenciales. Según la USAID:

Se sabe ahora que una simple solución de azúcar, sal y agua en proporciones determinadas (con bicarbonato o citrato de trisodio), ingerida oralmente en pequeñas dosis frecuentes, invierte el proceso de deshidratación en casi el 95% de los casos y usualmente en un plazo de tres a siete horas. El azúcar, la sal y el agua pueden por sí solos evitar la deshidratación si se administran a tiempo y en cantidades correctas. La TRO no sólo es mucho más barata que la terapia IV y los medicamentos que reemplaza, sino que además es mejor para el niño y puede usarse en casa, en consulta externa o en el hospital.

A las madres se les debe enseñar, ya que ellas son la fuente principal de la atención médica del niño, a mezclar líquidos en cantidades justas, a administrarlos, a saber qué otro tipo de alimentación deben dar a sus hijos y cuándo pedir ayuda en caso de que un niño esté gravemente enfermo. En la preparación de los programas de enseñanza y de formación debe tomarse en cuenta el ambiente cultural de cada sociedad.

A fin de educar a las madres sobre la necesidad de utilizar la terapia de rehidratación oral y de enseñarles a administrarla, los médicos deben comprender y apoyar este método. Su aceptación hará que la TRO inspire confianza a los trabajadores sanitarios y a las madres. No obstante, debido a que muchos médicos han sido educados para emplear los medicamentos antidiarreicos y la terapia IV, las asociaciones médicas nacionales pueden jugar un papel primordial en la supervivencia infantil al instruir a sus miembros y a otros médicos sobre la eficacia de la terapia de rehidratación oral en salvar las vidas de millones de niños en el mundo entero. Una vez informados y preparados, los médicos pueden educar al personal de la salud, y lo que es más importante, a las madres, a utilizar la TRO en el hogar. Las crecientes altas tasas de mortalidad infantil en numerosos países muestran claramente que los programas gubernamentales no pueden solucionar este problema por sí solos. Por su parte, los gobiernos están cada vez más conscientes de la necesidad de contar con más iniciativas provenientes del sector privado.

Conclusión

Aunque consciente del hecho de que la lucha contra las enfermedades no se ganará ni fácil ni rápidamente, la AMM aprovecha la oportunidad de posiblemente salvar las vidas de millones de niños mediante sus programas de supervivencia infantil. Las asociaciones miembros de la AMM en los países industrializados y en vías de desarrollo comparten la responsabilidad de trabajar en favor de una atención sanitaria de calidad para todos los pueblos del mundo, y en este sentido, apoyar los esfuerzos por alcanzar el objetivo de la supervivencia infantil.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre el SUICIDIO DE ADOLESCENTES

Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial
Malta, noviembre de 1991

10.23

En las última décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, mientras que ahora mueren de causas más previsibles. Parte de este cambio ha sido un aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente en países desarrollados, como en los en vías de desarrollo. Probablemente, los informes de suicidios son subdimensionados debido a estigmas culturales y religiosos relacionados con la autodestrucción y una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinflingidos, como algunos accidentes de tránsito.

El suicidio de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino que también a la familia, los amigos y la comunidad donde vivía el adolescente. A menudo el suicidio se vive como un fracaso personal por parte de padres, amigos y médicos que se culpan por no detectar signos que los alerten. También es considerado como un fracaso por la comunidad, al servir de vivo recordatorio de que la sociedad, a menudo, no entrega un ambiente saludable, de sostén y educativo donde los niños crezcan y se desarrollen.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se cuentan: depresión, aislamiento emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, fantasías románticas, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol, y disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado. La falta de un perfil personal consistente dificulta la identificación de los adolescentes que presentan riesgos de suicidio.

La atención médica de los adolescentes se logra mejor cuando los médicos proporcionan servicios completos, incluyendo una evaluación y tratamientos médicos y psicosociales. La atención completa y continua da al médico la oportunidad de obtener la información necesaria para detectar a los adolescentes que presentan riesgos de suicidio u otras conductas autodestructivas. Este modelo de servicio también ayuda a

crear una relación médico-paciente con apoyo social que puede moderar las influencias adversas que los adolescentes encuentran en su entorno.

La Asociación Médica Mundial reconoce la naturaleza compleja del desarrollo biosicosocial adolescente, el cambiante mundo social que enfrentan los adolescentes y la aparición de nuevos elementos de autodestrucción más mortíferos. Como respuesta a estas inquietudes, la Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas nacionales adopten las siguientes normas para los médicos:

1. Todos los médicos deben recibir, durante sus estudios en la escuela de medicina y el período de internado, una educación de desarrollo biosicosocial adolescente.
2. Se debe capacitar a los médicos para identificar los primeros signos y síntomas de tensión física, emocional y social en sus pacientes adolescentes.
3. Se debe enseñar a los médicos a evaluar el riesgo de suicidio de sus pacientes adolescentes.
4. Se debe enseñar a los médicos el tratamiento y opciones de derivación apropiadas para todos los niveles de conductas autodestructivas en sus pacientes adolescentes.
5. Cuando atiendan a adolescentes con graves traumas, los médicos deben evaluar la posibilidad de una causa autoinfligida.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la CONDENA DE LA MUTILACIÓN GENITAL DE MUJERES

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial
Budapest, Hungría, octubre 1993

10.24

Introducción

La Mutilación Genital de Mujeres (MGM) afecta a más de 80 millones de mujeres y niñas en el mundo y es practicada por grupos étnicos en más de 30 países.

En muchas otras naciones el problema ha estado latente por algún tiempo, en especial debido a la presencia de grupos étnicos en cuyos países la MGM es una práctica común: inmigrantes, refugiados, personas que huyen del hambre y la guerra.

La MGM es considerada por los médicos como un asunto preocupante, por las consecuencias en la salud física y mental de mujeres y niñas. Los médicos de todo el planeta enfrentan los efectos de esta práctica tradicional e incluso algunas veces se les pide realizar esta intervención mutiladora.

Existen varios tipos de MGM. Puede ser una circuncisión primaria para niñas de corta edad, por lo general entre 5 y 12 años, o una circuncisión secundaria, por ejemplo después de dar a luz. El alcance de la circuncisión primaria puede variar: de una incisión en la superficie del clítoris a una circuncisión faraónica o infibulación, extirpación del clítoris y de los labios menores y cosido de los labios mayores, de manera que quede sólo una apertura mínima para evacuar la orina y la sangre menstrual.

Según la amplitud de la circuncisión, la MGM afecta la salud de las mujeres y niñas. La evidencia de investigaciones demuestra el grave daño permanente a la salud. Entre las complicaciones agudas de la MGM se cuentan: hemorragias, infecciones, sangramiento de los órganos adyacentes y fuertes dolores. Otras complicaciones posteriores son: cicatrices feas, infecciones crónicas, complicaciones urológicas y obstétricas y problemas psicológicos y sociales. La MGM tiene graves consecuencias para la sexualidad y su práctica. Hay muchas complicaciones durante el parto (problemas de expulsión, formación de fistulas, desgarros e incontinencia). Incluso con la versión menos drástica, una incisión en el clítoris, no se pueden descartar complicaciones y consecuencias funcionales.

Hay varias razones para explicar la existencia y continuación de la práctica de la MGM: costumbres y tradiciones (para conservar la virgini-

dad de las jóvenes y limitar la sexualidad de las mujeres), religión y motivos sociales. Estas razones no tienen más peso que los importantes daños a la salud.

Ninguna de las religiones principales hace referencia explícita a la circuncisión femenina, ni favorece su práctica. La opinión médica actual es que la MGM es perjudicial para la salud física y mental de las niñas y mujeres. Muchos consideran la MGM como una forma de opresión contra las mujeres.

De manera general, existe una fuerte tendencia a condenar la MGM más abiertamente:

- Existen campañas activas contra esta práctica en África. Muchas mujeres africanas líderes y jefes de estado africanos han condenado fuertemente esta práctica.
- Los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y la UNICEF han recomendado que se tomen medidas para poner término a la MGM.
- Los gobiernos de muchos países han aprobado legislaciones sobre el tema o han incorporado la MGM en sus códigos penales.

Conclusión

La Asociación Médica Mundial condena la práctica de mutilación genital, inclusive la circuncisión de niñas y mujeres, y condena la participación de médicos en la realización de dichas prácticas.

Recomendaciones

1. Tomando en cuenta los derechos psicológicos y la «identidad cultural» de las personas en cuestión, los médicos deben informar a las mujeres, hombres y niños sobre la MGM y evitar que la practiquen o la promuevan. Los médicos deben incorporar en sus trabajos la promoción de la salud y difusión contra la MGM.
2. En consecuencia, los médicos deben tener suficiente información y apoyo para llevar a cabo esta labor. Se deben ampliar y/o crear programas educacionales sobre la MGM.
3. Las asociaciones médicas deben estimular la conciencia pública y profesional sobre los efectos perjudiciales de la MGM.
4. Las asociaciones médicas deben estimular la acción gubernamental para evitar la práctica de la MGM.
5. Las asociaciones médicas deben cooperar en la organización de una estrategia preventiva y legal apropiada, cuando una niña corre el riesgo de sufrir una MGM.



**DECLARACIÓN DE HONG KONG DE LA
ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
MALTRATO DE ANCIANOS**

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre de 1989
y revisada editorialmente en la 126ª Sesión del Consejo
Jerusalén, Israel, mayo 1990

10.25

Los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, síquicos y de orientación. Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esta situación puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y limiten la atención y servicios a un mínimo. Es contra estos antecedentes que se debe considerar el tema del maltrato de ancianos.

El maltrato de ancianos se puede manifestar de diversas maneras, como físico, psicológico, financiero y/o material, maltrato médico o autoabandono. Las diferencias en la definición del maltrato de ancianos presentan dificultades al comparar las causas y naturaleza del problema. Se han propuesto algunas hipótesis preliminares sobre la etiología del maltrato de ancianos, incluidas: la dependencia de otros para prestar servicios, falta de lazos familiares estrechos, violencia familiar, falta de recursos económicos, psicopatología de la persona que maltrata, falta de apoyo comunitario y actores institucionales, como bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo que contribuyen a actitudes pesimistas de las personas a cargo, lo que trae como resultado el abandono de los ancianos.

El fenómeno de maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y organismos sociales. Los médicos tuvieron un papel prominente en el movimiento de maltrato del niño, al definir y hacer público el problema y al crear una actitud pública. Sin embargo, el maltrato del anciano ha llamado la atención de la profesión médica recientemente. El primer paso para prevenir el abuso y el abandono de los ancianos es aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez que se han detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención primaria del maltrato, al referir dichos casos a centros de

servicios sociales y comunitarios apropiados. Los médicos también pueden participar al entregar ayuda e información directamente a los pacientes y sus familias sobre los casos de alto riesgo.

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial adopta los siguientes Principios Generales sobre el maltrato de los ancianos.

I. Principios generales

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
2. La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y síquicos de los ancianos.
3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, porque el anciano reciba la mejor atención posible.
4. El médico que constate o sospeche de maltrato, en el sentido de esta declaración, debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar. Si se confirma que existe el maltrato o se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.
5. Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. Las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.

La Asociación Médica Mundial también presenta las siguientes recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones nacionales a dar publicidad a esta Declaración entre sus miembros y la opinión pública.

II. Recomendaciones

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono.
- Proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso y/o abandono.
- Permanecer objetivos y no emitir su opinión.
- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia (por lo general, el médico es el único profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia).
- Informar toda sospecha de casos de maltrato y/o abuso de ancianos, conforme a la legislación local.

- Utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las profesiones médicas, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible.
- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que entreguen servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés a las familias de alto riesgo.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
PELIGROS DEL TABACO PARA LA SALUD

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre 1988
y enmendada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

10.30

Introducción

1. Cada año se producen tres millones de muertes en el mundo por consumo de tabaco. A menos que las actuales tendencias en los fumadores cambien, la cantidad de muertes por consumo de tabaco se elevará a 10 millones entre los años 2020 y 2030, y el 70% se producirán en los países en desarrollo. La comunidad global de salud pública, a través de la Organización Mundial de la Salud, ha expresado una creciente preocupación por esta tendencia alarmante. Además, las sustancias peligrosas que producen irritamiento, derivadas del consumo de tabaco, pueden imponer una carga para la salud de los no fumadores que están en las áreas de los fumadores.
2. La industria de tabaco afirma que está comprometida a determinar la verdad científica sobre los efectos del tabaco para la salud, con la realización de investigación interna y externa, a través de programas de la industria financiados en forma conjunta. Sin embargo, la industria ha retenido y negado consistentemente información sobre los perniciosos efectos del consumo de tabaco. Durante muchos años la industria ha afirmado que no existen pruebas concluyentes que demuestren que el consumo de tabaco causa enfermedades como el cáncer y las dolencias cardíacas. También afirma que la nicotina no es adictiva. Estas afirmaciones han sido cuestionadas repetidas veces por toda la profesión médica, que por esto está resueltamente opuesta a las campañas masivas de publicidad realizadas por la industria y cree firmemente que las asociaciones médicas deben dar el ejemplo en la campaña contra el tabaco.
3. La industria del tabaco y sus subsidiarios han apoyado durante muchos años la investigación y la preparación de informes. Al participar en estas actividades, los investigadores y/o sus organizaciones dan a la industria del tabaco una apariencia de credibilidad, incluso en los casos donde la industria no puede utilizar los resul-

tados directamente en su comercialización. Dicha participación también crea conflictos de intereses con los objetivos de la promoción de la salud.

Recomendaciones

4. En los casos en que no se hayan establecidos acciones apropiadas, la AMM exhorta a las asociaciones médicas nacionales y a todos los médicos a tomar las siguientes medidas para disminuir los peligros para la salud que resultan del consumo de tabaco:
 - (i) Adoptar una posición en contra de consumo del tabaco y dar publicidad a dicha posición.
 - (ii) Prohibir fumar en todas las reuniones de negocios, sociales y ceremoniales de la asociación médica nacional, de acuerdo con la decisión de la Asociación Médica Mundial de imponer una prohibición similar en sus propias reuniones.
 - (iii) Desarrollar, apoyar y participar en programas para educar a la profesión y al público sobre los peligros del tabaco para la salud. Los programas dirigidos especialmente a los niños y adultos jóvenes para evitar el consumo de tabaco son de particular importancia. Los programas de disuasión dirigidos a los no fumadores y a los que no consumen tabaco, son tan necesarios como la educación destinada a convencer a los fumadores que dejen el consumo de tabaco.
 - (iv) Estimular a cada médico para que sea un modelo de comportamiento (al no consumir tabaco) y portavoz de la campaña para educar al público sobre los efectos nocivos del tabaco para la salud. Pedir a todos los hospitales y a las instituciones de salud que prohíban fumar en sus recintos:
 - (v) No aceptar ningún financiamiento de la industria del tabaco y exhortar a las escuelas de medicina, instituciones de investigación e investigadores a hacer lo mismo, a fin de no dar ninguna credibilidad a esta industria.
 - (vi) Defender la promulgación y el cumplimiento de leyes que:
 - a) Exijan que se incluyan advertencias sobre los peligros para la salud en todos los envases en que se venda tabaco y en toda la publicidad en favor del consumo de tabaco.
 - b) Restrinjan fumar en edificios públicos, aerolíneas comerciales, colegios, hospitales, clínicas y otros establecimientos de salud.
 - c) Impongan restricciones sobre la publicidad y promoción de venta de tabaco.

- d) Prohíban toda publicidad y promoción de venta de tabaco, excepto en los lugares de venta.
- e) Prohíban la venta de cigarrillos o de tabaco a niños o adolescentes.
- f) Prohíban fumar en todos los vuelos nacionales e internacionales de aerolíneas comerciales y prohíban la venta libre de impuesto de tabaco en los aeropuertos.
- g) Prohíban todos los subsidios gubernamentales al tabaco.
- h) Subvencionen la investigación sobre la incidencia de consumo del tabaco y su efecto sobre la salud de la población, y desarrollen programas educativos para advertir al público sobre los peligros del tabaco para la salud.
- i) Prohíban la promoción, distribución y venta de cualquier nuevo producto que contenga tabaco y que no exista actualmente.
- j) Aumenten los impuestos al tabaco, utilizando las ganancias para inversión en la atención médica.



**DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
FABRICACIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, VENTA
Y PUBLICIDAD DEL TABACO**

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

10.31

LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL reconoce que el tabaco es peligroso para la salud del ser humano. Véase la Declaración de la AMM sobre los Peligros del Tabaco para la Salud, adoptada en setiembre de 1998.

POR LO TANTO, la Asociación Médica Mundial exhorta a todas las naciones a proteger la salud pública adoptando prohibiciones o restricciones sobre la fabricación, importación, exportación, venta o publicidad del tabaco.

ADEMÁS, la Asociación Médica Mundial exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales para que establezcan medidas apropiadas para apoyar la adopción de prohibiciones o restricciones sobre la fabricación, importación, exportación, venta o publicidad del tabaco, por parte de los gobiernos de sus respectivos países.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
LA SUSTITUCIÓN DE DROGAS GENÉRICAS

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre 1989

10.40

Definición

La sustitución de drogas genéricas se define aquí como la distribución de un producto farmacéutico de distinto nombre o sin marca, por el producto farmacéutico recetado, es decir, exactamente la misma esencia química, en la misma dosis, pero distribuido por una compañía distinta.

Introducción

Si dichos productos farmacéuticos no son bioequivalentes debido a un proceso de fabricación diferente y/o la presencia de excipientes inactivos biológicamente distintos, la equivalencia terapéutica anticipada entre esos productos farmacéuticos también puede variar. Por lo tanto, cuando se produce la sustitución entre productos farmacéuticos que no son bioequivalentes, ni equivalentes química ni terapéuticamente, el paciente puede tener resultados peligrosos, es decir, sufrir una reacción adversa a la droga o no tener un efecto terapéutico. Por estas razones, las autoridades reguladoras nacionales deben asegurar al médico la bioequivalencia y la equivalencia química y terapéutica en la prescripción de productos farmacéuticos de distinto origen. Este principio también se recomienda en el caso de productos farmacéuticos que tengan una sola procedencia. Se debe contar con procedimientos que garanticen la calidad a fin de asegurar la bioequivalencia y la equivalencia química y terapéutica de cada partida de medicamentos.

En el proceso de selección de drogas se deben tomar en cuenta varias consideraciones médicas, antes de recetar el medicamento elegido para una afección particular en cualquier paciente. Una vez que se hayan considerado estos aspectos, el médico debe pensar en los costos comparativos de productos farmacéuticos similares disponibles en el mercado, para responder a todas las necesidades de los pacientes. El médico tiene el derecho y la obligación de expresar su opinión en bien del paciente; por

lo tanto, el médico debe seleccionar el tipo y la cantidad del producto farmacéutico que considere que es el mejor para el paciente desde el punto de vista médico y económico. Después que el paciente da su consentimiento sobre la droga seleccionada, dicha droga no se debe cambiar sin el consentimiento del paciente ni de su médico. Incluso cuando terceras personas ordenan la sustitución de drogas genéricas, se debe hacer todo lo posible para preservar la autoridad del médico sobre lo recetado. Si no se respetan estos principios, el paciente puede verse en peligro y el médico puede ser responsabilizado por dichas consecuencias peligrosas. En bien de los pacientes y médicos por igual, las asociaciones médicas nacionales deben hacer todo lo posible por mantener estos preceptos.

Recomendaciones

1. Los médicos se deben familiarizar con las leyes y ordenanzas específicas que regulan la sustitución de drogas genéricas en los lugares donde ejercen su profesión.
2. Al comenzar un tratamiento, los médicos deben determinar cuidadosamente la dosis de cualquier medicamento para comprobar su óptima eficacia y seguridad, en especial en los pacientes con trastornos crónicos que necesitan una terapia prolongada o en pacientes de grupos de población especiales, que no se espera que reaccionen a la droga en forma normal.
3. Una vez que los medicamentos para las enfermedades crónicas han sido recetados y se ha comenzado su administración, no se debe hacer ninguna sustitución de productos farmacéuticos o con marca registrada, sin la autorización del médico tratante. Si un producto farmacéutico es sustituido por uno genérico o de marca registrada, el médico debe controlar y ajustar cuidadosamente la dosis, para asegurarse de que exista una equivalencia terapéutica de los productos farmacéuticos.
4. El médico tiene el deber de informar sobre las reacciones adversas a la droga que sean graves o la alta de efecto terapéutico que pueden estar relacionados con la sustitución de drogas. La investigación debe estar documentada y se debe informar de ella a las autoridades reguladoras de drogas que corresponda, incluyendo la asociación médica nacional del caso.
5. Las asociaciones médicas nacionales deben vigilar regularmente todo lo que tenga relación con la sustitución de drogas genéricas y deben mantener a sus miembros informados sobre los avances que sean de especial interés para el cuidado de los pacientes. Cuando

corresponda, se deben preparar informes a los médicos sobre los progresos importantes.

6. Las asociaciones médicas nacionales, en colaboración con otros organismos correspondientes reguladores de drogas, deben evaluar y asegurar la bioequivalencia y la equivalencia química y terapéutica de todos los productos farmacéuticos similares, fabricados con nombres genéricos o marcas registradas, a fin de asegurar un tratamiento seguro y eficaz.
7. Las asociaciones médicas nacionales se deben oponer a cualquier acción que restrinja la libertad y responsabilidad del médico para recetar lo mejor para el paciente, desde el punto de vista médico y económico.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
PRESCRIPCIÓN DE DROGAS SUSTITUTAS EN EL TRATAMIENTO
AMBULATORIO DE LOS ADICTOS A LAS DROGAS OPIÁCEAS

Adoptada por la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

10.41

Introducción

Muchas regiones del mundo enfrentan con frecuencia las tragedias producidas por los adictos a las drogas opiáceas. Dichas tragedias las constatamos en los siguientes cuatro planos:

1. Salud: la condición física y psicológica del adicto, propagación de las infecciones virales como el VIH y de la hepatitis B o C a través de la utilización de jeringas infectadas y relaciones sexuales sin protección.
2. Decadencia del ambiente familiar, profesional y social.
3. Degeneración de la persona: incitación a la prostitución, en ambos sexos, para pagar la droga, hospitalización, encarcelamiento, etcétera.
4. Seguridad pública: recurso a la delincuencia para obtener la droga o el dinero para comprarla.

La Asociación Médica Mundial, preocupada por esta calamidad médico-psico-social, debe formular recomendaciones a los médicos encargados del tratamiento de pacientes adictos a drogas opiáceas. Este tema ya se ha tratado brevemente en la Declaración de la AMM sobre el Uso y Abuso de Drogas Psicotrópicas (Doc. 20.30). Sin embargo, la situación actual necesita normas más específicas y elaboradas que las que aparecen en esa Declaración.

Posición

El adicto a las drogas opiáceas es un ciudadano que tiene derechos y obligaciones. Su dependencia de las drogas expresa un sufrimiento que implica dificultades físicas, psicológicas y sociales, incluso la dependencia de drogas prolongada debe ser considerada como una situación transitoria. Los adictos deben tener acceso a una ayuda que respete su dignidad. Deben ser tratados con la misma consideración que a cualquier

otro paciente. El objetivo del tratamiento siempre debe ser la readaptación completa de los adictos a una vida libre y responsable.

A menudo el tratamiento de la adicción a las drogas opiáceas es muy difícil. Entre los distintos programas propuestos en los diferentes países donde hay un aumento del número de dichos adictos, encontramos dos tendencias; «comunidades terapéuticas» (protección externa) y la prescripción de drogas sustitutas (protección interna).

La utilización de drogas sustitutas en el tratamiento ambulatorio no constituye la solución ideal (que se debe buscar a través de mayor investigación y evaluación científica) al problema de la dependencia de las drogas. Sin embargo, este método existe como «herramienta terapéutica» y se emplea en diferentes lugares del mundo, y puede, en parte, contribuir –hasta que se encuentre una mejor solución– a limitar los daños. El objetivo del método es desintoxicar al paciente y reintegrarlo a su medio familiar, profesional y social, sin mantener su dependencia. El médico que prescribe siempre debe buscar una disminución de la dosis.

No importa lo que hagamos, la dependencia de drogas es un fenómeno crónico del que no conocemos una «solución milagrosa». La utilización de productos sustitutos de la heroína (diacilmorfina) y de las drogas opiáceas de síntesis (en particular, pero no sólo la metadona, conocida por casi 50 años), crea problemas fundamentales (desintoxicación, farmacología, etcétera), clínicos (programas de tratamiento, prescripción, distribución, vigilancia), legales (legislación y regulaciones) y éticos.

En consecuencia, en el tratamiento ambulatorio, las drogas sustitutas deben ser sometidas a directrices basadas en evidencia y que son el resultado de la experiencia adquirida durante el último cuarto de siglo por los que tratan la dependencia de las drogas, principalmente en América del Norte y Europa. Muchos países han establecido procedimientos legales para el tratamiento de los adictos a las drogas opiáceas. Si es necesario, las asociaciones médicas nacionales deben tratar de mejorar los textos legales que no sean adecuados.

Recomendaciones

1. El médico no debe prescribir, a pedido del paciente, una droga que su estado no justifique médicamente.
2. En el tratamiento ambulatorio de adictos a drogas duras, las drogas sustitutas sólo se deben prescribir según las directrices basadas en evidencia.
3. El objetivo del tratamiento siempre debe ser la desintoxicación del paciente, que sólo puede lograrse después de un largo período. La utilización de drogas sustitutas permitirá que el paciente se

estabilice médica, psicológica y socialmente, y por lo tanto, que se reintegre sin demora a su ambiente familiar y profesional. También servirá para disminuir el riesgo de contagiarse un virus como el VIH o la hepatitis B o C, a través del uso de jeringas infectadas. Además, los delitos inducidos por el uso de la heroína sólo pueden disminuir.

4. Todo tratamiento que utilice las drogas sustitutas será prescrito sólo después de un diagnóstico preciso. Debe ser supervisado por un médico competente y experimentado con un equipo de acompañamiento apropiado.
5. El médico debe limitar el número de los pacientes adictos a las drogas opiáceas que trata, a fin de asegurarles una atención concienzuda. Deberá mantener para cada caso un archivo médico actualizado con información detallada sobre el tratamiento al paciente y controlar los resultados.
6. La prescripción e ingestión de drogas sustitutas se hará de manera de evitar que el paciente las almacene, revenda o haga otro uso ilícito.
7. Sujeto a lo que establezca la ley nacional, para que el paciente reciba drogas sustitutas debe someterse regularmente a controles biológicos de improviso supervisados (orina, por ejemplo), a fin de asegurar que no toma otras drogas simultáneamente y/o que no está bajo tratamiento con otro médico, sin conocimiento de ambos médicos.



RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
referentes a la
ATENCIÓN MÉDICA EN ÁREAS RURALES

Adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial
Helsinki, Finlandia, junio 1964
y enmendadas por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

10.50

- I. Las poblaciones rurales tienen el mismo derecho a la atención médica que tienen las poblaciones urbanas. Aunque los factores económicos y otros puedan afectar la cantidad de servicios médicos disponibles en las zonas rurales, en la calidad de esos servicios no debe existir disparidad. Deben hacerse esfuerzos persistentes para elevar al más alto nivel en la nación las calificaciones de todas las personas que prestan servicio médico.
- II. El conocimiento y estudio analítico de los hechos es necesario para las poblaciones rurales, porque provee la información precisa para la organización y desarrollo de servicios de salud mejor adaptados a esas regiones.
- III. El nivel de educación y el nivel socio-económico de las comunidades rurales son interdependientes. La educación de salud del público se realiza en forma mucho más efectiva cuando las agencias, las organizaciones, las profesiones de salud y la comunidad contribuyen al desarrollo y mantenimiento del más alto nivel de higiene en salud que pueda ser mutuamente conseguido.
- IV. En el desarrollo de los servicios de salud en áreas rurales, la relación médico-paciente debe ser protegida.
- V. Es el deber del Gobierno velar porque las condiciones de trabajo ofrecidas en el campo de la Salud Pública sean suficientemente interesantes para que permitan el desarrollo de los servicios de salud rurales, al mismo nivel que el de las zonas urbanas.
- VI. Conviene asegurar una coordinación adecuada del programa y de los equipos de medicina preventiva y curativa, y de la educación médica y de salud entre regiones rurales y regiones urbanas.

- VII. Debe hacerse todo lo posible para que solamente médicos titulados tengan responsabilidades clínicas en centros rurales de salud. El empleo de auxiliares para efectuar tareas médicas debe ser únicamente temporario. El personal de salud rural debe ser suficiente en número y recibir un adiestramiento que le permita responder eficientemente a las necesidades médicas de la población y que sus conocimientos técnicos estén al día.
- VIII. El adiestramiento de los auxiliares médicos, particularmente el de los enfermeros, enfermeras y matronas, debe corresponder al grado de cultura y de educación del país, a fin de ampliar así el número de personas disponibles para las áreas rurales. La profesión médica debe prestar todo su apoyo para proporcionar a este grupo cursos básicos, de postítulo y de perfeccionamiento.
- IX. El carácter particular de las enfermedades en las regiones rurales exige la colaboración de los médicos con los especialistas en las diversas disciplinas relacionadas.
- X. El cuerpo médico debe guiar y orientar la educación de salud de las poblaciones rurales. Es esencial que exista entre los médicos y la población rural un espíritu de cooperación a fin de lograr el más alto nivel de educación de salud que sea posible.
- XI. Las asociaciones médicas nacionales deben tratar por todos los medios de garantizar que los médicos rurales practiquen su profesión en condiciones no menos favorables que las de los médicos urbanos.
- XII. Las asociaciones médicas nacionales deben tomar parte activa en el desarrollo de proyectos para mejorar las condiciones de salud en las regiones rurales.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial
Budapest, Hungría, octubre 1993

10.55

Los médicos, muy preocupados en promover la salud, deben estimular la prevención de accidentes de trabajo.

Se debe asegurar a cada trabajador el mejor nivel de protección.

Las consultas entre las autoridades de gobierno, los empleadores, los trabajadores y los médicos, son especialmente importantes para lograr una cooperación que respete los valores humanos, que son inseparables de un trabajo saludable y productivo.

La protección de la salud, que tiene una influencia en la productividad, debe incitar a cada uno a promover la seguridad.

La Asociación Médica Mundial considera útil hacer los siguientes comentarios y recomendaciones:

El médico, defensor natural del trabajador, debe:

1. Actuar con independencia profesional.
2. Informar a los empleadores y trabajadores que deben cumplir con las normas que dicta la legislación.
3. Recomendar a las autoridades apropiadas una legislación que promueva la seguridad en el trabajo, que exija específicamente inspecciones de salud periódicas.
4. Recordar a cada trabajador que es su responsabilidad tener en consideración su propia seguridad y la de las otras personas involucradas en su actividad profesional.
5. Evaluar la capacidad del trabajador para ejercer su profesión.
6. Recomendar que se incluya en la educación médica la formación suficiente para promover la seguridad en el trabajo.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
EL PAPEL DE LOS MÉDICOS EN ASUNTOS AMBIENTALES Y DEMOGRÁFICOS

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre de 1988

10.60

Introducción

La práctica efectiva de la medicina exige que los médicos y sus asociaciones profesionales aborden los asuntos ambientales y demográficos que puedan influir en el estado de salud de los individuos y de las grandes poblaciones. En términos generales, todos estos asuntos tienen relación con la calidad y disponibilidad de aquellos recursos que son necesarios para la mantención de la salud y, por último, de la vida misma.

Específicamente, los asuntos ambientales tienen cuatro aspectos que en el largo y corto plazo influyen en la salud:

- A. La necesidad de detener la degradación del ambiente, de manera que los recursos necesarios para la vida y la salud, por ejemplo, agua y aire puros, puedan estar disponibles para todos. La persistente contaminación química y de desechos de nuestras fuentes de agua pura y de nuestra atmósfera con hidrocarburos puede tener graves consecuencias médicas.
- B. La necesidad de controlar el uso de los recursos no renovables, por ejemplo, la capa vegetal superior y el petróleo, de manera que puedan ser utilizados por futuras generaciones.
- C. La necesidad de utilizar métodos de planificación familiar universales y razonables, de modo de mantener una sociedad sostenible y que pueda disponer de recursos médicos.
- D. La necesidad de movilizar los recursos a través de fronteras nacionales, a fin de crear amplias soluciones a nivel internacional a estos grandes problemas mundiales.

El objetivo principal de esta Declaración es aumentar la conciencia para mantener el equilibrio necesario entre los recursos ambientales por un lado y las exigencias biológicas y sociales para la salud, por otro. Desde el punto de vista médico no es aceptable el crecimiento poblacional exponencial ni la destrucción irresponsable del ambiente. A través del mundo, la medicina organizada debe defender y resolver estos asuntos.

Principios

1. En representación de los médicos, las sociedades médicas deben considerar los asuntos ambientales. Esto puede incluir la identificación de los problemas que presentan una urgencia local particular, esfuerzos para mejorar la aplicación de leyes ya existentes sobre asuntos de salud que tienen sus orígenes en problemas ambientales.
2. Las sociedades médicas deben promover medidas de planificación familiar que sean seguras desde el punto de vista ético y médico. El objetivo de dichas medidas no debe inhibir la autonomía personal de los individuos, sino que debe mejorar la calidad de vida para todos los miembros de la familia y para la continuación de todas las formas de vida en el planeta.
3. La AMM debe servir como foro internacional para tratar las consecuencias médicas de asuntos ambientales y demográficos, y debe ofrecer un foro a fin de coordinar los esfuerzos internacionales de los médicos y las sociedades médicas sobre muchos de estos asuntos que deben ser abordados en forma internacional.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
EL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre de 1988

10.70

Introducción

El acceso a la atención médica es un concepto multidimensional que incluye un equilibrio de factores dentro de las restricciones prácticas de los recursos y capacidades de un determinado país. Los factores incluyen personal médico, financiamiento, transporte, libertad de elección, educación pública, calidad y asignación de tecnología. El equilibrio de estos elementos, que aumenta al máximo la cantidad y calidad de la atención que realmente recibe la población, determina el tipo y alcance del acceso a la atención médica.

Pautas

Personal médico

Las asociaciones médicas nacionales se deben unir con otros grupos interesados del sector público y privado para tratar temas relacionados con la distribución y suministro del personal médico. Se debe reunir información para evaluar la distribución y el suministro, y determinar la cantidad apropiada de profesionales y personal de salud que puedan satisfacer adecuadamente las necesidades de la población. Se deben realizar esfuerzos especiales para atraer, a través de una variedad de incentivos y programas, a médicos y personal de salud a zonas donde hace falta este tipo de profesionales. Considerando las necesidades a largo plazo, se deben crear incentivos para atraer a estudiantes de escuelas de medicina que desean trabajar en regiones donde existe falta de personal médico.

Financiamiento

Se debe implementar un sistema de financiamiento pluralista que contenga elementos de fondos públicos y privados. El sistema debe estar basado en niveles de elegibilidad y beneficios uniformes, y también debe

incluir mecanismos de pago adecuados para este propósito. Estos mecanismos deben ser explicados claramente al público, de manera que todos los interesados entiendan las opciones de pago a las que tienen derecho. Cuando sea apropiado, se debe proporcionar incentivos a los del sector privado para que presten una atención a los pacientes que de otro modo no tendrían acceso a ella. A nadie se le puede negar la atención porque no puede pagar por ella. La sociedad tiene el deber de proveer un subsidio razonable para los que necesitan atención, el cuidado de los necesitados, y los médicos tienen la obligación de participar en cierta medida en una atención subvencionada. Los gobiernos tienen la obligación de administrar dichos planes en forma justa y objetiva.

Transporte

La sociedad tiene la obligación de proporcionar transporte a establecimientos médicos a los pacientes que viven en zonas apartadas. También se debe proporcionar transporte a pacientes que habitan en áreas rurales y que necesitan una atención especial que sólo se puede obtener en centros médicos metropolitanos. Los médicos tienen el deber de dar un apoyo razonable a estos planes.

Libertad de elección

Todos los sistemas de prestación de atención médica deben proporcionar a cada persona la mayor libertad de elección que sea posible para seleccionar un profesional o un sistema de atención médica, sin considerar si son del sector público o privado. Para promover la elección personal informada, se debe contar con información adecuada relacionada con las opciones públicas o privadas, la cual debe ponerse a disposición de las instituciones públicas que prestan atención, los empleadores y otros que pagan la atención médica.

Educación pública

Se deben establecer programas educacionales para ayudar al público a hacer una elección informada sobre su salud personal y sobre los usos apropiados de automedicación y atención profesional. Estos programas deben incluir información sobre los costos y beneficios relacionados con tratamientos alternativos; el uso de servicios profesionales que permitan una detección temprana y tratamiento o prevención de enfermedades; responsabilidades personales en la prevención de enfermedades y el uso eficaz del sistema de atención médica.

En comunidades locales, es importante que el público entienda los planes de atención médica formulados para su beneficio y cómo estos planes afectan a las personas interesadas. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en dichos esfuerzos educacionales.

Calidad

Mecanismos que aseguren la calidad deben ser parte de cada sistema de prestación de atención médica. Los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser guardianes de la calidad de la atención médica y no deben permitir que otros elementos de consideración del acceso pongan en peligro la calidad de la atención prestada.

Asignación de tecnología

Se deben preparar pautas para la asignación de tecnología de atención médica escasa, a fin de satisfacer las necesidades de todos los pacientes.

Conclusiones

Aparentemente, el acceso aumenta al máximo cuando existen las siguientes condiciones:

- Toda persona tiene a su disposición una atención médica adecuada (es decir, no hay restricciones físicas o de horario).
- Existe libertad máxima de elección de profesionales, sistemas de prestación y sistemas de pago para atender las diversas necesidades de la población.
- Información, educación y conciencia del público sobre cada aspecto relacionado al acceso a la atención.
- Participación adecuada de todas las partes interesadas en la administración y formulación de los sistemas.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
PROMOCIÓN DE LA SALUD

Adoptada por la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

10.75

1. Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los mejores intereses de sus pacientes en todo momento, e integrar dicha responsabilidad a una preocupación mayor y compromiso para promover y asegurar la salud del público.
2. Las funciones tradicionales de los organismos de salud pública en todos los niveles de gobierno, incluyen una variedad de programas y actividades destinadas a las necesidades identificadas de la población y a la capacidad de llevar adelante esas funciones eficazmente. Las funciones claves de los organismos de salud pública son evaluar las necesidades de salud de la comunidad y administrar los recursos para satisfacerlas, elaborar una política de salud que responda a las necesidades de salud específicas comunitarias y nacionales, y asegurar que las personas dispongan de las condiciones de buena salud, inclusive los servicios médicos de alta calidad, distribuidores de agua seguros, buena nutrición, atmósferas descontaminadas y ambientes que ofrezcan oportunidades para ejercicio y recreación.
3. Los programas y actividades específicas que se realizan en cada jurisdicción dependerán de los problemas y necesidades identificadas, la organización del sistema de atención médica y los recursos disponibles para enfrentar las necesidades identificadas. Entre los tipos de actividades específicas realizadas dentro de estas funciones de salud pública, se encuentran las siguientes:
 - a) Supervisar y proteger la salud de las comunidades contra las enfermedades contagiosas y exposición a agentes contaminantes tóxicos, peligros en el trabajo, productos peligrosos y servicios de salud de mala calidad. Esta función incluye la necesidad de establecer prioridades, programas esenciales, obtener recursos requeridos y asegurar la disponibilidad de servicios de laboratorios de salud pública necesarios.
 - b) Identificar los brotes de enfermedades infecciosas y los patrones

de enfermedades y heridas, así mismo que establecer un control apropiado o programas de prevención.

- c) Trabajar con las personas que proporcionan atención médica para informar y educar al público en general sobre su rol en la prevención y control de enfermedades, con estilos de vida saludables y el uso de servicios médicos de manera apropiada.
 - d) Proporcionar cobertura, observación y otros servicios preventivos y atención primaria a las personas que no están en el sector privado.
 - e) Desarrollar y probar nuevas intervenciones de prevención y control de salud pública.
 - f) Colaborar con las autoridades públicas responsables, a fin de crear ambientes donde sea fácil encontrar opciones de comportamiento saludables.
4. Los organismos de salud pública se benefician mucho de la estrecha cooperación y ayuda de los médicos y sus asociaciones profesionales. La salud de una comunidad o una nación se mide por la salud de todas las personas en dicha comunidad o nación, y los problemas de salud o médicos evitables que afectan a la persona tiene consecuencias en la salud de la comunidad y sus recursos. Por lo tanto, la eficacia de los distintos programas destinados a mejorar la salud del público depende del compromiso activo de los médicos y sus asociaciones profesionales en coordinación con los organismos de salud pública.
5. Un ejemplo del tipo de actividad que se realiza de manera eficaz y en colaboración entre el sector médico privado y el público, es la información al público y los programas de educación que promueven estilos de vidas sanos y disminuyen los riesgos evitables para la salud, incluidos los del uso del tabaco, alcohol y otras drogas; actividad sexual que aumenta el riesgo de contagio del sida y de enfermedades transmitidas sexualmente; mala dieta e inactividad física, y niveles de inmunización inadecuados en la niñez. En muchos países, la educación de la salud constituye uno de los medios de disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, por medio de la promoción de la alimentación de pecho y la información a los padres de los riesgos del agua contaminada y una nutrición inadecuada.
6. Otro tipo de actividades, como la vigilancia, investigación y control de enfermedades son responsabilidad formal principal de los organismos de salud pública. Sin embargo, estas actividades de salud pública no se pueden realizar eficazmente sin la cooperación activa y ayuda de los médicos a nivel comunitario, que conocen los patrones de enfermedades personales y comunitarias y que dan

aviso rápido a las autoridades de salud sobre los problemas que necesitan más investigación y medidas. Dichos problemas pueden ser: identificar las poblaciones a alto riesgo para enfermedades particulares, como la tuberculosis; informar los casos de enfermedades contagiosas, como el sarampión, la tos convulsiva o la diarrea; e informar casos sospechosos de intoxicación por alimentos o exposición al plomo u otros productos y sustancias químicas tóxicas en la comunidad o el lugar de trabajo. Sin embargo, la aplicación de la información y cooperación resulta sólo si existe una respuesta de salud pública apropiada y adecuada a la información proporcionada.

7. Aparte de la eficacia de los programas de salud pública existentes en una jurisdicción, una responsabilidad importante de las asociaciones médicas profesionales es el conocimiento de necesidades comunitarias y nacionales insatisfechas y la defensa pública por actividades, programas y recursos para satisfacer dichas necesidades. Estos esfuerzos deben hacerse en áreas de educación pública para la promoción de la salud y prevención de enfermedades; observación y control de peligros ambientales; identificación y publicidad de los efectos adversos o prácticas sociales que afectan la salud de la gente, o identificar y defender los servicios como mejoramiento en el tratamiento de emergencia.
8. En áreas o jurisdicciones donde no se proporcionan adecuadamente los servicios básicos de salud pública, las asociaciones médicas deben trabajar en colaboración con otros organismos de salud y grupos, a fin de establecer las prioridades para defensa y medidas. Por ejemplo, en un país o área de recursos limitados, que no tenga instalaciones de agua potable y alcantarillado para la mayoría de sus residentes, a este tipo de problema se le debe dar prioridad sobre los gastos en recursos para obtener nueva tecnología médica que proporcione servicios a sólo una pequeña parte de la población.
9. Algunos problemas de salud son extremadamente complejos y comprenden múltiples niveles de solución. Por ejemplo, las familias de los niños que tienen altos niveles de plomo en la sangre, a menudo necesitan ayuda para asegurar un servicio médico apropiado, que determine la fuente de contaminación y para que puedan recibir servicios apropiados de disminución de niveles para eliminar el peligro. Otros problemas de salud crean preocupación por los efectos económicos de las políticas que promueven la salud del público. Por ejemplo, las consecuencias económicas potenciales de las políticas de control de tabaco en un área que produce mucho dinero por las plantaciones o procesamiento de tabaco, crean una fuer-

te oposición al programa de defensa de la salud pública. Se deben anticipar y acomodar los problemas complejos y controversiales, como parte de una defensa de la salud pública. Sin embargo, la política económica no debe debilitar un programa fuerte de defensa de salud pública contra el uso del tabaco. Se debe oponer firmemente a la promoción de los productos derivados del tabaco y se debe hacer todo lo posible para disminuir el consumo de tabaco en los países en desarrollo.

10. La Asociación Médica Mundial adopta esta Declaración para proporcionar normas a las asociaciones médicas nacionales, cuando consideren el rol apropiado en su jurisdicción para los médicos y organizaciones profesionales que tendrán responsabilidades en salud pública y defensa de la promoción de la salud.



**DECLARACIÓN DE RANCHO MIRAGE DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
LA ENSEÑANZA MÉDICA**

Adoptada por la 39ª Asamblea General
Madrid, España, octubre de 1987

10.80

Preámbulo

La enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la escuela de medicina y termina con el retiro del ejercicio activo. Su objetivo es preparar a los estudiantes de medicina, a los médicos residentes y a los médicos en ejercicio, a aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano, y en el alivio de enfermedades actualmente incurables. La formación médica inculca también en los médicos normas éticas de pensamiento y conducta que ponen énfasis en el servicio al prójimo más que en el lucro personal. Todos los médicos, sea cual fuere su práctica, son miembros de una profesión. Como miembros de la profesión médica, todos los médicos deben aceptar la responsabilidad de mantener no solamente altos niveles personales de formación médica, sino también de mantener altos niveles de formación médica para la profesión. Esta formación debe basarse en los siguientes principios:

Principios de enseñanza médica

Principio I - Principios fundamentales de la enseñanza médica

La enseñanza médica comprende la formación que conduce al primer diploma profesional, la formación clínica preparatoria para el ejercicio de la medicina general o de una especialidad, y la educación continua que debe acompañar al médico durante toda su vida activa.

La profesión, las facultades y otras instituciones docentes, así como el Gobierno, comparten la responsabilidad de garantizar el alto nivel y la calidad de la enseñanza médica.

Principio II - La enseñanza médica universitaria

La finalidad de la enseñanza médica es formar médicos que, conforme a su preparación, tienen derecho a ejercer su profesión sin limitaciones.

El primer diploma profesional debe representar el término de un programa de estudios que califica al estudiante para elegir entre una gran variedad de carreras que incluye la atención de pacientes, la salud pública, la investigación clínica o fundamental y la docencia médica. Cada una de estas carreras exige una formación complementaria a la requerida para el primer diploma profesional.

Principio III - La enseñanza de la facultad

La formación médica que lleva al primer diploma profesional debe ser impartida por una facultad organizada. La facultad debe poseer calificaciones académicas adecuadas que solamente pueden obtenerse a través de la formación profesional y la experiencia. La selección de la facultad debe basarse en las calificaciones de cada individuo sin consideración alguna de edad, sexo, raza, credo, tendencia política o nacionalidad.

La facultad tiene la responsabilidad de crear un ambiente académico en el que el aprendizaje y la investigación puedan desarrollarse al máximo. En este aspecto, las instituciones académicas deben realizar investigaciones para mejorar el conocimiento médico y la prestación de una atención médica de la más alta calidad. La responsabilidad por los objetivos, contenido, presentación y evaluación de la enseñanza impartida incumbe a la facultad con la participación de las asociaciones médicas nacionales. La facultad tiene la responsabilidad de elaborar su propio currículum básico obligatorio en un ambiente académico de libertad en el que el aprendizaje y la investigación puedan desarrollarse al máximo. La facultad debe revisar el currículum con frecuencia y para ello debe tomar en cuenta las necesidades de la comunidad y el aporte de los médicos en ejercicio siempre que dichas necesidades no dañen la calidad de la enseñanza médica. El reconocimiento de la facultad requiere que ésta disponga de bibliotecas, laboratorios de investigación, clínicas y áreas de estudio en cantidad suficiente para responder a las necesidades de todos los estudiantes. Además, debe haber una estructura administrativa adecuada y registros académicos apropiados. Una vez que los elementos vitales están disponibles, la formación clínica de médicos generales y de especialistas puede ser patrocinada por una universidad o por un hospital.

Principio IV - El contenido de la enseñanza médica

El programa docente debe incluir el estudio de las ciencias biológicas y del comportamiento, así como el de los aspectos socio-económicos de la atención sanitaria. Estas ciencias son indispensables para comprender

la medicina clínica. Debe exigirse también el sentido crítico y autodidacta, así como una profunda adhesión a los principios éticos que sirven de base a la profesión.

Principio V - La formación clínica

La parte clínica de la enseñanza médica debe estar centrada en el examen supervisado de pacientes y debe incluir experiencias directas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. La parte clínica debe comprender el diagnóstico personal y la experiencia terapéutica con acceso gradual al nivel de responsabilidades. Se debe mantener una relación adecuada entre el número de estudiantes admitidos y la enseñanza a la cabecera del paciente.

La facultad debe asegurarse que los estudiantes que reciben el primer diploma profesional hayan adquirido un conocimiento adecuado de la medicina clínica, la experiencia necesaria para evaluar los problemas clínicos y para tomar decisiones de manera independiente, y que tengan la actitud y la personalidad que son propias de un médico de ética.

Principio VI - La selección de estudiantes

Una formación liberal amplia es altamente deseable antes de emprender el estudio de la medicina. La selección de estudiantes de medicina debe hacerse de acuerdo con su capacidad intelectual, motivación, formación previa y personalidad. El número de estudiantes admitidos no debe exceder ni los recursos educacionales disponibles ni las necesidades de la población. La selección de estudiantes no debe estar influenciada por consideraciones de edad, sexo, raza, credo, tendencia política o nacionalidad.

Principio VII - La enseñanza médica posuniversitaria

Es deseable que el médico continúe su formación médica tras la obtención del primer diploma profesional, y que elija una especialización entre la atención de pacientes, la salud pública, la investigación clínica o básica, o la docencia médica. Programas estructurados de formación clínica deben preceder al ejercicio de la medicina no supervisada incluyendo tanto la medicina general como las especialidades. La profesión médica tiene la responsabilidad de verificar que los programas de formación clínica que siguen al primer diploma profesional hayan sido concluidos satisfactoriamente.

Principio VIII - Enseñanza médica continua

Todo médico debe estudiar durante toda su vida. Los programas educacionales son indispensables si el médico desea estar al corriente del progreso de la medicina y si desea mantener los conocimientos y la experiencia necesaria para prestar una atención de alta calidad. Los avances científicos son esenciales para una atención médica adecuada. Las escuelas de medicina, los hospitales y las sociedades profesionales comparten la responsabilidad de desarrollar programas de educación médica continua y de ponerlos a disposición de todos los médicos.

La demanda de asistencia médica, de prevención de las enfermedades y de consultas en materia de salud exige el más alto nivel de enseñanza médica universitaria, posuniversitaria así como de formación médica continua.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE LA AMMSOBRE EDUCACIÓN MÉDICA

Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial
Malta, noviembre de 1991

10.81

La educación médica es un continuo aprendizaje que comienza con el ingreso a la escuela de medicina y finaliza con el término del ejercicio de la profesión. Como tal, es una preocupación fundamental de todas las asociaciones médicas nacionales y de la Asociación Médica Mundial.

Las asociaciones médicas en cada país se deben dedicar a organizar los recursos que se necesitan para proporcionar y orientar una educación médica de calidad. Esto debe realizarse en el contexto de cursos poco numerosos que tengan acceso a las facultades, servicios y financiamiento apropiados.

A fin de orientar el apoyo público y profesional a la educación médica, las asociaciones médicas en todos los países deben estar muy conscientes de las necesidades, opiniones, esperanzas y dignidad personal de sus conciudadanos.

Como resultado de las deliberaciones de la Quinta Conferencia Mundial sobre Educación Médica, la Asociación Médica Mundial declara lo siguiente:

- El objetivo de la educación médica debe ser la formación de médicos de calidad, con sentido de la ética, que respeten sus funciones en la relación médico-paciente.
- Los elementos de la calidad deben incluir conocimiento, experiencia, valores, conductas y ética que entreguen una atención curativa y preventiva de calidad a los pacientes y a la comunidad.
- La investigación, enseñanza y atención ética del paciente son inseparables y esenciales para lograr el objetivo de un médico de calidad.
- Se debe preparar un programa de estudios común internacional para la formación y conservación de un médico de calidad, cuya experiencia trascienda las fronteras internacionales.
- Se deben establecer métodos internacionalmente estandarizados a fin de lograr calidad y desempeño profesional, y aplicarse en la educación médica universitaria de posgrado y continua.
- Se debe intercambiar una pronta y libre difusión internacional de información médica analizada y generada profesionalmente sobre

los problemas de salud pública y epidemiológicos, a fin de orientar la formulación de medidas públicas, la educación de médicos y del público.

- Se deben establecer normas internacionales para la evaluación de programas educacionales durante todo el aprendizaje.
- La educación durante toda la vida del médico debe incorporarse como responsabilidad moral en un código internacional de ética para todos los médicos.
- Las asociaciones médicas en todos los países deben estar vigilantes para responder a cualquier amenaza en contra de la integridad de la educación médica.
- La eficacia, seguridad y aplicaciones de nuevas tecnologías deben ser identificadas e integradas expeditamente a la continuación de la educación médica.



DOCE PRINCIPIOS DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
en cualquier
SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

Adoptados por la 17ª Asamblea Médica Mundial
Nueva York, EE.UU., octubre 1963
Enmendados por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

10.90

Preámbulo

Las formas en que la atención médica está organizada a través del mundo son muchas y variadas, y van desde la no intervención más absoluta hasta la organización total y exclusivamente gubernamental.

Sería imposible describir en detalle todos los sistemas, pero puede decirse que mientras algunos países se limitan a socorrer a los más indigentes, otros han creado un sistema de seguro contra enfermedades y otros han ido aun más lejos al proporcionar una completa atención médica. La iniciativa personal se asocia así a varios niveles con las políticas y acciones gubernativas en el campo de la atención médica, lo que permite multiplicar indefinidamente las modalidades de prestación de servicios médicos.

En este sentido, lo ideal indudablemente es «la prestación de servicios médicos más modernos, unida al respeto absoluto de la libertad del médico y del paciente».

Sin embargo, dicha fórmula es demasiado imprecisa para ser utilizada en la solución de problemas que surgen cada día en la aplicación de los diversos sistemas nacionales (que existen, quiérase o no).

La AMM tiene el deber de salvaguardar los principios básicos de la práctica médica y la defensa de la libertad de la profesión médica. En consecuencia, no se puede esperar que emita juicios de valor sobre los diferentes sistemas, pero tiene el deber incontestable de decidir, en la medida posible, en qué términos puede colaborar la profesión médica con los servicios de salud del Estado.

Principios

- I. Las condiciones de participación de los médicos en cualquier sistema de atención médica deben ser propuestas de común acuerdo con los representantes de sus organizaciones médicas.
- II. Todo sistema de atención de la salud debe permitir que el paciente consulte al médico de su preferencia y que el médico trate a un paciente de su elección sin que esta posibilidad prive a ninguno de los dos de sus derechos en ninguna forma. El principio de libre elección debe también aplicarse en el caso de que el tratamiento médico o parte de él sea realizado en un centro de asistencia médica. Los médicos tienen la obligación profesional y el deber ético de atender a cualquier paciente en una emergencia.
- III. Todo sistema de atención de la salud debe ser accesible a cualquier médico titulado, sin que por ello ni la profesión médica ni el médico individualmente estén obligados a prestar allí sus servicios si no desean hacerlo.
- IV. El médico debe contar con la libertad de ejercer su profesión en el lugar que él prefiera y de practicar la especialidad que él posee. Las necesidades médicas impuestas por cada país deben ser atendidas y la profesión debe orientar a los médicos jóvenes cuando y como sea posible hacia las regiones donde ellos sean más requeridos. Si se diera el caso de que estos puestos fueran considerados en otras regiones, se debiera ofrecer a los médicos que aceptan dichos puestos, un incentivo adecuado de manera que su equipamiento sea satisfactorio y su nivel de vida esté de acuerdo con sus responsabilidades profesionales.
- V. La profesión médica debe estar debidamente representada en todos los organismos oficiales relacionados con problemas de salud y enfermedad.
- VI. La naturaleza confidencial de la relación médico-paciente debe ser reconocida y observada por todos aquellos que participan en el tratamiento y control de un paciente, y debe también ser debidamente respaldada por las autoridades.
- VII. Debe garantizarse la independencia moral, profesional y económica del médico.

- VIII. Cuando la remuneración de los servicios médicos en cualquier sistema nacional de atención de la salud no ha sido estipulada por acuerdo directo entre el paciente y el médico, la autoridad encargada de la remuneración debe compensar adecuadamente al médico.
- IX. La remuneración de los servicios médicos debe tomar en consideración los servicios prestados y no debe ser determinada solamente por la posición financiera del organismo encargado del pago, o conformarse a decisiones unilaterales del gobierno: ella debe ser aceptable para el grupo que representa a la profesión médica.
- X. La revisión de los servicios médicos con el propósito de garantizar la calidad o la utilización de los servicios, tanto en cuanto a la cantidad como al costo, deben ser realizadas solamente por médicos y se deben medir según las normas locales o regionales y no según las normas nacionales.
- XI. En el mejor interés del paciente, no debe existir restricción alguna del derecho del médico para prescribir medicamentos o cualquier otro tratamiento que considere apropiado según las normas médicas corrientes.
- XII. Se debe estimular al médico para que participe en cualquier actividad cuyo propósito sea ampliar sus conocimientos y mejorar su posición profesional.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y
EL DERECHO DE LA MUJER A LA ANTICONCEPCIÓN

Adoptada por la 48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

10.110

Este texto es una fusión de las dos Declaraciones de la AMM sobre el «Derecho de la Mujer a la Anticoncepción» (Doc. 10.D) y «Planificación Familiar» (Doc. 17.E). Esta versión reemplaza ambos textos.

1. La Asociación Médica Mundial reconoce que los embarazos no deseados pueden tener un significativo y progresivo efecto en la salud de la mujer y en la de sus hijos. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial respalda la planificación familiar, en tanto que su objetivo es el enriquecimiento de la vida humana y no su restricción.
2. La Asociación Médica Mundial sostiene que se debe permitir que todas las mujeres opten por un control de fecundidad por voluntad propia y no por azar. La capacidad de regular y controlar la fecundidad debe considerarse como un componente principal de la salud física y mental de la mujer, como también de bienestar social. La anticoncepción puede evitar las muertes prematuras de mujeres, causadas por las complicaciones asociadas a los embarazos no deseados. Una planificación óptima del embarazo también contribuye a la sobrevivencia del recién nacido y del niño, esto puede ayudar a asegurar más oportunidades para que las personas logren todo su potencial. Por esto, las mujeres tienen derecho a conocer sus cuerpos y su funcionamiento y deben tener acceso, si lo desean, a toda la asistencia social y médica necesaria para beneficiarse de la planificación familiar. Los hombres también deben recibir instrucciones sobre los anticonceptivos.
3. Existe una fuerte, pero insatisfecha demanda del control de la fecundidad en muchos países en desarrollo. Muchas mujeres en estos países, que no utilizan anticonceptivos actualmente, desean evitar un embarazo. La Asociación Médica Mundial sostiene que la mujer tiene derecho a elegir un método anticonceptivo, sin consideraciones de nacionalidad, clase social o credo y tomando en

cuenta la situación familiar. Si una mujer necesita un servicio que un médico no puede ofrecer, ella debe ser referida a otro médico. La libertad de la mujer al acceso a los métodos anticonceptivos debe ser protegida y salvaguardada de todo grupo de presión.

4. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial:
 - a) recomienda que cada asociación médica nacional promueva activamente los beneficios de la educación para la planificación familiar y colabore con el gobierno y otros grupos, cuando sea apropiado, a fin de asegurar altos niveles de difusión de elementos, información y ayuda.
 - b) insta a todas las escuelas de medicina a que incluyan la planificación familiar como un componente del currículo médico de salud materno-infantil.
 - c) reafirma su deseo de apoyar y promover la planificación familiar estimulando a las organizaciones apropiadas para que realicen conferencias, simposios o estudios sobre los aspectos pertinentes de la planificación familiar.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS

Adoptada por la 48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

10.120

Introducción

El aumento general de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos, incluida la aparición de cepas de bacterias resistentes a todos los agentes antibacteriales disponibles, ha creado un problema de salud pública de proporciones con potencialidad de crisis.

La aparición de microorganismos resistentes es un problema cuando se utilizan agentes antimicrobianos. El aumento en las poblaciones a alto riesgo que necesitan frecuentemente terapias antimicrobianas, incluidos los pacientes inmunocomprometidos, los que tienen intervenciones médicas invasoras y los pacientes con enfermedades crónicas que los debilitan; todo esto ha agravado el problema.

Además, el mal uso o abuso de los agentes antimicrobianos ha agudizado el problema al agregar presiones de selección a las poblaciones de microbios que favorecen la mutación a la resistencia antibiótica. Esto incluye prescripciones inapropiadas de prolifácticos antimicrobiales y/o tratamiento de infecciones bacteriales, de parte de los médicos, pacientes que no cumplen los regímenes antimicrobianos y la disponibilidad de agentes antimicrobianos sin prescripción, en los países en desarrollo.

Recomendaciones

1. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales deben instar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los gobiernos a cooperar con y aumentar la eficacia del sistema global de vigilancia de la resistencia antimicrobiana de la OMS.
2. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a sus gobiernos a financiar más investigación básica y aplicada, dirigida a la creación de agentes y vacunas antimicrobianas innovadoras, y al uso apropiado y seguro de dichas herramientas terapéuticas.
3. Se debe instar a la industria farmacéutica a continuar los programas de investigación y desarrollo para disponer de agentes y vacu-

- nas antimicrobianas innovadoras.
4. Las asociaciones médicas nacionales deben solicitar a sus gobiernos que exijan que los agentes antimicrobianos estén disponibles sólo con una prescripción otorgada por profesionales de la salud y veterinarios autorizados y calificados.
 5. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a las escuelas de medicina y los que tienen programas de educación médica continuada, a enseñar a los médicos el uso apropiado de los agentes antimicrobianos.
 6. Los médicos, en especial los que tienen formación en la especialidad de enfermedades infecciosas y microbiología clínica, deben asumir roles de liderazgo en sus hospitales y comunidades, en lo que respecta al uso apropiado de agentes antimicrobianos, la prevención de la resistencia antimicrobiana y los programas de control.
 7. Los médicos deben informar a sus pacientes sobre la terapia antimicrobiana, los riesgos y beneficios, la importancia de cumplir el régimen prescrito y el problema de la resistencia antimicrobiana.
 8. Los gobiernos, las asociaciones médicas y los médicos deben educar al público sobre el uso apropiado de los agentes antimicrobianos y aumentar la difusión del problema de resistencia antimicrobiana.
 9. Las asociaciones médicas nacionales, en colaboración con las autoridades veterinarias, deben instar a sus gobiernos a restringir el uso de agentes antimicrobianos, como aditivos en los alimentos para animales, estrictamente a los que no son utilizados para el ser humano.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la VIOLENCIA FAMILIAR

Adoptada por la 48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

10.140

Introducción

Haciendo alusión a las Declaraciones de la AMM sobre el *Maltrato de Ancianos* (10.25) y sobre el *Maltrato y Abandono del Niño* (17.W) y muy preocupada por la violencia como problema de salud pública, la Asociación Médica Mundial insta a las asociaciones médicas nacionales a intensificar y ampliar su acción con el análisis del problema de violencia familiar.

La violencia familiar es un término aplicado al maltrato físico y emocional de una persona por alguien que está en estrecha relación con la víctima. El término incluye la violencia en el hogar (a veces llamada pareja, hombres o mujeres golpeados), maltrato físico y abandono del niño, abuso sexual del niño, maltrato del anciano y muchos casos de agresión sexual. La violencia familiar se puede constatar en cualquier país del mundo, sin importar el sexo ni todos los estratos raciales, étnicos, religiosos y socio-económicos. Aunque las definiciones varían según la cultura, la violencia familiar representa un importante problema de salud pública, debido a las muertes, heridas y sus consecuencias psicológicas adversas. El daño físico y emocional puede representar impedimentos crónicos o de por vida para muchas víctimas. La violencia familiar va asociada a un gran riesgo de depresión, angustia, abuso sustancial y comportamiento autodestructivo, incluido el suicidio. Las víctimas a menudo se convierten en agresores o participan en relaciones violentas más tarde. Aunque el enfoque de este documento es el bienestar de la víctima, no se deben olvidar las necesidades del agresor.

Posición

Existe una creciente convicción de la necesidad de considerar y adoptar medidas frente a la violencia familiar de manera unida, en lugar de concentrarse en un tipo de víctima en particular o sistema de comunidad afectado (legal, médico, etcétera). En muchas familias donde se golpea a la pareja, por ejemplo, puede también haber maltrato de un niño y/o un anciano, a menudo perpetrado por un solo agresor. Además, existe suficiente evidencia de que los niños que son víctimas o testigos de

violencia contra otros miembros de la familia, tienen más adelante mayor riesgo como adolescentes o adultos de volver a ser víctimas y/o convertirse en agresores. Por último, información más reciente sugiere que las víctimas de violencia familiar tienen también más probabilidades de convertirse en agresores violentos contra personas no conocidas. Todo esto indica que cada caso de violencia familiar no sólo puede tener consecuencias de más violencia familiar, sino también un mayor espectro de violencia en la sociedad.

Aunque las causas de la violencia familiar es un problema complejo, se conocen varios factores que contribuyen a ella. Éstos incluyen la pobreza, cesantía, otras presiones exógenas, actitudes de aceptación cultural de la violencia para resolver disputas, abuso sustancial (en especial de alcohol), roles sexuales rígidos, pocos conocimientos como padres, roles familiares ambiguos, esperanzas irreales de otros miembros de la familia, conflictos interpersonales en la familia, vulnerabilidad psicológica o física, real o aparente, de las víctimas por los agresores, preocupación del agresor por el poder, control y aislamiento social familiar, entre otros.

El médico juega un papel importante en la prevención y tratamiento de la violencia familiar. Por supuesto que trata las heridas, enfermedades y problemas psiquiátricos derivados del maltrato. Las relaciones terapéuticas que tiene el médico con el paciente pueden permitir que las víctimas le confíen agresiones actuales o pasadas. El médico debe informarse sobre la violencia regularmente y también cuando asiste a presentaciones clínicas especiales que pueden tener relación con el maltrato. Esto puede ayudar a los pacientes a encontrar métodos de lograr la seguridad y un acceso a los recursos de la comunidad, que permitirán la protección y/o intervención en la relación del maltrato. El médico puede informar al paciente sobre la progresión y las consecuencias adversas de la violencia familiar, manejo del estrés, disponibilidad de tratamiento de salud mental pertinente y conocimientos como padres, de manera de evitar la violencia antes que se presente. Por último, el médico, como ciudadano, líder de la comunidad y experto en medicina puede participar en actividades locales y nacionales destinadas a disminuir la violencia familiar.

Recomendaciones

1. La Asociación Médica Mundial recomienda que las asociaciones médicas nacionales adopten las siguientes normas para los médicos:
 - a) Todo médico debe recibir una formación adecuada en los aspectos médicos, sociológicos, psicológicos y preventivos de todo tipo de violencia familiar. Esto debe incluir una formación en los principios generales de evaluación y administración, en la

escuela de medicina e información específica y de especialidad durante el internado, como también la educación médica continua sobre la violencia familiar. Los estudiantes deben recibir una formación adecuada en el rol del género, poder y otros problemas que contribuyen a la violencia familiar.

- b) El médico debe saber cómo obtener la historia apropiada y culturalmente sensible de las agresiones actuales y pasadas.
 - c) El médico debe considerar regularmente y ser sensible a los signos que indiquen la necesidad de otras evaluaciones de agresiones pasadas o actuales, como parte del examen de salud general o en respuesta a descubrimientos clínicos sugestivos.
 - d) Se debe motivar al médico para que proporcione tarjetas, folletos, videos y/o otro material educacional en las salas de espera y departamentos de emergencia, a fin de ofrecer a los pacientes información general sobre la violencia familiar, como también informarlos sobre los servicios locales de ayuda.
 - e) El médico debe conocer los servicios sociales de la comunidad u otros que sean de utilidad a las víctimas de la violencia, y referirse a ellos y utilizarlos habitualmente.
 - f) El médico debe tener muy presente la necesidad de mantener el secreto en casos de violencia familiar y debe conocer la documentación adecuada del caso, como cualquier otra obligación de informar local o nacional.
 - g) Se debe motivar al médico para que participe en actividades coordinadas por la comunidad, destinadas a disminuir la cantidad y consecuencias de la violencia familiar.
 - h) Se debe motivar al médico para que no tenga actitudes de juicio hacia los involucrados en la violencia familiar, de modo que se realce su capacidad de influenciar a las víctimas, sobrevivientes y agresores. Por ejemplo, se debe juzgar la conducta, pero no a la persona.
2. Las asociaciones médicas nacionales deben favorecer y facilitar la coordinación de medidas contra la violencia familiar entre los componentes del sistema de atención médica, sistema de justicia criminal, autoridades policiales, juzgados de familia y juveniles, y organizaciones de servicios a las víctimas. También deben respaldar los programas de toma de conciencia pública y de educación de la comunidad.
 3. Las asociaciones médicas nacionales deben favorecer y facilitar la investigación para comprender la frecuencia, factores de riesgo, resultados y óptima atención de las víctimas de violencia familiar.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR LOS NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

10.150

RECONOCIENDO QUE el médico tiene la obligación de prestar a sus pacientes un servicio médico competente y de esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional (Código Internacional de Ética Médica).

RECONOCIENDO QUE el paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sabe que tiene la libertad de dar una opinión clínica y ética sin interferencias externas inadecuadas (Declaración de Lisboa de 1981, enmendada en 1995), y

RECONOCIENDO QUE los comités de ética, comités de credenciales y otras formas de revisión por la profesión han sido establecidos desde hace tiempo, reconocidos y aceptados por la medicina organizada para controlar la conducta profesional del médico y, cuando corresponde, imponer restricciones razonables sobre la libertad profesional absoluta del médico, y

REAFIRMANDO QUE la autonomía profesional y el deber de tener una autorregulación son componentes esenciales de la atención de alta calidad y, por lo tanto, es un beneficio del paciente que se debe preservar, y como resultado de que la profesión médica tiene la responsabilidad permanente de apoyar, participar y aceptar una revisión apropiada de la profesión, que sea realizada de buena fe.

La AMM mantiene que el servicio profesional del médico debe ser considerado distinto de los servicios comerciales y mercancías, no es menos porque el médico está sujeto a normas éticas específicas, que incluyen la dedicación para prestar una atención médica competente (Código Internacional de Ética Médica, 1949).

La AMM estima que cualquiera sea el proceso judicial o regulador establecido por un país, toda opinión sobre la conducta profesional del médico debe tomar en cuenta la evaluación de los colegas médicos, quienes por su formación y experiencia comprenden la complejidad de los asuntos médicos en cuestión.

La AMM condena todo procedimiento para considerar reclamos de pacientes o procedimientos para compensar a los pacientes que no estén basados en una evaluación de buena fe de las acciones u omisiones del médico por sus colegas. Dicho sistema perjudica la calidad general de la atención médica ofrecida a todos los pacientes.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
con normas para el
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

10.160

Introducción

1. La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades, y mantener y promover la salud de la población. El objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y a la población, y de las maneras y medios para producir estos servicios.
2. La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los métodos utilizados está incluida en los códigos de ética de los médicos. Estos estipulan que el médico tiene que mantener y mejorar sus conocimientos y experiencia. El debe recomendar sólo exámenes y tratamientos que se saben que son eficaces y adecuados, en base al estado del arte de la medicina.

Objetivos de las Normas

3. Los médicos y los establecimientos de atención médica tienen la obligación moral de esforzarse por tener un mejoramiento continuo de los servicios. El objetivo de estas normas es reforzar este propósito por medio de revisiones de la calidad y la creación de fundamentos éticos para dichas prácticas, como la revisión clínica.

Normas

Aplicación de las Normas

4. Estas normas éticas de mejoramiento continuo de la calidad se aplican a todos los médicos, los establecimientos que ofrecen servicios de atención médica y los que ofrecen los servicios de revisión.

Obligación de la Revisión de la Calidad

5. Todos los médicos, otros profesionales de la salud, incluidos los

administradores de salud, y los establecimientos tienen que aspirar a un mejoramiento de su trabajo. Se debe estimular la participación activa de todos en la auditoría clínica y en iniciativas de revisión de la calidad. Las evaluaciones de revisión de la calidad se pueden utilizar para una auditoría externa independiente y para fines de acreditación.

Condiciones para un Trabajo de Buena Calidad

6. Los que trabajan con pacientes tienen que especificar las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad y la evaluación de la calidad de dicho trabajo. Los recursos y la experiencia del personal de los establecimientos de atención médica deben ser adecuados para lograr las condiciones necesarias para un trabajo de buena calidad.
7. La historia clínica de los pacientes, registrada por escrito o en el computador, debe ser escrita y preservada cuidadosamente, se debe tomar en cuenta las obligaciones del secreto. Los procedimientos, decisiones y otros asuntos relacionados con los pacientes deben ser anotados de manera que la información pueda servir para medir condiciones específicas disponibles cuando se necesiten.
8. Los profesionales de la salud deben tener posibilidades adecuadas de mantener y aumentar sus conocimientos y experiencia. Las recomendaciones y las normas clínicas deben estar a disposición de los que las necesitan. Los establecimientos de salud necesitan crear sistemas de calidad para uso propio y asegurar que sigan las instrucciones contenidas en dichos sistemas.

Reconocimiento de la Revisión de la Calidad

9. Todo médico debe evaluar continuamente la calidad de su trabajo y su capacidad a través de métodos de autoevaluación.
10. La calidad de la atención médica puede ser evaluada con métodos internos y externos. Estos deben estar ampliamente aprobados y los métodos utilizados deben estar generalmente aceptados y basados en investigaciones o conocimientos suficientes.
11. Cada establecimiento que proporcione servicios debe tener como actividades continuas una revisión clínica interna, observación de los métodos de examen y tratamiento, comparación con otros, observación de la capacidad de la organización para tomar medidas y observación de la información que entregan los pacientes.
12. Las iniciativas de revisión externa de la calidad, como una revisión externa y auditoría, debe hacerse con una frecuencia que corres-

ponda a la evolución del campo y cada vez que exista una razón especial.

Secreto de la Historia Clínica de los Pacientes

13. Está permitido utilizar las historias clínicas de los pacientes en la revisión de la calidad. Se debe informar a los pacientes del uso de su historia clínica en la revisión de la calidad. Sus historias clínicas se deben mantener en secreto y anónimas, y no deben ser accesibles a personas inapropiadas. Todos los informes, fotografías, videos y datos comparativos deben ser presentados de tal manera que los pacientes evaluados no puedan ser identificados.

Secretos de la Revisión

14. La condición previa para una revisión exitosa es la disponibilidad de los establecimientos y de los médicos a ser revisados y su compromiso con la revisión. Se recomienda obtener un consentimiento informado voluntario de los que serán revisados.
15. Los resultados de la revisión pertenecen a los que se someten a dicha revisión. Se pueden utilizar para comparaciones y fines generales sólo con la aprobación de los evaluados y de los que participan en la revisión, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.
16. Está permitido que los establecimientos que prestan servicios informen a sus clientes sobre los resultados de la revisión de la calidad y que los utilicen para comercializar sus servicios, siempre que esto esté autorizado por ley.
17. La revisión del trabajo de un médico es responsabilidad suya y de su médico superior. La información sobre un médico no debe ser publicada sin su consentimiento.
18. La revisión externa no debe entregar a otros los resultados de la revisión u otra información obtenida durante el proceso, sin el permiso por escrito de la persona sometida a revisión.

Comités de Ética

19. En la revisión de la calidad se deben respetar los principios éticos de atención médica generalmente aprobados y los códigos nacionales de ética médica.
20. Si surgen ideas sobre asuntos éticos en un proyecto de revisión, éstas se deben presentar a un comité de ética. Sin embargo, en general no es necesaria la presentación rutinaria de los proyectos de revisión para la aprobación de un comité de ética médica.

Competencia del Revisor

21. El revisor tiene que ser experimentado en el campo de la revisión en cuestión y competente en técnicas de desarrollo de la calidad y en métodos de auditoría clínica. Cuando se revise la atención médica, el revisor debe ser un médico. El revisor debe ser aceptado por los que se sometan a la revisión, cuando sea posible.

Imparcialidad de la Revisión

22. El revisor seleccionado debe ser lo más imparcial e independiente posible. Debe conocer bien las actividades de los que serán revisados. Debe ser objetivo en su informe y las conclusiones deben basarse en una evaluación crítica de las observaciones y hechos. El revisor no debe permitir que asuntos comerciales o competitivos tengan alguna influencia en el contenido de su informe.

La Revisión y la Supervisión de las Autoridades

23. La revisión de la calidad de la atención médica y el continuo mejoramiento de los servicios es parte de la actividad de todo médico y establecimiento. La supervisión de las actividades profesionales de parte de las autoridades de salud es una actividad distinta y se debe mantener separada de la revisión de la atención médica. Los resultados de la revisión de médicos pueden usarse para fines establecidos por las autoridades supervisoras y los médicos involucrados, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
FUERZA LABORAL MÉDICA

Adoptada por la 50ª Asamblea General
Ottawa, Canadá, octubre 1998

10.180

1. La Asociación Médica Mundial resuelve que la formación de médicos debe planificarse cuidadosamente con una visión a largo plazo.
2. A fin de lograr este objetivo, los representantes de la profesión médica deben tener una idea clara de la situación de la fuerza laboral médica, incluidos:
 - la cantidad de médicos existente,
 - la distribución de edad y tendencias de jubilación de la población médica existente,
 - la necesidad futura de médicos estimada,
 - la capacidad del sistema de formación de médicos,
 - las posibles tendencias de migración,
 - el cuadro de especialización y subespecialización de médicos,
 - el papel apropiado de los proveedores de atención médica que no son médicos.
3. La formación de un especialista médico totalmente competente, del comienzo al final, lleva un tiempo considerable y la planificación de la fuerza laboral médica debe reflejar este hecho. Las correcciones en la formación y suministro de personal médico no se pueden hacer rápidamente, sino que deben tomar en cuenta este tiempo.
4. La AMM insta a la consideración regional de temas de fuerza laboral y tratará de preparar una conferencia internacional, en un momento adecuado, para examinar estos problemas y lograr un consenso en las soluciones propuestas.
5. La AMM seguirá sus consultas con la OMS y otras organizaciones pertinentes sobre este tema.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CON MEDICAMENTOS

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

10.190

Introducción

A pesar de los avances en la terapéutica, la tuberculosis es una causa cada vez más frecuente de morbilidad y mortalidad a través del mundo. Cálculos recientes de la Organización Mundial de la Salud demuestran que 30 millones de personas podrían morir de tuberculosis en los próximos diez años. Mientras a muchos pacientes no se les ha diagnosticado la tuberculosis, muchos otros no tienen un tratamiento eficaz. Hay muchas razones que contribuyen a esto, incluidas una prescripción insuficiente de los médicos y poco cumplimiento del tratamiento de parte del paciente. La tuberculosis también es una amenaza importante para la salud de las personas seropositivas y una creciente causa de muerte en las personas con sida.

Además, estos factores también predisponen a una alta probabilidad de cepas de tuberculosis resistentes a los medicamentos. En las comunidades cerradas, como las cárceles y los grupos de seropositivos hospitalizados, la mayoría de los nuevos pacientes presentan infecciones con cepas resistentes a diversos medicamentos.

Resolución

Por lo tanto, y de acuerdo con la *Declaración sobre la Resistencia a los Medicamentos Antimicrobianos* (Doc. 10.120),

La Asociación Médica Mundial llama a sus asociaciones nacionales miembros a respaldar a la Organización Mundial de la Salud en sus proyectos «Tratamiento Observado Directamente de Corta Duración» y «Tratamiento Estrictamente Supervisado», y en otras medidas para promover un manejo más eficaz de la tuberculosis.



CÓDIGO INTERNACIONAL de ÉTICA MÉDICA

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM
Londres, Inglaterra, octubre 1949
y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial
Sydney, Australia, agosto 1968
y la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

17.A

Deberes de los médicos en general

EL MÉDICO DEBE mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.

EL MÉDICO NO DEBE permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes.

EL MÉDICO DEBE, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

EL MÉDICO DEBE tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño.

Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

a) la publicidad hecha por el médico, a menos que esté autorizada por las leyes del país y el Código de Ética Médica de la asociación médica nacional.

b) el pago o recibo de cualquier honorario u otros emolumentos con el solo propósito de obtener un paciente o recetar, o enviar a un paciente a un establecimiento.

EL MÉDICO DEBE respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.

EL MÉDICO DEBE actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

EL MÉDICO DEBE obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos, nuevas técnicas o tratamientos a través de canales no profesionales.

EL MÉDICO DEBE certificar sólo lo que él ha verificado personal-

mente.

Deberes de los médicos hacia los enfermos

EL MÉDICO DEBE recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

EL MÉDICO DEBE a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.

EL MÉDICO DEBE guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.

EL MÉDICO DEBE prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

Deberes de los médicos entre sí

EL MÉDICO DEBE comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

EL MÉDICO NO DEBE atraer los pacientes de sus colegas.

EL MÉDICO DEBE observar los principios de la «Declaración de Ginebra», aprobada por la Asociación Médica Mundial.

Declaración de Ginebra

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM
Ginebra, Suiza, setiembre 1948
y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial
Sydney, Australia, agosto 1986
y la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983
y la 46ª Asamblea General de la AMM
Estocolmo, Suecia, setiembre 1994

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad,

OTORGAR a mis maestros el respeto y gratitud que merecen,

EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente,

VELAR ante todo por la salud de mi paciente,

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente,

MANTENER incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica,

CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas,

NO PERMITIRÉ que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,

VELAR con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas,

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.



DECLARACIÓN DE SYDNEY DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
MUERTE

Adoptada por la 22ª Asamblea Médica Mundial
Sydney, Australia, 1968
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

17.B

1. La determinación del momento de la muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad del médico y así debe seguir siendo. Por lo general, el médico puede determinar, sin ayuda especial, la muerte de una persona utilizando los métodos clásicos conocidos por todo médico.
2. Sin embargo, dos avances modernos de la medicina han hecho necesario un estudio más detenido de la cuestión relativa al momento de la muerte:
 - a) la capacidad de mantener, por medios artificiales, la circulación de la sangre oxigenada a través de los tejidos del cuerpo que pueden haber sido dañados irreversiblemente.
 - b) el uso de órganos de un cadáver, como el corazón o los riñones, para trasplante.
3. La complicación es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, con la variación de la capacidad de los tejidos para resistir la falta de oxígeno. No obstante, el interés clínico no reside en el estado de conservación de las células aisladas, sino en el destino de una persona. A este respecto, el momento de la muerte de las diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera sean las técnicas de resucitación que puedan ser empleadas.
4. Es esencial determinar la cesación irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el bulbo raquídeo. Esta determinación se basará en el juicio clínico con la ayuda, si es necesaria, de otros medios de diagnóstico. Sin embargo, ninguna norma tecnológica es totalmente satisfactoria en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio general del médico. En el caso del trasplante de un órgano, el estado de muerte debe ser determinado por dos o más médicos, los cuales no deben estar relacionados o pertenecer al equipo que realiza el trasplante.

5. La determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en los países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver, siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento.



DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para orientar a los médicos que realizan investigaciones biomédicas en seres humanos

Adoptada por la
18ª Asamblea Médica Mundial
Helsinki, Finlandia, junio 1964
y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial
Tokio, Japón, octubre 1975
35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983
41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre 1989
y la 48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

17.C

Introducción

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente» y en el Código Internacional de Ética Médica se establece que: «El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente».

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, y la comprensión de la etiología y patogénesis de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos involucran riesgos: esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación, la que en último término debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre la investigación médica, cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo

objetivo esencial es puramente científico y sin representar un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

Durante el proceso de investigación debe darse especial atención a factores que puedan afectar el ambiente y respeto al bienestar de los animales utilizados para tales estudios.

Puesto que es esencial que los resultados de experimentos de laboratorio sean aplicados a seres humanos, a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de orientación a cada médico dedicado a la investigación biomédica en seres humanos. Ellas deben someterse a futuras reconsideraciones. Debe hacerse notar que las normas aquí descritas son sólo una orientación para los médicos de todo el mundo: ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas dictadas por las leyes de sus propios países.

I Principios básicos

1. La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con las normas científicas generalmente aceptadas y debe basarse sobre experimentos de laboratorio y en animales, realizados adecuadamente y con un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la realización de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe remitirse para consideración, comentarios y consejos a un comité especialmente designado, independiente del investigador y del auspiciador, con el entendido de que dicho comité independiente se establezca de acuerdo con las leyes y regulaciones del país en el que se realiza el experimento de investigación.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede legítimamente realizarse, a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo.
5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido de un cuidadoso estudio de los riesgos predecibles,

- en comparación con los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del ser humano sujeto a investigación de proteger su integridad y deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad de la persona y para disminuir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental, y sobre su personalidad.
 7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos, a menos que tengan la certeza que los riesgos inherentes son predecibles. Deben así mismo interrumpir todo experimento si los riesgos son mayores que los posibles beneficios.
 8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración, no deben ser aceptados para su publicación.
 9. Toda investigación en seres humanos debe ser precedida de la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que pueda implicar el experimento. El individuo debe saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debe entonces obtener el consentimiento informado voluntario del individuo, preferiblemente por escrito.
 10. Al obtener el consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe observar atentamente si en el individuo se ha formado una relación de dependencia hacia él o si el consentimiento puede ser forzado. En tal caso, el consentimiento informado debe obtenerse por un médico que no participa en la investigación y que es completamente independiente de dicha relación oficial.
 11. El consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal en caso de incapacidad legal y de un pariente responsable, en caso de incapacidad física o mental, o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso.
Cuando el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento de su tutor legal.
 12. El protocolo de la investigación siempre debe contener una mención de las consideraciones éticas del caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración.

II Investigación médica combinada con la atención médica profesional (Investigación clínica)

1. Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe contar con la libertad de utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión da la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En toda investigación médica, todo paciente –incluidos los de un grupo de control, si los hay– debe contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto no excluye la utilización de placebo inerte en los estudios donde no existan métodos diagnósticos o terapéuticos.
4. La negativa de un paciente a participar en una investigación nunca debe interferir en la relación médico-paciente.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, él debe expresar las razones específicas de su decisión en el protocolo que se transmitirá al comité independiente. (I, 2).
6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica profesional a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos, pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

III Investigación biomédica no terapéutica en seres humanos (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico es permanecer en su rol de protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica.
2. Los individuos deben ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionan con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si en su opinión, al continuarla, ésta puede ser perjudicial para el individuo.
4. En la investigación en seres humanos nunca debe darse preferencia a los intereses de la ciencia y de la sociedad, antes que al bienestar del individuo.



DECLARACIÓN DE OSLO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
ABORTO TERAPÉUTICO

Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial
Oslo, Noruega, agosto 1970
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

17.D

1. El primer principio moral que se impone al médico es el respeto a la vida humana desde su comienzo.
2. Las circunstancias que ponen los intereses vitales de la madre en conflicto con los intereses vitales de su criatura por nacer, crean un dilema y plantean el interrogante respecto a si el embarazo debe o no ser deliberadamente interrumpido.
3. La diversidad de respuestas a esta situación es producida por la diversidad de actitudes hacia la vida de la criatura por nacer. Esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada.
4. No es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o de una comunidad en particular con respecto a este asunto, pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico dentro de la sociedad.
5. Por lo tanto, donde la ley permita el aborto terapéutico, la operación debe ser realizada por un médico competente en la materia y en un lugar aprobado por las autoridades del caso.
6. Si un médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, él puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica.
7. Esta declaración, si bien es respaldada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, no debe ser considerada como obligatoria para ninguna asociación miembro en particular, a menos que ella sea adoptada por la asociación miembro.



DECLARACIÓN DE TOKIO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas.

Adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial
Tokio, Japón, octubre 1975

17.F

Introducción

El médico tiene el privilegio y el deber de ejercer su profesión al servicio de la humanidad, preservar y restituir la salud mental y corporal sin prejuicios personales y aliviar el sufrimiento de sus pacientes. Él debe mantener el máximo respeto por la vida humana, aun bajo amenaza, y jamás utilizar sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

Para fines de esta Declaración, la tortura se define como el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosamente por una o más personas, que actúan solas o bajo las órdenes de cualquier autoridad, para forzar a otra persona a entregar informaciones, hacerla confesar o por cualquier otra razón.

Declaración

1. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea el delito atribuido a la víctima, sea ella sospechosa, acusada o culpable, y cualquiera sean sus creencias o motivos y en toda situación, incluido el conflicto armado o la lucha civil.
2. El médico no proporcionará ningún lugar, instrumento, sustancia o conocimiento para facilitar la práctica de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para disminuir la capacidad de resistencia de la víctima a soportar dicho trato.
3. El médico no deberá estar presente durante ningún procedimiento que implique el uso o amenaza de tortura, o de otro trato cruel, inhumano o degradante.
4. El médico debe gozar de una completa independencia clínica para decidir el tipo de atención médica para la persona bajo su respon-

sabilidad. El papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento del ser humano, sin que ningún motivo personal, colectivo o político, lo aleje de este noble objetivo.

5. En el caso de un prisionero que rechace alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicho rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente. La decisión sobre la capacidad racional del prisionero debe ser confirmada al menos por otro médico ajeno al caso. El médico deberá explicar al prisionero las consecuencias de su rechazo a alimentarse.
6. La Asociación Médica Mundial respaldará y debe instar a la comunidad internacional, asociaciones médicas nacionales y colegas médicos a apoyar al médico y a su familia frente a amenazas o represalias recibidas por haberse negado a aceptar el uso de la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
EXÁMENES FÍSICOS DE LOS PRESOS

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial
Budapest, Hungría, octubre 1993

17.FF

Los sistemas carcelarios en muchos países exigen que los presos sean sometidos a exámenes de las cavidades del cuerpo. Dichos exámenes, que incluyen exploraciones rectales y pélvicas, son realizados cuando un individuo ingresa a la población penal y luego, cada vez que se le permite tener contacto personal con alguien fuera de la población penal. Por ejemplo, cuando un preso es trasladado a los tribunales para una audiencia o al hospital para un tratamiento, o a trabajos fuera de la cárcel; cuando el preso es devuelto a la institución, es sometido a un examen de las cavidades del cuerpo que incluye todos los orificios. El propósito del examen es principalmente la seguridad y/o evitar el ingreso de contrabando a la cárcel, como armas o drogas.

Estos exámenes se realizan más bien por razones de seguridad que médicas; no obstante, deben ser efectuados nada más que por una persona con experiencia médica. Este acto, que no es médico, puede ser realizado por un médico para proteger al preso de lesiones que puede sufrir si el examen lo realiza una persona sin conocimientos médicos. El médico debe explicar esto al preso y además debe explicarle que las condiciones normales del secreto médico no se aplican durante este procedimiento obligatorio y que los resultados del examen serán revelados a las autoridades. Si una ley exige que estos exámenes sean realizados por un médico y éste acepta efectuar un examen de las cavidades del cuerpo, se debe informar a la autoridad de que es necesario que este procedimiento se realice de manera respetuosa.

El examen lo debe hacer un médico distinto al que atiende al preso.

La obligación del médico de entregar atención al preso no debe verse comprometida por la obligación de participar en el sistema de seguridad de la cárcel.

La Asociación Médica Mundial exhorta a todos los gobiernos y figuras públicas responsables de la seguridad de la población, a reconocer que estos exámenes invasores constituyen una grave agresión a la privacidad y dignidad de la persona, y que también representan riesgos de daño físico y psicológico. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial

exige que, hasta donde sea posible sin comprometer la seguridad pública,

- Se consideren métodos alternativos para los exámenes rutinarios de los presos y que los exámenes de las cavidades del cuerpo sean aplicados sólo como último recurso.
- Cuando se necesite realizar exámenes de las cavidades del cuerpo, el responsable público se asegure que dichos exámenes los lleve a cabo el personal con los conocimientos y experiencia médica suficientes para practicar el examen en forma segura.
- La misma autoridad responsable asegure que se garantice la privacidad y dignidad de la persona examinada.

Por último, la AMM insta a los gobiernos y a los responsables públicos a proporcionar un médico para dichos exámenes cada vez que lo exija la condición física del examinado. Se debe respetar, en lo posible, si el preso solicita un médico específico.

La Asociación Médica Mundial adopta esta declaración con el fin de orientar a las asociaciones médicas nacionales cuando establezcan las normas éticas para sus miembros.



DECLARACIÓN DE MALTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre las
PERSONAS EN HUELGA DE HAMBRE

adoptada por la 43^a Asamblea Médica Mundial
Malta, noviembre de 1991
y revisada por la 44^a Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

17.FFF

Introducción

1. El médico que trata a las personas en huelga de hambre enfrenta los siguientes valores conflictivos:
 - 1.1. Cada ser humano tiene la obligación moral de respetar el aspecto sagrado de la vida. Esto es especialmente evidente en el caso de un médico que aplica sus conocimientos para salvar la vida y actuar en beneficio de sus pacientes.
 - 1.2. Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. El médico necesita el consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar sus conocimientos para ayudarlos, a menos que existan circunstancias de emergencia, en cuyo caso el médico debe actuar en beneficio del paciente.
2. Este conflicto es aparente cuando una persona en huelga de hambre, que ha dejado instrucciones claras de no ser resucitado, entra en coma y está a punto de morir. La obligación moral fuerza al médico a resucitar al paciente, incluso cuando va contra los deseos de éste. Por otra parte, el deber fuerza al médico a respetar la autonomía del paciente.
 - 2.1. Estar a favor de la intervención puede debilitar la autonomía que el paciente tiene sobre sí mismo.
 - 2.2. Estar a favor de la no intervención puede tener como resultado que el médico tenga que hacer frente a la tragedia de una muerte evitable.
3. Existe una relación médico-paciente cuando el médico por deber, en virtud de su obligación con el paciente, aplica sus conocimientos a cualquier persona, ya sea en la forma de consejo o de tratamiento.

Esta relación puede existir a pesar de que el paciente no dé su consentimiento a ciertas formas de tratamiento o intervención. Una vez que el médico acepta atender a una persona en huelga de

hambre, esa persona pasa a ser el paciente del médico. Esto tiene todas las responsabilidades y consecuencias de la relación médico-paciente, incluyendo el consentimiento y la reserva.

4. La decisión final sobre la intervención se debe dejar a cada médico, sin la participación de terceras personas cuyo interés principal no es el bienestar del paciente. Sin embargo, el médico debe dejar bien en claro al paciente si puede o no aceptar su decisión de rechazar el tratamiento, o en caso de coma, la alimentación artificial, lo que implica un riesgo de muerte. Si el médico no puede aceptar la decisión del paciente de rechazar dicha ayuda, entonces el paciente debe tener el derecho de ser atendido por otro médico.

Normas para el trato de las personas en huelga de hambre

Puesto que la profesión médica considera el principio del aspecto sagrado de la vida como fundamental para su ejercicio, se recomiendan las siguientes normas prácticas a los médicos que tratan a las personas en huelga de hambre:

1. Definición

Una persona en huelga de hambre es alguien mentalmente competente que ha decidido comenzar una huelga de hambre y se niega a ingerir alimentos y/o líquidos durante un período significativo.

2. Conducta ética

- 2.1 El médico debe obtener los antecedentes médicos detallados del paciente, cuando sea posible.
- 2.2 El médico debe llevar a cabo un minucioso examen del paciente al comienzo de la huelga de hambre.
- 2.3 Los médicos u otro personal médico no pueden ejercer presión indebida, de ningún tipo, sobre la persona en huelga de hambre, a fin de que suspenda la huelga. El tratamiento o la atención a la persona en huelga de hambre no debe estar condicionada a la suspensión de su huelga de hambre.
- 2.4 La persona en huelga de hambre debe ser informada profesionalmente por el médico de las consecuencias clínicas de la huelga de hambre y sobre cualquier peligro específico de su caso particular. Sólo se puede tomar una decisión informada en base a una comunicación clara. Si es necesario se debe hacer uso de un intérprete.
- 2.5 Si la persona en huelga de hambre desea tener una segunda opinión médica, se le debe permitir. Si la persona en huelga de

hambre prefiere que el tratamiento lo continúe el segundo médico, se le debe permitir. En el caso de que la persona en huelga de hambre sea un preso, esto se debe permitir bajo arreglos y consultas con el médico de la cárcel.

- 2.6 El tratamiento de infecciones o el aconsejar al paciente que aumente los líquidos que toma en forma oral (o que acepte soluciones salinas intravenosas), a menudo es aceptable para una persona en huelga de hambre. El rechazo a aceptar dicha intervención no debe perjudicar ningún otro aspecto de la atención médica del paciente. Cualquier tratamiento aplicado al paciente debe ser con su aprobación.

3. **Instrucciones claras**

El médico debe asegurarse a diario si el paciente desea o no continuar con su huelga de hambre. El médico también debe asegurarse a diario de conocer los deseos del paciente en relación al tratamiento, en caso de que éste no pueda tomar una decisión informada. Esta información debe incluirse en los archivos médicos personales del médico y mantenerse confidencial.

4. **Alimentación artificial**

Cuando la persona en huelga de hambre entra en un estado de confusión y por lo tanto no puede tomar una decisión lúcida, o cuando entra en coma, el médico debe tener la libertad de tomar una decisión por su paciente sobre el tratamiento que considera que es el mejor para ese paciente, teniendo siempre en cuenta la decisión que tomó durante la atención precedente del paciente, durante su huelga de hambre, y reafirmando el punto 4 de la introducción de la presente declaración.

5. **Coerción**

Se debe proteger a las personas en huelga de hambre de la participación coercitiva. Esto puede significar separar a la persona de sus compañeros huelguistas.

6. **Familia**

El médico tiene la responsabilidad de informar a la familia del paciente que éste ha iniciado una huelga de hambre, a menos que lo haya prohibido específicamente el paciente.



DECLARACIÓN DE HAMBURGO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
APOYO A LOS MÉDICOS QUE SE NIEGAN A PARTICIPAR O A TOLERAR LA
TORTURA U OTRAS FORMAS DE TRATO CRUEL, INHUMANO O DEGRADANTE

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

17.FFFF

Introducción

1. Basados en varias declaraciones y normas éticas internacionales suscritas por la profesión médica, los médicos en el mundo tienen prohibido apoyar, tolerar o participar en la práctica de la tortura u otras formas de tratos crueles, inhumanos o degradantes, por ninguna razón.
2. Entre estas declaraciones las principales son el *Código Internacional de Ética Médica*, la *Declaración de Ginebra*, la *Declaración de Tokio* y la *Resolución sobre la Participación del Médico en la Pena de Muerte* de la Asociación Médica Mundial; la *Declaración de Madrid* del Comité Permanente de Médicos de Europa; la *Resolución sobre la Participación del Médico en la Pena de Muerte* Nórdica; y la *Declaración de Hawai* de la Asociación Psiquiátrica Mundial.
3. Sin embargo, ninguna de estas declaraciones trata explícitamente el problema del tipo de protección que se debe brindar a los médicos si están bajo presión, se les pide u ordena participar en tortura u otras formas de tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes. Estas declaraciones tampoco expresan explícitamente apoyo o la obligación de proteger a los médicos que enfrentan o conocen dichas prácticas.

Resolución

4. La Asociación Médica Mundial (AMM) por la presente reitera y reafirma la responsabilidad de la profesión médica organizada:
 - i) A instar a los médicos a cumplir su compromiso como médico para servir a la humanidad y resistir a cualquier presión para actuar contra los principios éticos que guían su dedicación a esta tarea.
 - ii) A apoyar a los médicos que tengan dificultades como resultado de su resistencia a cualquier presión o como resultado de sus

intentos de dar a conocer sus opiniones, o actuar contra dichas prácticas inhumanas.

- iii) A extender su apoyo y a instar a otras organizaciones internacionales, como también a las asociaciones nacionales miembros (ANMs) de la Asociación Médica Mundial, para apoyar a los médicos que tengan dificultades como resultado de sus intentos de actuar conforme a los más altos principios éticos de la profesión.
5. Además, en consideración del continuo empleo de dichas prácticas inhumanas en muchos países del mundo y de los documentados incidentes de presión sobre los médicos para contravenir los principios éticos suscritos por la profesión, la AMM estima que es necesario:
- i) Protestar a nivel internacional contra toda participación de médicos en torturas u otras formas de tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes.
 - ii) Apoyar y proteger, y solicitar a sus ANMs que apoyen y protejan a los médicos que resisten la participación en dichas prácticas inhumanas, o que trabajan para tratar o rehabilitar a sus víctimas, como también para asegurar el derecho de mantener los más altos principios éticos, incluido el secreto médico.
 - iii) Publicar información y apoyar a los médicos que den evidencia de tortura y dar a conocer casos probados de intento de involucrar a médicos en dichas prácticas.
 - iv) Instar a las asociaciones médicas nacionales a pedir a las correspondientes autoridades académicas que en todas las escuelas de medicina y hospitales se eduque y se investigue sobre los efectos de la tortura y su tratamiento, la rehabilitación de los sobrevivientes, el modo de documentar los efectos de la tortura y la protección profesional descrita en esta Declaración.



DECLARACIÓN DE SAO PAULO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre LA CONTAMINACIÓN

Adoptada por la 30ª Asamblea Médica Mundial
Sao Paulo, Brasil, octubre 1976
y enmendada por la 36ª Asamblea Médica Mundial
Singapur, octubre 1984

17.G

Introducción

La Asociación Médica Mundial, después de haber considerado el problema de la contaminación en su Conferencia Científica, en Sao Paulo en 1976, hace notar la importancia del equilibrio ecológico entre la población y su medio, y recalca el hecho de que conforme los países experimentan un desarrollo social y económico, deben tomar las medidas para mejorar la calidad de su ambiente.

El problema de la contaminación afecta no sólo la vida y belleza del medio ambiente, sino que constituye también una creciente amenaza para la salud misma de los seres humanos que lo ocupan. Es así como los médicos deben tener un rol importante en la prevención de enfermedades causadas por la contaminación.

Definición

La contaminación ambiental puede definirse como el resultado de las acciones que la gente realiza, ya sea conscientemente o por descuido o ignorancia, que degradan o contaminan el medio natural. Por ejemplo, el botar en forma indiscriminada desechos químicos puede producir una contaminación irreparable de fuentes preciosas de agua, elemento esencial para la vida humana.

Ciertos factores físicos adversos, la radiación iónica y sustancias químicas tales como el cromo, asbestos y las del tabaco, están relacionadas con el cáncer, con otras enfermedades fatales o que causan invalidez, incluidos defectos de nacimiento y de desarrollo en los descendientes de las personas expuestas a la contaminación. El control del riesgo de exposición a dichos factores tendría un efecto benéfico sobre la salud y sobrevivencia de la gente. Por consiguiente, se debe dar máxima prioridad a la eliminación de factores físicos adversos en el hogar, el colegio, el trabajo y en otros lugares.

Los agentes químicos y microbiológicos pueden afectar adversa e intensamente la salud de los trabajadores y del público en general. Los agentes microbiológicos pueden causar enfermedades contagiosas, como

lo constatan los registros de hace décadas. Las materias químicas pueden causar dolencias no contagiosas. Las personas que trabajan en la producción y distribución de alimentos tienen la responsabilidad de minimizar el contacto de los consumidores, no sólo con los agentes microbiológicos, sino también con los productos químicos agrícolas que se utilizan para aumentar la cosecha y los aditivos inseguros que pueden usarse para preservar los alimentos.

Componentes del problema

Entre los elementos que contribuyen al problema de la contaminación se pueden mencionar:

- Contaminación del aire a causa de óxidos de nitrógeno, oxidantes fotoquímicos, hidrocarburos, dióxido sulfuroso, plomo y ciertas partículas en el aire ambiental. Tales sustancias pueden causar efectos patofisiológicos adversos en los niños y adultos, y pueden dañar las plantas y la propiedad.
- Contaminación del agua, debida a descarga de desechos humanos tratados indebidamente y desechos industriales y agrícolas en las reservas de agua. Estas descargas contaminan el agua potable con virus, bacterias y otros microorganismos infecciosos, sustancias químicas orgánicas e inorgánicas y sustancias radioactivas. La contaminación del agua provoca también la disminución de oportunidades recreacionales y de los recursos de la pesca comercial.
- Desechos sólidos que atraen roedores e insectos a los basurales, descomponen el aire y el agua, y pueden depositar materias tóxicas en el ambiente.
- Niveles excesivamente altos de sonidos producidos por instalaciones industriales, sistemas de transporte, sistemas de audio y otros medios, pueden llevar a una pérdida permanente de la audición, a otros efectos patofisiológicos y a perturbaciones emocionales.

Responsabilidad de los médicos

Los médicos tienen la responsabilidad de educar al público y de estimular la creación y el mantenimiento de programas de protección ambiental para sus comunidades.

Recomendación

Los médicos como individuos y las asociaciones médicas nacionales deben tomar las medidas necesarias para que se cumpla con las responsabilidades antes mencionadas.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la CONTAMINACIÓN ACÚSTICA

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

17.G/1

Introducción

La Declaración de la AMM sobre Contaminación, adoptada en Sao Paulo en 1976 y revisada en Singapur en 1984, tiene sólo un párrafo sobre la contaminación acústica: «Niveles excesivamente altos de sonidos producidos por instalaciones industriales, sistemas de transporte, sistemas de audio y otros medios, pueden producir una pérdida permanente de la audición, otros efectos patofisiológicos y problemas emocionales».

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que menciona el ruido como la primera molestia ambiental en los países industrializados, creó en 1990 el programa «Inter Salud», que tiene por objetivo advertir a todos los países sobre las enfermedades relacionadas al estilo de vida y exhortarlos a tomar medidas urgentes contra estas enfermedades no transmisibles producidas por el hombre.

Las consecuencias generales y calculables que puede tener el ruido intenso en el ser humano son múltiples y afectan los sistemas vegetativo y neuroendócrino.

Sin embargo, estos efectos fisiológicos son menos importantes que las consecuencias del ruido (difíciles de medir) en el campo psicológico, donde el daño es menos aparente.

Si es cierto que el ruido irritante es cada vez más un agente contaminante de nuestro ambiente, afortunadamente la tecnología moderna, una de las principales causas del problema, cuenta con los medios de disminuir su producción, propagación y consecuencia en el hombre.

Recomendaciones

La Asociación Médica Mundial, de acuerdo con sus objetivos médico-sociales, llama la atención sobre la importante función que tienen la información y la prevención con relación al daño producido por niveles de ruido intensivos.

La Asociación Médica Mundial recomienda la adopción de una estrategia global y exhorta a las asociaciones médicas nacionales a:

1. Informar al público en general, en especial a los responsables de riesgo de contaminación y a las víctimas potenciales.
2. Incitar a las empresas y fabricantes de maquinarias a instalar material fónico de aislamiento donde sea necesario a fin de asegurar una efectiva protección colectiva del personal.
3. Convencer a los empleados de usar aparatos de protección individual contra los ruidos fuertes.
4. Informar a los jóvenes sobre los riesgos del culto al ruido (droga acústica), motocicletas, equipos musicales, conciertos de rock, discotecas, walkman, etcétera.
5. Pedir regulaciones legales adecuadas contra los niveles de sonido intensivos en lugares públicos, de vacaciones, hogares de convalecencia y autopistas (muros aislantes).
6. Respaldar las sanciones legales y observar la eficacia de las medidas de control.
7. Convencer a todas las autoridades educacionales de incluir enseñanza en todos los niveles del colegio sobre la prevención y eliminación de la contaminación acústica.



DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
DERECHOS DEL PACIENTE

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial
Lisboa, Portugal, setiembre/octubre 1981
y enmendada por la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

17.H

Introducción

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

En el contexto de la investigación biomédica sobre seres humanos, inclusive la investigación biomédica no terapéutica, la persona está habilitada para exigir los mismos derechos y consideraciones que todo paciente en una situación terapéutica normal.

Principios

1. Derecho a la atención médica de buena calidad

- a) Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- b) Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- c) El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.

- d) La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- e) En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- f) El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

2. Derecho a la libertad de elección

- a) El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- b) El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

3. Derecho a la autodeterminación

- a) El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- b) El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.
- c) El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

4. El paciente inconsciente

- a) Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad,

se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente.

- b) Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.
- c) Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

5. El paciente legalmente incapacitado

- a) Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- b) Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.
- c) Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

6. Procedimiento contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. Derecho a la información

- a) El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.

- b) Excepcionalmente se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- c) La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.
- d) El paciente tiene derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- e) El paciente tiene derecho de elegir quien, si alguno, debe ser informado en su lugar.

8. **Derecho al secreto**

- a) Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- b) La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de «necesidad de conocer», a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- c) Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

9. **Derecho a la educación sobre la salud**

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

10. Derecho a la dignidad

- a) La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetados en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- b) El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento según los conocimientos actuales.
- c) El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

11. Derecho a la asistencia religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre las
NORMAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MEDICINA DEPORTIVA

Adoptada por la 34^a Asamblea Médica Mundial
Lisboa, Portugal, setiembre/octubre 1981
y enmendada por la 39^a Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987
y la 45^a Asamblea Médica Mundial
Budapest, Hungría, octubre 1993

17.I

A fin de satisfacer las necesidades de los deportistas o atletas y las circunstancias especiales en las que se debe prestar atención médica y consejos de salud, la AMM ha preparado y recomienda las siguientes normas éticas para los médicos.

En consecuencia:

1. El médico que atiende a deportistas o atletas tiene la responsabilidad ética de tomar en cuenta los esfuerzos especiales, tanto físicos como mentales, que se les exige durante sus participaciones en actividades deportivas.
2. Cuando el participante en competiciones deportivas es un niño o un adolescente, el médico debe prestar una atención primordial a su crecimiento y a su etapa de desarrollo.
 - 2.1 El médico debe asegurarse de que el estado de crecimiento y de desarrollo del niño, así como su condición general de salud, puedan resistir los rigores del entrenamiento y de la competición, sin poner en peligro el desarrollo normal físico y mental del niño o del adolescente.
 - 2.2 El médico debe oponerse a toda actividad deportiva o atlética que no sea apropiada para el crecimiento o desarrollo del niño o para su estado general de salud. El médico debe actuar en beneficio de la salud del niño o del adolescente, sin considerar ningún otro interés o presión de cualquier otra fuente.
3. Cuando se trata de un deportista o atleta profesional que gana su vida gracias a esta actividad, el médico debe prestar especial atención a las directrices de la medicina del trabajo.
4. El médico debe oponerse al uso de todo método que sea contrario a la ética profesional o que pueda ser dañino para el deportista o

atleta que lo utilice, especialmente:

- 4.1 procedimientos que modifican artificialmente los componentes de la sangre o la bioquímica;
 - 4.2 el uso de drogas u otras sustancias, cualquiera sea su índole o vía de administración, inclusive sustancias que estimulan y deprimen el sistema nervioso central y procedimientos que modifican artificialmente los reflejos;
 - 4.3 alteración artificial de la voluntad o del estado mental general;
 - 4.4. procedimientos tendientes a ocultar el dolor u otros síntomas de autoprotección utilizados para permitir al deportista o atleta participar en pruebas, cuando hay lesiones o síntomas que no aconsejan su participación;
 - 4.5 modificación artificial de las características propias a la edad y al sexo;
 - 4.6 entrenamiento y participación en pruebas incompatibles con el mantenimiento de las aptitudes, salud y seguridad del individuo;
 - 4.7 medidas destinadas a aumentar o mantener artificialmente el rendimiento durante las pruebas. El dopaje para mejorar la capacidad del atleta no es ético.
5. El médico debe informar al deportista o atleta, a sus responsables y a otras personas interesadas sobre las consecuencias de los procedimientos a que él se opone; debe velar porque no sean utilizados, apoyar los esfuerzos de otros médicos y de otras organizaciones que comparten el mismo objetivo, proteger al deportista o atleta contra toda presión que pudiera incitarlo a usar estos métodos y ayudar en la vigilancia contra estos procedimientos.
 6. El médico de deportistas tiene el deber de dar objetivamente su opinión sobre la aptitud o la inaptitud del deportista o atleta de una manera clara y precisa, sin dejar ninguna duda en cuanto a sus conclusiones.
 7. En competencias deportivas o eventos deportivos profesionales, el médico tiene el deber de decidir si el deportista debe quedarse sin participar o si puede continuar. Esta decisión no puede ser delegada a otros profesionales o a otras personas que, en ausencia del médico, deben seguir estrictamente sus instrucciones dando siempre prioridad a la salud y seguridad del deportista o atleta y no a los resultados de la prueba.
 8. A fin de cumplir con sus deberes éticos, el médico de deportistas debe contar con el reconocimiento absoluto e indiscutible de su autoridad, especialmente en lo que se refiere a la salud, la seguri-

dad y los intereses legítimos del deportista o atleta, ninguno de los cuales pueden ser perjudicados en beneficio de intereses de terceros, cualesquiera sean.

9. El médico de deportistas debe facilitar al médico personal del deportista o atleta toda información útil a su tratamiento. Si es necesario, debe colaborar con él a fin de evitar que el deportista o atleta haga esfuerzos dañinos para su salud o utilice, para mejorar su rendimiento, medios que puedan perjudicarlo.
10. En la medicina deportiva, al igual que en todas las otras especialidades de la medicina, se debe respetar el secreto profesional a fin de preservar el carácter confidencial de las atenciones prestadas al deportista o atleta, así como su intimidad, especialmente para los deportistas profesionales.
11. El médico de deportistas evitará contratos que le obligan a utilizar métodos terapéuticos especiales única y exclusivamente para un deportista o un atleta, o para un grupo de estos.
12. Es deseable que a los médicos extranjeros que acompañan una delegación deportiva a otro país, se les autorice a ejercer sus funciones específicas.
13. La presencia activa de un médico de deportistas es deseable cuando se elaboran los reglamentos deportivos.



**DECLARACIÓN DE VENEZIA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
ENFERMEDAD TERMINAL**

Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

17.J

1. El deber del médico es curar y cuando sea posible aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes.
2. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de enfermedad incurable o de malformación.
3. Este principio no excluye la aplicación de las siguientes reglas:
 - 3.1 El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente que padece de una enfermedad terminal, al interrumpir el tratamiento con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata, en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no libera al médico de su obligación de ayudar al moribundo y darle los medicamentos necesarios para aliviar la fase final de su enfermedad.
 - 3.2 El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.
 - 3.3 Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con la legislación del país o en virtud del consentimiento formal, otorgado por la persona responsable y siempre que la certificación de la muerte o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos de éste deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor y del receptor mismo.



RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
EL BOXEO

Adoptadas por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

17.K

El boxeo es un deporte peligroso. A diferencia de otros deportes, la intención básica del boxeo es producir daño corporal al oponente. El boxeo puede ocasionar la muerte y produce una incidencia alarmante de lesión cerebral crónica. Por esta razón, la Asociación Médica Mundial recomienda que el boxeo sea prohibido.

Hasta que se logre este objetivo, se deben aplicar al boxeo las siguientes recomendaciones:

1. Solicitar a las asociaciones médicas nacionales que establezcan en sus países un «Registro Nacional de Boxeadores» que comprenda a todos los boxeadores profesionales y aficionados, incluidos los oponentes en entrenamientos de combate. Las funciones propuestas para este registro serían llevar una relación de los resultados de todos los encuentros autorizados, incluidos los knockouts técnicos, knockouts y otras lesiones producidas por el boxeo, y reunir datos sobre los triunfos y derrotas de cada boxeador, así como de las lesiones que puedan haber recibido.
2. Pedir a las asociaciones médicas nacionales que preparen y realicen conferencias con miembros interesados de la profesión médica, representantes médicos de diversas comisiones de boxeo profesional y aficionado para revisar los requisitos para el examen físico de los boxeadores, a fin de determinar otras medidas médicas necesarias para prevenir lesiones cerebrales en este deporte y para establecer criterios científicos para la suspensión de un encuentro por razones médicas.
3. Recomendar a todas las autoridades del boxeo que se autorice a todo médico de turno en el cuadrilátero a detener cualquier encuentro, en cualquier momento, a efecto de examinar a un boxeador y, cuando sea necesario, terminar una pelea que en su opinión pueda resultar en lesiones graves para cualquiera de los dos contrincantes.
4. Instar a las autoridades del boxeo a que organicen seminarios frecuentes de formación médica para todo el personal del cuadrilátero.

5. Exhortar a las autoridades del boxeo a que no se permita ningún encuentro aficionado o profesional, a menos que:
 - a) se realice en un área que disponga de equipamiento neuroquirúrgico adecuado y disponible de inmediato para aplicar un tratamiento especializado de emergencia a un boxeador lesionado;
 - b) se tenga disponible al lado del cuadrilátero un reanimador portátil con equipo de oxígeno y tubos endotraqueales apropiados, y
 - c) esté listo un plan adecuado de evacuación para trasladar al hospital a un boxeador gravemente lesionado.
6. Informar a las autoridades del boxeo que las competencias de boxeo no supervisadas entre boxeadores sin licencia, son extremadamente peligrosas y pueden ocasionar lesiones graves o la muerte de los contrincantes y, por lo tanto, deben ser prohibidas.
7. Instar a todas las autoridades del boxeo a que exijan el uso de equipo de seguridad, como esteras protectoras plásticas y esquineros acolchonados, y que fomenten el continuo perfeccionamiento del equipo de seguridad.
8. Instar a las autoridades del boxeo a que extiendan todas estas medidas de seguridad a los oponentes en entrenamientos de combate.
9. Instar a todas las autoridades del boxeo a que mejoren, regularicen y hagan cumplir estrictamente el control médico de los boxeadores.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
DERECHOS HUMANOS Y LA LIBERTAD INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS

Adoptada por la 37ª Asamblea Médica Mundial
Bruselas, Bélgica, octubre 1985

17.L

La Asociación Médica Mundial favorece la igualdad de oportunidades en todas las actividades médicas, la formación y capacitación médica, empleo y todos los otros aspectos del ejercicio médico profesional, sin consideraciones de raza, color, religión, credo, afiliación étnica, origen nacional, sexo, edad o afiliación política.

La Asociación Médica Mundial se opone rotundamente a que a un médico debidamente titulado se le nieguen los privilegios y obligaciones como socio de una asociación médica nacional, a causa de la raza, color, religión, credo, afiliación étnica, origen nacional, sexo, edad o afiliación política.

La Asociación Médica Mundial exhorta a la profesión médica y a cada miembro de las asociaciones médicas nacionales, a hacer todo lo posible por acabar con cualquier situación que niegue los derechos, privilegios o responsabilidades.

Por lo tanto, resuelve que la 37ª Asamblea Médica Mundial en Bruselas, Bélgica, octubre 1985, reafirme su adhesión a estos principios.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
COMERCIO DE ÓRGANOS VIVOS

Adoptada por la 37ª Asamblea Médica Mundial
Bruselas, Bélgica, octubre 1985

17.M

Se ha considerado debidamente el hecho de que recientemente se ha originado un comercio que aporta considerables beneficios económicos, que consiste en transportar riñones vivos desde países subdesarrollados para trasplantes en Europa y en Estados Unidos.

La Asociación Médica Mundial condena la compra y venta de órganos vivos para trasplantes.

La Asociación Médica Mundial exhorta a los gobiernos de todos los países a que tomen medidas efectivas, a fin de impedir el uso comercial de órganos humanos.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
LA FECUNDACIÓN IN VITRO Y EL TRASPLANTE DE EMBRIONES

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987

17.N

La fecundación in vitro y el trasplante de embriones constituyen una técnica médica que se utiliza en muchas partes del mundo para tratar la esterilidad. Puede beneficiar tanto a los pacientes individuales como a la sociedad en general, no sólo porque corrige la esterilidad, sino también porque ofrece la posibilidad de evitar los defectos genéticos y de intensificar la investigación básica sobre la reproducción y anticoncepción humanas.

La Asociación Médica Mundial insta a los médicos a actuar conforme a la ética y con el debido respeto por la salud de la futura madre y por el embrión desde el comienzo de la vida. Con el fin de ayudar a los médicos a identificar y cumplir sus obligaciones éticas, la AMM ha promulgado esta Declaración.

La asistencia médica en materia de reproducción humana se justifica, desde un punto de vista ético y científico, en los casos de esterilidad que no responden al tratamiento farmacológico o quirúrgico, especialmente en casos de:

- a) incompatibilidad inmunológica;
- b) obstáculos irreversibles al contacto entre gametos masculinos y femeninos;
- c) esterilidad por causas desconocidas.

En todos estos casos, el médico sólo puede actuar con el pleno consentimiento informado de los donantes y los receptores, y debe siempre actuar en interés superior de la criatura que nacerá por este procedimiento.

El médico tiene la responsabilidad de entregar a sus pacientes, de manera comprensible para ellos, suficiente información sobre el propósito, riesgos, inconvenientes y desilusiones inherentes al procedimiento, y debe obtener de ellos su consentimiento informado sobre el citado procedimiento. Tal como sucede en cualquier tipo de procedimiento electivo, el médico debe poseer la formación especializada adecuada antes de asumir la responsabilidad de aplicarlo. El médico debe actuar siempre conforme a las leyes y reglamentos vigentes, así como a las

normas éticas y profesionales establecidas por su asociación médica nacional y por otros organismos médicos competentes de la comunidad. A la vez, los pacientes tienen derecho al mismo respeto del secreto profesional y de la vida privada que se requiere para cualquier otro tratamiento médico.

Cuando las técnicas de FIV producen un exceso de óvulos que no van a ser utilizados para el tratamiento inmediato de la esterilidad, su uso debe determinarse de acuerdo con los donantes. Los óvulos en exceso pueden ser:

- a) destruidos;
- b) crioconservados;
- c) fecundados y crioconservados.

El conocimiento científico de los procesos de maduración, fecundación, así como de las primeras etapas de desarrollo pluricelular está todavía en sus comienzos. Por ello, conviene continuar el estudio y la experimentación de los fenómenos físicos y químicos en este campo, respetando estrictamente los principios de la Declaración de Helsinki y con el acuerdo escrito de los donantes.

Investigación

La técnica de la fecundación in vitro y del trasplante de embriones puede igualmente ser de utilidad en el campo de la investigación, cuyo fin es tener una mejor comprensión de cómo se originan y se transmiten los defectos genéticos y cómo se les puede evitar o tratar. Tanto para el médico como para el paciente pueden surgir profundas implicaciones morales y éticas. El médico no puede violar sus propios principios morales y debe ser sensible a los principios éticos y morales de sus pacientes, y respetarlos. El médico tiene el deber importante de hablar con entera franqueza con los pacientes que van a participar en la investigación y el consentimiento informado de dichos pacientes no sólo debe limitarse a lo que exige la ley, sino también debe estar a la altura del nivel especial de responsabilidad profesional establecido por las normas éticas. Los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial se aplicarán a toda investigación clínica en materia de fecundación in vitro y de trasplante de embriones, así como también a todos los problemas que puedan surgir de dicha investigación clínica.

La Asociación Médica Mundial recomienda a los médicos abstenerse de intervenir en los procesos de reproducción que permitan elegir el sexo del feto, a menos que sea para evitar la transmisión de enfermedades graves relacionadas con el sexo.

Donación

La técnica de fecundación in vitro y el trasplante de embriones posibilita la donación de óvulos, semen y embriones, de manera que los donantes biológicos pueden no ser los padres de la criatura producto de este procedimiento. Esta utilización de los gametos o embriones donados puede plantear serios problemas jurídicos, morales y éticos, tanto para los pacientes como para los médicos dedicados a tales procedimientos de fecundación in vitro y trasplante de embriones. El médico debe respetar todas las leyes vigentes y todas las normas de ética impuestas por la Asociación Médica Mundial u otros organismos médicos pertinentes. El médico también debe tomar en cuenta y respetar los principios morales y éticos de sus pacientes, y abstenerse de utilizar los gametos o embriones donados cuando ello pueda entrar en conflicto con las normas legales o éticas, o con los principios morales de los pacientes. El médico tiene el derecho de rehusar cualquier intervención que considere inaceptable.

La técnica de crioconservación aumenta la disponibilidad de gametos y embriones para donación. Cuando esté permitido, si uno o más donantes de gametos, o los donantes de un embrión no asumen las funciones de padres de la futura criatura, el médico debe asegurarse de que los receptores acepten plena responsabilidad sobre la criatura que nacerá, y que los donantes renuncien a todos los derechos o reivindicaciones sobre la futura criatura, sin perjuicio de los derechos de ésta después de nacer.

En el caso de una mujer adulta que no tiene útero, el recurso al método de maternidad sustituta es posible mientras este método no esté prohibido por las leyes vigentes o las normas éticas de la asociación médica nacional, o de otros organismos médicos apropiados. Se debe obtener el consentimiento libre y claro de las partes que participan de cualquier forma de este método de maternidad sustituta. El uso de este método presenta repercusiones legales, éticas y morales, y el médico debe conocerlas y tenerlas en cuenta en toda decisión de recurrir a dicho método.

El párrafo anterior no pretende apoyar el llamado acuerdo de los padres sustitutos, mediante el cual una mujer acepta, por una determinada cantidad de dinero, ser inseminada artificialmente con el semen de un hombre con el fin de concebir una criatura que será adoptada por tal hombre y su esposa.

Toda comercialización de óvulos, semen o embriones en compra o venta es expresamente condenada por la Asociación Médica Mundial.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
ASPECTOS ÉTICOS DE LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EMBRIONES

Adoptada por la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

17.N/3

Introducción

La aplicación de técnicas de reproducción asistida (RA) tiene como resultado un gran aumento de los embarazos múltiples con muchos embriones.

Reconocemos que en los embarazos de más de tres fetos, los problemas de mortalidad fetal y retardo en el desarrollo, relacionados con enfermedad cerebral, se presentan en más de 50% de los casos. Debemos reconocer también los efectos altamente dañinos en la salud física de la madre y las posibles repercusiones psicológicas para ambos padres.

En lo que respecta a las técnicas de fecundación in vitro, es deseable implantar de preferencia dos y no más de tres embriones a la vez.

En caso de estimulación médica de la ovulación, sin recurrir a las técnicas de FIV, existe a veces el riesgo de un embarazo múltiple con muchos embriones y se debe hacer todo lo posible para disminuir este riesgo, al observar cuidadosamente el tratamiento, inclusive con ultrasonido y hormonas.

En algunos casos, se puede indicar la reducción del número de ovocitos y se debe recomendar por supuesto cuando es médica y técnicamente posible.

Si se da un embarazo con más de tres fetos, a pesar las precauciones adoptadas y mencionadas anteriormente, el pronóstico para los fetos es tan desfavorable, que para permitir o mejorar la sobrevivencia de los embriones restantes podría considerarse los abortos selectivos de embriones. Esta posibilidad se debe incluir en la información que se entregue antes del tratamiento.

Sin embargo, debido al riesgo de complicaciones y a que en realidad se trata de la eliminación de un ser humano en potencia, el médico debe tratar de evitar este tipo de procedimiento simplemente por complacer las exigencias de los padres, que prefieren, por ejemplo, tener un solo niño por embarazo, en lugar de dos.

Recomendaciones

La Asociación Médica Mundial recomienda:

1. Que cuando sea posible, los médicos tomen las medidas previstas para evitar los embarazos múltiples.
2. Que los padres sean informados claramente sobre las razones para la reducción del número de embriones y de los posibles riesgos que implica, y que los procedimientos no se hagan sin sus consentimientos.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
INDEPENDENCIA Y LIBERTAD PROFESIONAL DEL MÉDICO

Adoptada por la 38ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, Estados Unidos, octubre 1986

17.O

La Asociación Médica Mundial, consciente de la importancia que tiene la independencia y libertad profesional del médico, adopta la siguiente declaración de principios:

Los médicos deben reconocer y apoyar los derechos de sus pacientes, tal como están definidos en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (1981).

Los médicos deben gozar de una libertad profesional que les permita atender a sus pacientes sin interferencias. El privilegio del médico de usar su juicio y discreción profesional para tomar las decisiones clínicas y éticas necesarias para la atención y tratamiento de sus pacientes debe ser mantenido y defendido.

Los médicos deben tener independencia profesional para representar y defender las necesidades de sus pacientes en materia de salud contra todos los que nieguen o limiten la atención que ellos necesitan.

Dentro del marco de su ejercicio profesional y de atención de sus pacientes, no debe esperarse que el médico siga las prioridades que el gobierno o la sociedad han impuesto sobre la distribución de recursos médicos insuficientes. Hacer tal cosa sería crear un conflicto de intereses con la obligación que el médico tiene hacia sus pacientes y destruiría su independencia profesional en la cual ellos confían.

Si bien los médicos deben estar conscientes del costo de la atención médica y deben participar activamente en el control de gastos médicos, es su obligación primordial representar los intereses de sus enfermos y heridos contra las demandas de la sociedad en materia de control de gastos que podrían poner en peligro no sólo la salud, sino la vida de sus pacientes.

Al garantizar la independencia y la libertad profesional para que el médico ejerza la medicina, la comunidad asegura la mejor atención médica para sus ciudadanos, lo cual, a su vez, contribuye a una sociedad fuerte y segura.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
DEFENSA Y SECRETO DEL PACIENTE

Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial
Budapest, Hungría, octubre 1993

17.00

Los médicos tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los intereses de sus pacientes en todo momento.

Si el médico descubre una situación que pueda afectar la salud del paciente es su deber informar a las autoridades, de modo que se tomen las medidas necesarias para remediar dicha situación.

Si las autoridades responsables se niegan a tomar medidas, ellas deben dar a conocer las razones de su decisión al médico que informó de la situación. Si no dan razones o si éstas no son convincentes, el médico en cuestión tiene el deber de tomar otras medidas.

Dichas medidas pueden entrar en conflicto con ciertas cláusulas confidenciales en el contrato del médico, lo que crea en consecuencia dilemas sociales, laborales y éticos para el médico.

Cuando el presupuesto para la atención médica es limitado, las medidas presupuestarias restrictivas crean el conflicto entre el médico y las autoridades que las aplican a los servicios de atención médica apropiados y necesarios.

Los administradores del servicio de salud son responsables de poner en práctica las políticas de gobierno y se les puede pedir que tomen decisiones con las cuales los médicos pueden estar en desacuerdo. Los que se oponen a las políticas de gobierno sobre atención médica y su puesta en práctica por los administradores, deben dirigir sus críticas a los que toman las decisiones de políticas o medidas de puesta en práctica, que se considera que no son satisfactorias.

Se deben establecer mecanismos aceptables mutuamente, a través de los cuales los médicos puedan expresar sus preocupaciones por los pacientes o por la salud pública, sin violar las cláusulas de un contrato.

Estos mecanismos deben formar parte de los contratos de los médicos. Estos deben reconocer que las obligaciones éticas del médico pasan por encima de las obligaciones contractuales relacionadas con el empleo.

Se pueden presentar dificultades específicas cuando los médicos sospechan que se toman decisiones administrativas por razones infundadas, como religiosas, raciales o de prejuicio sexual, o por ganancias

económicas. También cuando se realiza una investigación clínica sin la consideración y supervisión éticas apropiadas.

Cuando se produce dicha situación, los comentarios adversos de los médicos pueden parecer difamatorios en algunas jurisdicciones y de hecho puede ser así. Los médicos deben dirigir sus preocupaciones específicas sobre estos asuntos a un foro profesional adecuado, como el organismo de la jurisdicción donde están inscritos.



DECLARACIÓN DE HAWAI DE 1977

La Asamblea General de la World Psychiatric Association ha propuesto las siguientes guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo.

1. El objetivo de la psiquiatría consiste en promover la salud, así como el desarrollo y la autonomía personal. De acuerdo con lo mejor de su capacidad, así como con los principios científicos y éticos aceptados, el psiquiatra servirá los intereses del paciente, y también se ocupará por el bien común y la distribución justa de los recursos sanitarios. Para cumplir esos objetivos, se necesita una investigación incesante y una educación continuada del personal sanitario, los pacientes y el público general.
2. A todo paciente debe ofrecérsele la mejor terapéutica disponible, y tratarlo con la solicitud y respeto debidos a la dignidad de cualquier ser humano, respetando su autonomía sobre su vida y su salud. El psiquiatra es responsable del tratamiento administrado por los miembros de su equipo, a los que proporcionará formación y supervisión cualificada. Siempre que sea necesario, o el paciente lo solicite sobre bases razonables, el psiquiatra debe pedir la ayuda o la opinión de un colega más experimentado.
3. La relación terapéutica entre paciente y psiquiatra se funda en el mutuo acuerdo. Este requiere confianza, secreto profesional, franqueza, cooperación y responsabilidad mutua. Tal tipo de relación no puede establecerse con algunos pacientes gravemente enfermos. En ese caso, como en el del tratamiento de los niños, debe tomarse contacto con una persona cercana al paciente y aceptable para él. Siempre que se establezca una relación para fines distintos del terapéutico, por ejemplo en psiquiatría forense, debe explicarse concienzudamente su naturaleza a la persona involucrada.
4. El psiquiatra debe informar al paciente de la naturaleza de su afección, del diagnóstico propuesto y de los procedimientos terapéuticos, incluyendo las posibles alternativas. Esta información debe ofrecerse de forma considerada, y dando al paciente oportunidad de elegir entre los métodos apropiados disponibles.
5. No debe realizarse ningún proceder ni administrarse ningún tratamiento contra el deseo del paciente o independientemente de él, a menos que el sujeto carezca de capacidad para expresar sus propios

deseos, que debido a la enfermedad psiquiátrica no pueda ver lo que más le interesa, o que, por la misma razón, constituya una amenaza importante para otras personas. En estos casos, puede o debe administrarse tratamiento obligado, siempre que se haga en interés del paciente, pueda presumirse un consentimiento informado retroactivo, al cabo de un período razonable, y, si es posible, se obtenga el consentimiento de alguna persona cercana al paciente.

6. Tan pronto como no tengan aplicación las condiciones expresadas más arriba para el tratamiento obligado, el paciente debe ser dado de alta, a menos que voluntariamente consienta en continuar el tratamiento. En estos casos de tratamiento o detención obligados, debe existir una institución neutral e independiente que regule la situación. Todo paciente debe ser informado de la existencia de tal institución, y se le permitirá que apele a ella, personalmente o por medio de un representante, sin interferencia por parte del personal hospitalario ni de ninguna otra persona.
7. El psiquiatra nunca debe usar las posibilidades de la profesión para maltratar a individuos o grupos, y nunca debe permitir que sus prejuicios, sentimientos o deseos interfieran con el tratamiento. El psiquiatra no debe participar en el tratamiento psiquiátrico obligado de personas sin enfermedad psiquiátrica. Si el paciente o alguna otra persona solicita acciones contrarias a los principios éticos o científicos, el psiquiatra debe negarse a cooperar. Cuando, por cualquier razón, no pueda actuarse conforme a los deseos o el interés del paciente, se le debe informar.
8. Todo lo que el paciente diga al psiquiatra, y lo que éste haya anotado durante el examen o el tratamiento, debe considerarse confidencial, a menos que el paciente libere al psiquiatra del secreto profesional, o razones vitales de interés común o para un beneficio superior del propio paciente hagan imperativo el descubrirlo. Sin embargo, en estos casos debe informarse inmediatamente al paciente que se ha roto el secreto.
9. Para aumentar y extender los conocimientos y métodos terapéuticos de la psiquiatría se requiere la participación de los pacientes. Sin embargo, debe obtenerse el consentimiento informado del paciente antes de presentarlo a una clase y, si es posible, también cuando se vaya a publicar su caso, y se tomarán todas las medidas razonables para preservar el anonimato y salvaguardar la reputación personal del sujeto. Al igual que en el acto terapéutico, en la

investigación clínica debe ofrecerse el mejor tratamiento disponible a todos los sujetos. Su participación debe ser voluntaria, después de informarle en forma completa de los objetivos, procederes, riesgos e inconvenientes del proyecto, y siempre debe existir una relación razonable entre los inconvenientes o riesgos y los beneficios calculados del estudio. En el caso de los niños y de otros pacientes que no pueden dar por sí mismos el consentimiento informado, éste debe obtenerse de alguna persona cercana a ellos.

10. Todo paciente o sujeto de investigación es libre, de retirarse, por cualquier razón y en cualquier momento, de cualquier tratamiento voluntario o de cualquier programa de investigación o docencia en el que participe. Esta retirada, así como la negativa a participar en un programa, en ningún caso deben influir en los esfuerzos del psiquiatra para ayudar al paciente o sujeto. El psiquiatra debe detener cualquier programa de tratamiento, docencia o investigación, que a lo largo de su desarrollo resultase contrario a los principios de esta Declaración.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
PROBLEMAS ÉTICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES

Adoptada por la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

17.00/1

Introducción

Históricamente, la sociedad ha considerado al paciente con enfermedad mental como una amenaza para los que lo rodean, en lugar de una persona que necesita ayuda y atención médica. En consecuencia, por falta de tratamiento eficaz muchos pacientes con enfermedad mental eran enviados a asilos por largos períodos o de por vida. El objetivo del tratamiento en estos casos era evitar la autodestrucción y la conducta agresiva hacia otras personas.

En la actualidad, el progreso en la terapia psiquiátrica permite una mejor atención de los pacientes con enfermedad mental. Drogas eficaces y otros tratamientos pueden sanar los casos leves y producen largas recuperaciones en pacientes más graves.

Los pacientes con enfermedad mental deben considerarse, tratarse y tener el mismo acceso a la atención médica que cualquier otro paciente.

El psiquiatra es un médico que tiene las mismas obligaciones con su paciente, como cualquier otro especialista.

Es por eso que el rol impuesto al psiquiatra como agente de la sociedad no debe permitirse que afecte o debilite su función principal como sanador.

Principios éticos

1. La AMM considera que la discriminación asociada a la psiquiatría y a los enfermos mentales debe ser eliminada. Este estigma a menudo desalienta a las personas que necesitan ayuda psiquiátrica, lo que agrava su situación.
2. El psiquiatra aspira a una relación terapéutica fundada en la confianza mutua. Debe informar al paciente la naturaleza de la condición, procedimientos terapéuticos (incluyendo posibles alternativas y el riesgo de cada una) y el resultado esperado.

La condición de un paciente con enfermedad mental incapaz de ser autónomo, no es distinta de la de cualquier otro paciente legalmente incapacitado. Él debe ser tratado como cualquier otro paciente que está temporal o permanentemente incapacitado. Un pa-

ciente con enfermedad mental, incluso un psicópata, no debe ser considerado automáticamente incapacitado. Se debe respetar su opinión en las áreas donde puede tomar decisiones. Si un paciente no puede tomar decisiones sobre su atención médica, se debe obtener el consentimiento de un representante autorizado conforme a las leyes vigentes.

3. Los medios excepcionales se deben usar en un paciente con enfermedad mental sólo cuando se encuentre en estado grave y pueda representar una amenaza para él o para los demás. Los médicos deben considerar la hospitalización obligada como excepcional y, por lo tanto, utilizar este recurso sólo durante y cuando sea médicamente necesario.
4. Cada psiquiatra debe ofrecer al paciente la mejor terapia disponible, según sus conocimientos, y lo debe tratar con la preocupación y respeto que corresponde a la dignidad de todos los seres humanos. El psiquiatra que trabaja en una institución, el ejército o la cárcel, se puede ver enfrentado a un conflicto entre sus responsabilidades hacia la sociedad y sus obligaciones con el paciente. Su primera lealtad debe ser hacia el paciente. Cuando se pide al psiquiatra que actúe como agente de la sociedad, en lugar de en beneficio de su paciente, se debe informar al paciente del conflicto, de modo que no se sienta traicionado o culpe al médico por las medidas ordenadas por las autoridades legales.
5. Se debe salvaguardar el secreto y privacidad de todos los pacientes. Cuando lo exija la ley, el psiquiatra revelará sólo la información específica y solamente a la autoridad correspondiente. Los bancos de datos que permiten la transferencia automática de información de una autoridad a otra pueden ser utilizados siempre que se respete el secreto médico.
6. El psiquiatra nunca debe hacer uso de sus posibilidades profesionales para violar la dignidad o los derechos humanos de ningún individuo o grupo, y nunca debe permitir que los deseos personales, sentimientos, prejuicios o creencias interfieran con el tratamiento. Tampoco el psiquiatra debe aprovechar su posición profesional o la vulnerabilidad de un paciente para abusar de su autoridad, como por ejemplo utilizar el trabajo de un paciente para fines personales o tener relaciones sexuales con un paciente.

Recomendación

Las asociaciones médicas nacionales deben publicar esta Declaración y utilizarla como base para reafirmar las fundaciones éticas del ejercicio de la psiquiatría.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
EUTANASIA

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987

17.P

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

17.PP

Recientemente se han dado a conocer a la opinión pública algunos casos de suicidios con ayuda médica, en los que se utiliza una máquina inventada por un médico que enseña su uso a la persona en cuestión. Por lo tanto, se ayuda a la persona a suicidarse. En otros casos, el médico le ha proporcionado medicamentos a la persona informándola de la dosis que produce la muerte. A la persona se le entregan los medios para suicidarse. Para asegurarse, las personas que se han suicidado estaban gravemente enfermas, tal vez con alguna enfermedad terminal y dolores crónicos. Además, las personas estaban aparentemente con todas sus facultades y tomaron voluntariamente la decisión de suicidarse.

El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987

17.Q

La Asociación Médica Mundial recomienda las siguientes normas para guiar a los médicos dedicados al trasplante de órganos humanos.

1. La primera preocupación del médico debe ser siempre la salud de sus pacientes. Esta preocupación, así como la lealtad deben ser preservadas en todas las intervenciones médicas incluidas las que impliquen el trasplante de un órgano de una persona a otra. Tanto el donante como el receptor son pacientes y por ello es necesario vigilar para que se protejan los derechos de uno y del otro. Ningún médico puede, por lo tanto, asumir la responsabilidad de un trasplante si los derechos del donante y del receptor no están protegidos.
2. Un proyecto de trasplante de órgano no justifica de ninguna manera una laxitud de las normas habituales de atención médica. Estas mismas normas deben ser respetadas si el paciente es donante potencial o no.
3. Cuando con vistas a un trasplante, un órgano ha de ser extirpado de un donante después de su muerte, ésta debe haber sido certificada de manera independiente por dos o más médicos que no tengan nada que ver con dicho trasplante. La muerte será determinada por la opinión de cada médico. Para determinarla, cada médico utilizará métodos científicos reconocidos y se basará en criterios conformes con las reglas de ética y las normas profesionales establecidas por la asociación médica nacional y otros organismos médicos competentes.
4. Cada vez que se contemple realizar un procedimiento experimental con un órgano animal o artificial, el médico debe atenerse a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que guían a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.
5. El médico tiene la obligación de discutir con el donante y el receptor o sus familiares responsables respectivos o representantes legales, el procedimiento a seguir y, al hacerlo, debe explicar con objetividad el método, los riesgos y peligros que presenta e indicar las

otras soluciones posibles. El médico no debe crear esperanzas que las primeras circunstancias no justifican y su interés en el progreso del conocimiento científico siempre debe ser secundario a su preocupación principal que es el paciente. Siempre se debe obtener el consentimiento libre e informado.

6. Los trasplantes de órganos deben ser realizados (a) solamente por médicos que poseen conocimientos especiales y la debida competencia técnica adquirida en una formación especializada, estudios y práctica, y (b) en establecimientos médicos que dispongan del equipo adecuado para el trasplante de órganos.
7. El trasplante de órganos debe realizarse sólo después de haberse analizado cuidadosamente la disponibilidad y eficacia de otros tratamientos terapéuticos.
8. Se condena toda compra y venta de órganos humanos para fines de trasplante.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre EL SIDA

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987

17.R

La presencia de casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (comúnmente denominado sida) ha sido confirmada en más de cien países. Se calcula que entre cinco a diez millones de personas en el mundo están infectadas por el virus del sida y son, por lo tanto, posibles transmisoras de la enfermedad. Todas las asociaciones médicas nacionales así como todos los médicos deben compartir sus conocimientos y experiencias con el fin de formular estrategias que permitan hacer frente a esta enfermedad mientras se encuentra un remedio.

Debido al hecho de que el sida es una enfermedad incurable y a que es predominantemente transmitida sexualmente (ETS), plantea al médico numerosos problemas éticos complejos que se añaden a las cuestiones de orden médico y científico propias de la enfermedad. Con el fin de ayudar a los médicos y a las asociaciones médicas nacionales, la AMM adopta las directivas contenidas en esta declaración. En el marco de la 39ª Asamblea Médica Mundial (1987), la AMM organiza a su vez una sesión científica dedicada al sida. En el curso de la citada sesión, la AMM estudiará las opiniones de los expertos así como la mejor información que pueda obtenerse de los expertos de todo el mundo, y presentará un informe detallado sobre este importante tema a la Asamblea Médica Mundial de 1988. Mientras se espera un informe más completo, la AMM recomienda lo siguiente:

1. Que las asociaciones médicas nacionales colaboren total y activamente con sus gobiernos en la formulación de una política nacional de lucha contra el sida y contra los problemas relacionados con esta enfermedad.
2. Que las asociaciones médicas nacionales participen total y activamente en la elaboración de programas de información al público sobre el sida, sobre los problemas asociados al sida y sus efectos sobre la sociedad en general.
3. Que los médicos reciban la información necesaria para hacerles consejeros eficaces en el tema del sida. Los médicos deben aconsejar a sus pacientes sobre la conducta que deben seguir para evitar

los riesgos del sida, tanto para sí mismos como para los demás. Con respecto a los pacientes que han resultado seropositivos, los médicos deben estar en posición de aconsejarlos sobre: a) la actitud responsable que deben adoptar para evitar la propagación de la enfermedad; b) las medidas que deben adoptar para proteger su propia salud y c) la necesidad de avisar a sus parejas sexuales, pasadas y presentes, sobre la posibilidad de que hayan sido contagiadas con el virus del sida.

4. Que las pruebas del virus del sida estén a disposición de todas las personas que deseen someterse a ellas. Las pruebas deben ser obligatorias para los donantes de sangre, de componentes sanguíneos, de órganos y otros tejidos destinados al trasplante, así como para los donantes de espermatozoides o de óvulos destinados a la inseminación artificial o a la fecundación in vitro. Por otra parte, a nivel nacional se pueden tomar disposiciones para imponer la prueba a otros sectores de la población, tales como el personal militar, los presos de instituciones penales y los inmigrantes.

Las pruebas voluntarias, con el consentimiento informado del paciente, deben regularmente estar a disposición de los siguientes: a) todos los pacientes que necesitan tratamiento por enfermedades transmitidas sexualmente; b) todos los pacientes que necesitan tratamiento por abuso de drogas; c) las mujeres embarazadas en el primer trimestre del embarazo; d) los individuos de zonas con gran incidencia de sida o los que tengan una conducta considerada de alto riesgo y acuden a los servicios de planificación familiar, y e) los pacientes que necesitan una intervención quirúrgica. No obstante, si la prueba voluntaria resultar ser ineficaz, debe entonces considerarse la necesidad de hacerla obligatoria.

5. Que cada caso confirmado de sida sea informado a la autoridad competente de manera anónima o mediante un código de identificación con fines epidemiológicos. Las personas seropositivas deben también ser informadas de manera anónima, pero con una cantidad de información suficiente para los fines de la epidemiología.
6. Que a los pacientes con sida y a las personas seropositivas se les preste una atención médica adecuada y que no sean objeto de un trato injusto o de una discriminación arbitraria o irracional en sus vidas diarias. Los médicos poseen una antigua y honrosa tradición de atender con compasión y valor a los pacientes con enfermedades infecciosas. Esta tradición debe continuar durante la epidemia del sida. Los médicos y las asociaciones médicas nacionales deben participar activamente en la creación de un sistema que permita un equilibrio justo entre el derecho de los pacientes a no ser objeto de

actos irracionales discriminatorios y el derecho de los demás ciudadanos a ser protegidos contra cualquier riesgo de contraer enfermedad.

7. Que el acceso a la información relativa a un paciente se limite al personal sanitario que tiene una legítima necesidad de tal información, a fin de atender al paciente o de proteger la salud de las personas cercanas a él. La identidad de las personas afectadas de sida o portadoras del virus no debe ser dada a conocer, a menos que la salud de la comunidad esté en peligro.
8. Que se determine la manera de advertir a las parejas sexuales sobre una persona infectada, resguardando al máximo el carácter confidencial de la información relativa a dicha persona. El método elegido debe garantizar una protección legal adecuada a los médicos que ejercen su obligación profesional de advertir a las personas que corren riesgo.
9. Que se realicen estudios para obtener datos reales que sirvan para determinar el alcance y el índice de conversión del virus en la población. Tales estudios deben ser repetidos a intervalos regulares, a fin de evaluar la propagación de la enfermedad.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SIDA

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre 1988

17.R/1

La Asociación Médica Mundial ha adoptado previamente pautas para ayudar a las asociaciones médicas nacionales a desarrollar estrategias a fin de enfrentar la creciente epidemia del sida. Esta declaración proporciona a cada médico una orientación a sus responsabilidades profesionales, en relación al tratamiento de pacientes con sida, y también a la responsabilidad del médico frente a sus pacientes en el caso de que él mismo sea seropositivo.

La Declaración Provisoria de la AMM sobre el sida, adoptada en octubre de 1987, en parte establece:

«Que a los pacientes con sida y a las personas seropositivas se les preste una atención médica adecuada y que no sean objeto de un tratamiento injusto o de una discriminación arbitraria o irracional en su vida diaria. Los médicos poseen una antigua y honrosa tradición de atender con compasión y valor a los pacientes con enfermedades infecciosas. Esta tradición debe continuar durante la epidemia del sida».

Los pacientes con sida tienen derecho a una atención médica adecuada con compasión y respeto por su dignidad humana. El médico no tiene el deber moral de rehusar el tratamiento de un paciente cuya enfermedad está dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es seropositivo. La ética médica no permite una discriminación categórica contra un paciente, basada solamente en su condición de seropositivo. Una persona que tiene sida debe ser tratada adecuadamente y con compasión. El médico que no puede prestar la atención y servicios que necesitan las personas con sida, debe referirlos a los médicos o instituciones que tengan los medios para proveer dichos servicios. Hasta que estos últimos puedan encargarse del tratamiento, el médico debe atender al paciente de la mejor manera posible.

Se deben proteger los derechos e intereses de los que están infectados con el virus del sida, como también los de los que no están infectados. El

médico que sabe que tiene una enfermedad infecciosa no debe participar en ninguna actividad que implique el riesgo de transmisión de la enfermedad a otros. En el contexto de una posible exposición al sida, la actividad en la que el médico desee tomar parte será el factor de control.

En el caso de atención médica, si existe riesgo de transmisión de una enfermedad infecciosa del médico al paciente, la revelación de ese riesgo al paciente no es suficiente; los pacientes tienen derecho a esperar que sus médicos no aumenten la posibilidad de que estén expuestos al riesgo de contraer una enfermedad infecciosa.

Si no existe riesgo, la revelación de la condición médica del facultativo a sus pacientes no servirá de ningún propósito práctico, pues si el riesgo realmente existe, el médico no debe tomar parte en esa actividad.

Si un paciente es debidamente informado de la condición del médico y los riesgos que esa condición implica, y si el paciente decide continuar con la atención y tratamiento con el médico seropositivo, se debe tener mucho cuidado de asegurar que se obtenga un consentimiento verazmente informado.

El deber de los médicos es abstenerse de hacer certificados falsos, aun cuando la intención de esto sea ayudar al paciente para que se mantengan en su ambiente regular.

El deber del médico es cumplir y hacer cumplir las reglas de salud y protectoras establecidas para el personal médico porque son conocidas, simples y efectivas.

El deber de todos los médicos es participar activamente en programas preventivos organizados por las autoridades públicas a fin de frenar la propagación del sida.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
PROBLEMAS CAUSADOS POR LA EPIDEMIA DEL VIH

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

17.R/2

La Asociación Médica Mundial ha adoptado previamente estrategias para hacer frente a la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las que incluyen evitar la discriminación del médico con respecto a pacientes infectados con el VIH, atención médica a los infectados, la responsabilidad de un médico infectado con el VIH para evitar infectar al paciente, no otorgar certificados falsos, cumplir con los procedimientos de control de la infección, cooperación con las autoridades públicas en programas de prevención, creación de programas y políticas nacionales, informar a pacientes para que eviten la infección del VIH, o, si están infectados, evitar infectar a otros, total disponibilidad del test del VIH, especialmente para aquellos con altas probabilidades de infección, test obligatorio en ciertas circunstancias, como donación de sangre, informar de los casos de sida y de infección del VIH, equilibrar los derechos de los pacientes infectados con los de los sanos, secreto de la información médica del paciente e investigación para establecer la frecuencia e incidencia del VIH.

La cantidad de personas infectadas con el VIH y de las que han desarrollado el sida ha aumentado constantemente. Se estima que para el año 2000 habrá 40 millones de personas infectadas con el VIH en todo el mundo. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial expresa su continua preocupación para que las asociaciones médicas nacionales asuman una función activa en políticas y programas de prevención, tratamiento e investigación. La Asociación Médica Mundial agrega lo siguiente a sus recomendaciones previas:

1. Que las asociaciones médicas nacionales, en cooperación con todos los segmentos de la sociedad y el gobierno, creen e implementen un programa completo de prevención, tratamiento e investigación del VIH.
2. Que las asociaciones médicas nacionales colaboren con todos los medios y formas de comunicación a fin de asegurar un programa coordinado de prevención, conciencia del tratamiento y compasión pública hacia la persona infectada.

3. Que las asociaciones médicas nacionales informen a los médicos de su responsabilidad de informar a sus pacientes lo más completamente posible de las consecuencias de un test positivo. Al hacer esto, los médicos deben tener tacto y delicadeza, como también considerar la condición psicológica de sus pacientes.
4. Que las asociaciones médicas nacionales colaboren en la preparación y educación de médicos en los tratamientos actuales de todas las etapas de la infección del VIH y en el uso de los programas de control de la infección y precauciones universales descritas por los centros de control de enfermedades.
5. Que las asociaciones médicas nacionales insistan en la necesidad de educación médica biológica, clínica y psicológica relacionada al VIH - pacientes infectados, a fin de ayudar a los médicos a prestar una atención eficaz a sus pacientes.
6. Que las asociaciones médicas nacionales estimulen a los médicos para que ayuden a sus pacientes a calcular el riesgo de la infección del VIH y a tomar las medidas de prevención adecuadas.
7. Que las asociaciones médicas nacionales revisen y estimulen mejores programas de control de la infección en los hospitales y otros establecimientos médicos.
8. Que las asociaciones médicas nacionales revisen y estimulen el mejoramiento del diagnóstico y tratamiento del VIH para mujeres y niños.
9. Que las asociaciones médicas nacionales promuevan el uso de las técnicas de salud pública que han tenido buenos resultados en el pasado con respecto a epidemias infecciosas, en especial las de enfermedades transmitidas sexualmente.
10. Que la relación entre el abuso de drogas y la transmisión del VIH es otra razón de peso para que las asociaciones médicas nacionales promuevan más el tratamiento contra el abuso de drogas.
11. Que las asociaciones médicas nacionales se unan a otras organizaciones médicas, profesionales y de salud a fin de crear estrategias mundiales para la cooperación en la prevención, tratamiento e investigación del VIH, en especial las que pueden ser realizadas por sociedades profesionales.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
LA ORIENTACIÓN GENÉTICA Y LA INGENIERÍA GENÉTICA

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial
Madrid, España, octubre 1987

17.S

La Asociación Médica Mundial ha adoptado la siguiente declaración con el objeto de ayudar a los médicos a tratar las cuestiones de orden ético y profesional que plantea el progreso científico en el campo de la genética.

Orientación genética

Hay dos campos fundamentales en el diagnóstico genético:

1. Selección o evaluación de los futuros padres, antes de la concepción, a fin de detectar cualquier enfermedad genética y poder prever la probabilidad de que se conciba un niño defectuoso; y
2. examen intrauterino después de la concepción –ultrasonografía, amniocentesis y fetoscopia– para determinar el estado del feto.

El médico que trabaja en orientación genética tiene el deber ético de dar a los futuros padres la información básica que les permita tomar, con conocimiento de causa, una decisión con respecto a la concepción de un niño. Al suministrar información a las parejas que deciden procrear, el médico debe respetar las normas éticas y profesionales que han establecido la asociación médica nacional miembro y otros organismos médicos competentes para regir el ejercicio de la medicina en la comunidad.

El progreso de la tecnología ha permitido una mayor exactitud para prever y detectar anomalías genéticas. En el caso de detectarse un defecto genético en el feto, los futuros padres pueden o no solicitar un aborto. El médico por razones morales personales, puede o no oponerse a la anticoncepción, esterilización o aborto en el marco de la orientación genética. Si está a favor o en contra de estos servicios, el médico debe evitar imponer sus valores morales personales y sustituir el juicio moral de los futuros padres por el suyo. El médico que considera que la anticoncepción, la esterilización y el aborto van en contra de sus valores morales y de su conciencia, puede optar por no prestar tales servicios. Sin embargo, si las circunstancias lo requieren, el médico tiene la obligación

de advertir a los futuros padres que existe un problema genético potencial y que deben acudir a los servicios de orientación genética de un especialista calificado.

Ingeniería Genética

A medida que la investigación en el campo de la ingeniería genética va avanzando, la comunidad científica, la profesión médica, la industria, el gobierno y el público deben establecer normas adecuadas a fin de reglamentar dicha investigación.

En el caso de que la sustitución de un gen por un ADN normal se convierta en una realidad práctica para el tratamiento de los trastornos humanos, la Asociación Médica Mundial insta a que se tomen en consideración los siguientes factores:

1. Cuando el procedimiento es realizado en un centro de investigación, se debe tener en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki de la AMM, relativos a la investigación biomédica en seres humanos.
2. Cuando un procedimiento no es realizado en un centro de investigación, se deben observar todas las normas vigentes sobre la práctica médica y la responsabilidad profesional, incluidos los principios de la Declaración de Helsinki.
3. El procedimiento propuesto debe ser discutido detalladamente con el paciente. El consentimiento de este último, o de su representante legal, debe ser claro, voluntario y por escrito.
4. No debe haber ningún virus peligroso o no deseado en el ADN viral que contiene el gen sustituto o correctivo.
5. El ADN insertado debe funcionar normalmente dentro de la célula receptora a fin de evitar cualquier trastorno metabólico que pudiera dañar los tejidos sanos y la salud del paciente.
6. La eficacia de la terapia genética debe ser evaluada lo más cabalmente posible. Esto ha de incluir la determinación de la historia natural de la enfermedad y el examen regular de las generaciones posteriores.
7. Estos procedimientos no deben ser realizados en el futuro a menos que se haya examinado minuciosamente la disponibilidad y la eficacia de otras terapias posibles. Si existe un tratamiento más sencillo y seguro, debe ser aplicado.
8. Estas disposiciones deben ser revisadas oportunamente y conforme a la evolución de la técnica y de la información científica.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
PROYECTO GENOMA HUMANO

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

17.S/1

Introducción

El Proyecto Genoma Humano se basa en la suposición de que la información contenida en el gen nos permitirá diagnosticar muchas enfermedades genéticas en el útero o incluso antes; gracias a esto podremos tomar decisiones antes de la procreación.

La clave para comprender las enfermedades genéticas está en la identificación y caracterización de los genes después de la mutación. En consecuencia, se puede decir que la comprensión de toda la biología humana está contenida en la identificación de 50.000 a 100.000 genes en los cromosomas del cuerpo humano.

El Proyecto Genoma Humano nos puede permitir identificar y caracterizar los genes que intervienen en las principales enfermedades genéticas; más adelante será posible identificar y caracterizar los genes que actúan en enfermedades con un componente genético y otros factores, como la diabetes, esquizofrenia y la enfermedad de Alzheimer. En estas enfermedades, el gen crea una predisposición antes de ser la causa misma del mal. Estas enfermedades producen graves problemas sociales y si es posible diagnosticar la predisposición antes de que se manifieste la enfermedad, puede ser posible evitarla haciendo cambios de estilos de vida, de dieta y controles periódicos.

Después de los años cincuenta, se produjo una revolución conceptual cuando se comenzó a pensar en términos de bioquímica. Actualmente somos testigos de una nueva revolución que localiza en el gen las instrucciones para todos los procesos bioquímicos de las células humanas.

Problemas de implementación

Existen muchas razones éticas importantes para obtener la información genética lo más rápido posible, de modo que podamos comprender mejor muchas enfermedades. Sin embargo, dicha información puede ser frustrante, a menos que creemos al mismo tiempo medios terapéuticos y que informemos a la opinión pública sobre las distintas opciones genéticas, de manera que la persona seleccione las mejores.

Otro asunto es saber si se justifican los esfuerzos invertidos, comparados con otras formas de lograr los mismos resultados a menor costo. ¿Debe el proyecto aspirar a un inventario completo o es preferible ir paso a paso con menos ambición y avanzar por capítulos?

Financiamiento del proyecto

El Proyecto Genoma Humano es considerado un proyecto impresionante, similar al programa espacial, y uno se puede preguntar si existe proporción entre la inversión y su resultado. El costo estimado del proyecto es de tres mil millones de dólares durante 15 años, es decir, 200 millones de dólares anuales. Esta cifra puede que no parezca extraordinaria cuando sabemos que la fundación de la fibrosis sistémica, en Estados Unidos solamente, ha gastado 120 millones de dólares en los últimos cuatro años en esta enfermedad. Por esto, el aspecto económico no debe impedir el desarrollo del proyecto.

Otro impedimento es la prohibición en algunos países de destinar fondos a la investigación clínica sobre embriones humanos. Después de haber invertido en la cartografía de los genes, se corre el riesgo de no tener fondos destinados a la investigación clínica basada en los resultados del proyecto.

Conflicto entre la protección del secreto y la necesidad de colaboración científica

La cartografía de los genes humanos debe ser anónima, pero la información adquirida se puede aplicar a cualquier ser humano, sin tener en cuenta las diferencias individuales, color o raza. Dicha información debe ser propiedad pública y no debe ser utilizada con fines comerciales. Por lo tanto, no se deben otorgar patentes para el genoma humano o sus partes.

Discriminación genética en el seguro privado y el empleo

Existe un conflicto entre el potencial creciente de nuevas tecnologías que revelan la heterogeneidad genética y los criterios del seguro privado y el empleo. Será conveniente adoptar el mismo acuerdo tácito, en lo que respecta a los factores genéticos, que prohíbe el uso de discriminación racial en el empleo y el seguro.

La cartografía genética puede convertirse en una fuente de estigmatización y discriminación social y una «población de riesgo» puede pasar a ser una «población defectuosa».

El peligro de la eugenesia y la utilización de genes para fines no médicos

La eugenesia se basa en la suposición de que los genes tienen una importancia decisiva y para cambiar su distribución en la población hay que cambiar la pauta de reproducción. Según este concepto, el bien general justifica las limitaciones en la libertad individual. La importancia de la información adquirida preocupa por el uso que se le dará. Todavía existe el temor de programas gubernamentales de eugenesia para «mejorar la raza» y la utilización de tecnología médica fuera de esta disciplina.

Recomendaciones

Los problemas planteados por el Proyecto Genoma Humano no tienen relación con la tecnología misma, sino con su uso adecuado. Debido a la importancia de esta nueva herramienta, sus consecuencias éticas, legales y sociales deben ser analizadas mientras el programa todavía está en sus comienzos.

Parte de la oposición a este proyecto argumenta que el investigador puede tender a «jugar a ser Dios» o a interferir con las leyes de la naturaleza. Si nos liberamos de una oposición incondicional al Proyecto Genoma Humano, podemos evaluar las consecuencias éticas con los mismos parámetros que aplicamos cuando examinamos un nuevo diagnóstico o método terapéutico. Los criterios principales son la evaluación de riesgo en relación a la ventaja, el respeto de la persona como ser humano y el respeto de la autonomía y la intimidad.

Es necesario establecer las normas generales éticas y legales a fin de evitar la discriminación y el estigma genético de la población de riesgo.

Las normas básicas son:

- El servicio genético debe ser de fácil acceso a todos a fin de evitar su explotación solamente por parte de los que tienen recursos, lo que aumentaría la desigualdad social.
- Se necesita una información internacional y transferencia de tecnología y conocimientos entre todos los países.
- Se debe respetar la voluntad de las personas examinadas y su derecho a decidir sobre su participación y sobre el uso de la información obtenida.
- Se debe entregar información completa al paciente o a su representante legal. Se debe mantener el secreto médico y no se debe proporcionar información a terceros sin autorización del paciente. Incluso si los familiares del paciente corrieran riesgo,

- se debe mantener el secreto médico, a menos que exista grave peligro y que éste se pueda evitar al dar a conocer la información. Sólo se puede violar el carácter confidencial como último recurso, cuando hayan fallado todos los intentos para convencer al paciente de entregar información, incluso en este caso se debe entregar solamente la información genética pertinente.
- La entrega de información a terceros o el acceso a información personal genética debe autorizarse solamente con el consentimiento informado del paciente.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
TRASPLANTE DE TEJIDO FETAL

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre de 1989

17.T

Introducción

La posibilidad de trasplantes de tejido fetal terapéuticamente eficaces para enfermedades como la diabetes y el mal de Parkinson, plantea nuevos problemas en el debate ético sobre investigación fetal. Estos problemas son distintos de los abordados en la década del setenta, que se centraban en procedimientos invasores llevados a cabo por algunos investigadores en fetos vivos y viables. También son diferentes de las cuestiones que se plantearon con el desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico prenatal, como la fetoscopia y la muestra de vello coriónico. Aunque el uso de tejido trasplantado de un feto luego de un aborto espontáneo o inducido pareciera ser similar el uso de órganos y tejido provenientes de cadáveres, la cuestión moral para muchos es la posibilidad de que la decisión de hacerse un aborto vaya acompañada de la decisión de donar tejido fetal para el proceso de trasplante mismo.

La utilización de tejido fetal humano para trasplantes está basada, en la mayor parte, en una gran cantidad de información de investigación obtenida de modelos experimentales en animales. Hasta ahora, la cantidad de dichos trasplantes es relativamente pequeña, sin embargo, las aplicaciones constituyen indicios prometedores de investigación clínica para ciertas enfermedades. Se espera que la demanda de trasplante de tejido fetal para injertos de células del páncreas y neurales aumente, si estudios clínicos más profundos demuestran finalmente que este procedimiento proporciona una inversión a largo plazo del déficit endócrino o neural.

Una de las principales preocupaciones éticas en la actualidad es el potencial de los trasplantes fetales para influir en la decisión de una mujer a hacerse un aborto. Estas preocupaciones se basan, por lo menos en parte, en la posibilidad de que algunas mujeres tengan la intención de quedar embarazadas con el único propósito de abortar el feto y donar el tejido a un pariente o vender el tejido para obtener ganancias económicas. Otros sugieren que una mujer que es ambivalente con respecto a

tomar la decisión de hacerse un aborto, podría ser influenciada por argumentos sobre lo que podría obtener si opta por terminar su embarazo. Estas preocupaciones exigen que se prohíba: a) la donación de tejido fetal a receptores designados; b) la venta de dicho tejido, y c) la solicitud de consentimiento para usar el tejido para trasplante antes de que se haya tomado una decisión final. El proceso del aborto también puede verse influenciado inapropiadamente por el médico. Por lo tanto, se deben tomar medidas a fin de asegurar que las decisiones para donar tejido fetal para trasplante no afecten las técnicas utilizadas para producir el aborto o el momento del procedimiento mismo, con respecto al estado de gestación del feto. También a fin de evitar un conflicto de intereses, los médicos y los otros miembros del personal de salud que realizan abortos no deben recibir ningún beneficio directo o indirecto de la utilización de los tejidos para investigación o trasplante obtenidos del feto abortado. La recuperación y la preservación del tejido utilizado no puede pasar a ser el principal objetivo del aborto. En consecuencia, los miembros del equipo de trasplante no deben influir o participar en el proceso del aborto.

Existe una ganancia comercial potencial para los que toman parte en la recuperación, conservación, sometimiento a pruebas, preparación y distribución de tejidos fetales. Proporcionar tejido fetal por mecanismos no lucrativos diseñados para cubrir los costos, sólo reduciría la posibilidad de influencia directa o indirecta sobre una mujer para obtener su consentimiento de donación de los restos fetales abortados.

Recomendaciones

La Asociación Médica Mundial afirma que el uso de tejido fetal para trasplante todavía está en una etapa experimental y sólo debe permitirse éticamente cuando:

1. La Declaración de Helsinki y la Declaración de Trasplante de Órganos Humanos de la Asociación Médica Mundial se respetan, ya que se refieren al donante y al receptor del trasplante de tejido fetal.
2. La obtención de tejido fetal se hace de modo consistente con la Declaración de la AMM sobre Comercio de Órganos Vivos y dicho tejido no se obtiene a cambio de una remuneración económica superior a la que es necesaria para cubrir los gastos razonables.
3. El receptor del tejido no es designado por el donante.
4. Se logra una decisión final en relación al aborto, antes de iniciar una discusión sobre el uso del tejido fetal del trasplante. Se establece y garantiza una independencia absoluta entre el equipo mé-

dico que realiza el aborto y el equipo que utiliza el feto con fines terapéuticos.

5. La decisión del momento del aborto se basa en el estado de salud de la madre y del feto. Las decisiones relacionadas con las técnicas utilizadas para producir el aborto, como también el momento del aborto en relación al estado de gestación del feto, están basadas en la preocupación por la seguridad de la mujer embarazada.
6. El personal de salud que toma parte en el término de un embarazo en particular, no participa o recibe ningún beneficio del trasplante de tejido del aborto del mismo embarazo.
7. Se obtiene consentimiento informado en representación del donante y del receptor, de acuerdo con las leyes vigentes.



**DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
USO DE ANIMALES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA**

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre 1989

17.U

Introducción

La investigación biomédica es esencial para la salud y bienestar de cada persona en nuestra sociedad. Los avances en la investigación biomédica han mejorado mucho la calidad de vida y la duración de ésta a través de todo el mundo. Sin embargo, la posibilidad de la comunidad científica de continuar sus esfuerzos para mejorar la salud privada y pública se ve amenazada por un movimiento que tiene como finalidad eliminar el uso de animales en la investigación biomédica. Este movimiento está liderado por grupos radicales de activistas por los derechos de los animales, cuyos puntos de vista están muy alejados de la principal corriente de actitudes públicas y sus tácticas van desde sofisticadas campañas para influenciar a legisladores, recolección de fondos, campañas de propaganda y desinformación, hasta violentos ataques a establecimientos de investigación biomédica y a científicos.

La magnitud de las violentas actividades de los defensores de los derechos de los animales es increíble. Sólo en Estados Unidos, desde 1980 los grupos por los derechos de los animales han protagonizado más de 29 asaltos a instalaciones de investigación estadounidenses, han robado más de 2.000 animales, causado daños por más de 7 millones de dólares y arruinado años de investigación científica. Estos grupos han realizado actividades similares en Gran Bretaña, Europa Occidental, Canadá y Australia. Varios grupos en estos países se han responsabilizado por atentados con bombas a vehículos, instituciones, tiendas y domicilios particulares de los investigadores.

La violencia de los grupos por los derechos de los animales ha tenido un efecto amedrentador en la comunidad científica a nivel internacional. Se ha intimidado a científicos, organismos de investigación y universidades para que alteren o incluso terminen importantes trabajos de investigación que dependen del uso de animales. Los laboratorios han sido obligados a invertir miles de dólares, que estaban reservados a la investigación, en la compra de sofisticados equipos de seguridad. Los jóvenes que podrían seguir una carrera en el campo de la investigación

biomédica, cambian de parecer y optan por otras profesiones.

A pesar de los esfuerzos de muchos grupos que luchan por proteger la investigación biomédica del activismo sobre los animales, la respuesta a los movimientos por los derechos de los animales ha sido fragmentada, con pocos fondos económicos y principalmente defensiva. Muchos grupos dentro de la comunidad biomédica no se atreven a adoptar una posición pública frente al activismo sobre los animales por temor a represalias. Como resultado de esto, el establecimiento de la investigación ha sido relegado a una posición defensiva. Se cuestionan sus motivaciones y se desafía repetidamente la necesidad de usar animales en la investigación.

Si bien la investigación que debe hacer uso de animales es necesaria para aumentar la atención médica de todas las personas, reconocemos también que se debe asegurar un trato humano de los animales en investigación. Se debe establecer una formación adecuada para todo el personal de investigación y se debe contar con una atención veterinaria apropiada. Los experimentos deben cumplir con las disposiciones o regulaciones que rigen el manejo humano, albergue, cuidado, trato y transporte de los animales.

Las organizaciones internacionales médicas y científicas deben realizar una campaña más fuerte y cohesiva para contrarrestar la creciente amenaza a la salud pública que representan los activistas por los animales. Se debe crear un liderazgo y coordinación al respecto.

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial afirma los siguientes principios:

1. El uso de animales en la investigación biomédica es esencial para el progreso médico.
2. La Declaración de Helsinki de la AMM exige que la investigación biomédica en seres humanos debe estar basada en la experimentación animal, pero también exige que se respete el bienestar de los animales usados en la investigación.
3. El trato compasivo de los animales usados en la investigación biomédica es esencial.
4. Todos los establecimientos de investigación deben cumplir con todas las normas que rigen el trato compasivo de los animales.
5. Las sociedades médicas deben resistir todo intento cuyo propósito sea rechazar el uso apropiado de animales en la investigación biomédica, porque dicho rechazo comprometería la atención del paciente.
6. Aunque no se debe comprometer el derecho a la libertad de expresión, se debe condenar el elemento anárquico que existe entre los activistas por los derechos de los animales.

7. Se debe condenar internacionalmente el uso de amenazas, intimidación, violencia y hostigamiento personal de los científicos y sus familias.
8. Se debe solicitar un esfuerzo coordinado máximo de parte de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, a fin de proteger a los investigadores y a los establecimientos de investigación de actividades de naturaleza terrorista.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre 1989

17.V

Introducción

Los informes actuales sobre salud no proporcionan una estimación precisa de la frecuencia de los casos de personas que están en un estado vegetativo persistente (EVP), a nivel mundial. Hace diez años, se estimaba para Japón una relación de 2 a 3 personas por 100.000. Es muy probable que el número absoluto de dichos casos haya aumentado apreciablemente, como consecuencia de las prácticas actuales en medicina crítica, apoyo cardiorrespiratorio, alimentación intravenosa y el control de las infecciones en pacientes con grave daño cerebral. Un problema cada vez más grave es cómo enfrentar este resultado emocionalmente doloroso, costoso y por lo general indeseado del tratamiento médico moderno.

Estado vegetativo persistente

La pérdida patológica del conocimiento puede traer como consecuencia una variedad de daños cerebrales incluyendo, entre otros, insuficiencia nutricional, envenenamiento, ataque, infecciones, heridas físicas directas o enfermedad degenerativa. La pérdida abrupta del conocimiento generalmente consiste en un agudo estado de sueño, como dormido, llamado coma, que puede tener variados grados de recuperación o un deterioro neurológico crónico grave. Las personas con graves daños en los hemisferios cerebrales comúnmente pasan a un estado de inconciencia crónico, llamado estado vegetativo, en el cual el cuerpo cíclicamente se despierta y se duerme, pero no expresa evidencia metabólica cerebral o de comportamiento que indique una función cognitiva o que es capaz de responder de una manera aprendida a eventos o estímulos externos. Esta condición de pérdida total cognitiva puede producir graves daños que lleven al coma o que se pueden desarrollar más lentamente, como un resultado final de alteraciones estructurales progresivas, como la enfermedad de Alzheimer, que en sus etapas finales puede destruir las

funciones psicológicas del cerebro. Cuando dicha pérdida cognitiva dura más de unas pocas semanas, la condición se llama estado vegetativo persistente (EVP), porque el cuerpo mantiene las funciones necesarias para continuar la sobrevivencia vegetativa. La recuperación del estado vegetativo es posible, en especial durante los primeros días o semanas después del comienzo, pero la tragedia es que muchas personas en EVP viven por muchos meses o años, si se les proporciona alimentación y otros medios artificiales.

Recuperación

Después que los médicos competentes hayan determinado que una persona está despierta, pero inconsciente, la duración del estado vegetativo depende de la naturaleza del daño cerebral, la duración del período de inconciencia y la prognosis estimada. Algunas personas menores de 35 años, con coma después de un traumatismo craneano, como también un paciente ocasional con coma después de una hemorragia intracraneal, puede recuperarse muy lentamente. Así, lo que parece ser un EVP entre uno y tres meses después de un accidente que produzca el coma, en raros casos puede evolucionar a un grado de deterioro menor a los seis meses. Por otra parte, las posibilidades de recuperar la independencia después de estar vegetativo por tres meses son muy escasas. Se han registrado contadas excepciones, pero algunas de éstas pueden representar pacientes que entraron en un estado cerrado, no detectado, momentos después de despertarse de un coma causado por lesiones. Por último, todos están gravemente incapacitados.

Normas

A pesar de estos raros casos, la información indica que el estado inconsciente por seis meses predice con un alto grado de precisión que no habrá recuperación o habrá una gran incapacidad, a pesar de la naturaleza del daño cerebral. En consecuencia, un criterio conservador para el diagnóstico de un EVP sería observar la inconciencia durante al menos 12 meses, aunque la recuperación cognitiva después de los seis meses es sumamente rara en pacientes mayores de 50 años.

El riesgo de un error de pronóstico a partir del uso generalizado del criterio antes mencionado es tan pequeño que la decisión que lo incorpora como una conclusión del pronóstico parece totalmente justificable. La determinación de un médico de que una persona tiene pocas probabilidades de recuperar el conocimiento, es la introducción usual a las deliberaciones sobre mantener o interrumpir la vida por medios

artificiales. Aunque la familia puede ser la primera en plantear el problema, hasta que el médico haya aventurado una opinión sobre la prognosis, no se considera, por lo general, el asunto de mantener el tratamiento. Una vez que se plantea la disyuntiva de mantener o interrumpir la vida por medios artificiales, se deben considerar sus dimensiones éticas y legales.



**DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
MALTRATO Y ABANDONO DEL NIÑO**

Adoptada por la 36ª Asamblea Médica Mundial
Singapur, octubre de 1984
y enmendada por la 41ª Asamblea Médica Mundial
Hong Kong, setiembre de 1989
la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre de 1990
la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992
y la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

17.W

Una de las manifestaciones más destructivas que presentan los problemas y la violencia dentro de la familia, es el maltrato y abandono del niño. La prevención, temprana detección y tratamiento comprensivo de los niños víctimas de maltrato, sigue siendo un desafío para la comunidad médica mundial.

Las definiciones del maltrato del niño varían de una cultura a otra. Desafortunadamente, los razonamientos culturales por la conducta dañina hacia los niños pueden ser aceptados, con demasiada ligereza, como prueba de que el tratamiento conferido a los niños no es abusivo ni dañino. Por ejemplo, la contribución con el trabajo del niño a la vida diaria de las familias y a la sociedad debe ser reconocida y estimulada, siempre que contribuya también al desarrollo del propio niño. En oposición a esto, la explotación del niño en el trabajo del mercado lo puede privar de su niñez, de oportunidades de educación e incluso puede poner en peligro su salud actual y futura. La AMM considera que dicha explotación del niño representa una forma grave de maltrato y abandono de éste.

Para los efectos de esta declaración, el abuso emocional, sexual y físico representan diversas formas de maltrato al niño. El descuido de un niño representa el fracaso de sus padres o de otra persona legalmente responsable de su bienestar para satisfacer las necesidades básicas y proporcionarle un nivel adecuado de atención.

La Asociación Médica Mundial reconoce que el maltrato del niño es un problema de salud mundial y recomienda que las asociaciones médicas nacionales adopten las siguientes normas para los médicos:

1. Los médicos tienen una función única y especial en la identificación y ayuda a los niños maltratados y a sus atribuladas familias.
2. Los médicos deben adquirir un conocimiento especializado en maltrato de niños. Dicho conocimiento lo obtienen de programas de educación continua en la especialidad.
3. El contacto con un equipo multidisciplinario es muy recomendado para el médico. Es posible que el equipo cuente con profesionales como médicos, asistentes sociales, psiquiatras de adultos y niños, especialistas en desarrollo, psicólogos y abogados. Cuando la participación en un equipo no sea posible, el médico debe consultar con otro personal médico, social, legista y de salud mental.
4. Los médicos de atención primaria (médico de familia, internistas, pediatras), especialistas en medicina de urgencia, cirujanos, psiquiatras y otros especialistas que tratan niños, deben adquirir conocimientos y habilidad en la evaluación física del maltrato y abandono del niño, en la evaluación de su desarrollo y de las facultades de los padres, en la utilización de los recursos de la comunidad y sus responsabilidades legales.
5. La evaluación médica del niño que ha sido maltratado físicamente debe consistir en: (1) obtener un registro de las heridas, (2) un examen físico del paciente, (3) un examen con rayos X, (4) un examen de sangre de las heridas, (5) fotografías en colores, (6) examen físico de los hermanos, (7) un informe médico oficial por escrito, (8) una observación del comportamiento, (9) una observación del desarrollo de los niños en edad temprana y preescolar.
6. La evaluación y el trato de niños que han sufrido abusos sexuales consiste en: (1) el tratamiento del trauma físico y psicológico, (2) la recolección y el procesamiento de evidencia y (3) la prevención del embarazo y enfermedades venéreas.
7. Es necesario que los médicos determinen la naturaleza y el nivel del funcionamiento de la familia en lo que concierne a la protección del niño. Es esencial que los médicos comprendan y sientan cómo las relaciones maritales, medidas disciplinarias, presiones económicas, problemas emocionales y el abuso del alcohol, drogas y otras sustancias, además de otras formas de estrés, están relacionadas con el maltrato del niño.
8. Es decisivo para el médico tener conocimientos sobre el maltrato y el abandono. A menudo la evidencia física no es obvia y sólo a través de una entrevista detenida con el niño y los padres se pueden revelar las inconsistencias entre los datos objetivos e históricos.
9. Al detectar un niño que se sospecha ha sido víctima de abuso, el médico debe adoptar las siguientes medidas: (1) informar sobre

todos los casos sospechosos a los servicios de protección del niño, (2) hospitalizar a todo niño que haya sido víctima de abuso y que necesite protección durante el período de evaluación inicial y (3) informar a los padres el diagnóstico y a los servicios de protección, las heridas del niño.

10. El niño es el paciente del médico y, por lo tanto, la principal preocupación del médico. Entonces, es responsabilidad del médico hacer todo lo posible por proteger al niño de daño posterior. Por lo general, la ley obliga a contactar el organismo apropiado encargado de la protección del niño. En algunos casos, también es necesario la admisión del niño en un hospital.
11. Si el niño es hospitalizado, es necesario hacer una pronta evaluación de sus problemas físicos, emocionales y de desarrollo. Si el médico que originalmente reconoció el problema de maltrato en el niño no puede hacer tal evaluación, debe entonces consultar al equipo multidisciplinario del hospital o a otros médicos que tengan conocimientos especializados en el maltrato del niño.
12. Si hay sospechas de maltrato, el médico debe discutir con los padres el hecho de que el maltrato al niño aparece en el diagnóstico diferencial del problema de su hijo. Durante la discusión, es esencial que el médico mantenga la objetividad y evite emitir juicios o declaraciones acusatorias.
13. Es esencial que el médico registre la información en la hoja médica durante el proceso de evaluación. El registro médico a menudo proporciona evidencia crucial en la Corte de Justicia.
14. Los médicos deben participar en todos los niveles de la prevención proporcionando asesoramiento pre y posnatal a la familia, identificando los problemas de formación del niño y aconsejando sobre la planificación familiar y el control de natalidad.
15. Los médicos deben estimular las medidas de salud pública y personal, como visitas a domicilio de enfermeras, orientación temprana por los padres y buenos exámenes a los infantes y niños. Los médicos deben apoyar los programas que mejoran la salud general del niño y que ayudan a evitar el maltrato del niño.
16. Los médicos deben reconocer que el maltrato y abandono del niño es un problema complejo y que puede haber necesidad de recurrir a otro tipo de tratamiento o atención para ayudar a los niños maltratados y a sus familiares. El desarrollo de un tratamiento adecuado requiere la contribución de muchas profesiones, incluyendo la medicina, derecho, enfermería, educación, sicología y asistente social.
17. Los médicos deben promover el desarrollo de programas innovadores que hagan avanzar el conocimiento y la capacidad médica en

- el campo del maltrato y abandono del niño.
18. En caso de maltrato del niño, el secreto profesional debe eliminarse. El primer deber del médico es proteger a su paciente si sospecha que ha sido víctima de maltrato. Se debe hacer un informe oficial a las autoridades correspondientes, no importa qué tipo de abuso (físico, sexual, mental).
 19. Los médicos deben apoyar la promulgación de leyes en sus respectivos países que identifiquen y protejan eficazmente a los niños maltratados. Dichas leyes también deben proteger a los médicos y a otros profesionales de la salud por su participación en la identificación, atención y tratamiento de los niños maltratados.
 20. Los médicos deben apoyar la legislación que permita al niño maltratado presentar una acción legal contra el supuesto agresor durante un período razonable, después que el niño cumpla su mayoría de edad legal. Los médicos también deben apoyar los procesos legales justos y objetivos que pretendan evitar razonablemente las acusaciones de maltrato de niños sin pruebas y que requieran de evidencia objetiva para iniciar cualquier tipo de acción legal contra el supuesto agresor de un niño.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
ATENCIÓN DE PACIENTES CON FUERTES DOLORES CRÓNICOS
EN LAS ENFERMEDADES TERMINALES

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

17.X

Introducción

La atención de pacientes con enfermedades terminales con fuertes dolores crónicos, debe proporcionar un tratamiento que permita a dichos pacientes poner fin a sus vidas con dignidad y motivación. Existen los analgésicos, con o sin opio, y cuando se utilizan debidamente son eficaces calmantes de dolores en los pacientes con enfermedades terminales. El médico y otro personal que atienda a los pacientes con enfermedades terminales debe entender claramente el funcionamiento del dolor, la farmacología clínica de los analgésicos y las necesidades del paciente, su familia y amigos. También es imperativo que los gobiernos aseguren el suministro de las cantidades médicamente necesarias de analgésicos con opio, para su apropiada aplicación en el control de fuertes dolores crónicos.

Principios del tratamiento clínico de fuertes dolores crónicos

Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, el médico debe concentrar sus esfuerzos a fin de aliviar el sufrimiento. El dolor es sólo una parte del sufrimiento del paciente. Sin embargo, las consecuencias del dolor en la vida del paciente pueden variar desde una molestia tolerable a una sensación de frustración aplastante y agotadora.

La experiencia clínica ha demostrado que, en general, lo grave es la manera en que se utiliza la droga con opio para aliviar los fuertes dolores crónicos en los pacientes con enfermedades terminales, no el tipo de droga. Sin embargo, es importante que el médico distinga el dolor agudo del dolor que puede ser crónico, ya que la diferencia puede tener significativas consecuencias para el uso de analgésicos con opio. A continuación se presentan los principios generales que deben guiar el tratamiento de fuertes dolores crónicos, en especial con la utilización de medicamentos analgésicos.

1. El tratamiento debe ser individualizado a fin de satisfacer las necesidades del paciente y mantenerlo lo más cómodo posible.
2. Se debe entender que las necesidades de los pacientes con dolores crónicos a menudo son distintas a las de los pacientes con dolores agudos.
3. El médico debe conocer la fuerza, duración del efecto y efectos secundarios de los analgésicos disponibles, a fin de seleccionar el medicamento apropiado, como también la dosis, la vía y el horario para asegurar el mejor alivio del dolor para el paciente.
4. La combinación de analgésicos con opio y sin opio puede proporcionar mayor alivio del dolor a los pacientes para los que los analgésicos sin opio no son suficientes. Esto se puede lograr sin producir un potencial mayor acompañado de efectos secundarios indeseables.
5. La tolerancia de los efectos de un analgésico con agonista de opio se puede anular cambiando a un agonista de opio alternativo. Esto está basado en la falta de tolerancia cruzada completa entre los distintos analgésicos con opio.
6. La dependencia yatrogénica no debe considerarse como un problema principal en el tratamiento de fuertes dolores de la enfermedad neoplásica y nunca debe ser la causa que elimine los analgésicos fuertes a los pacientes que los pueden aprovechar.
7. Los gobiernos deben examinar hasta qué punto los sistemas de atención médica y las leyes y reglamentaciones permiten el uso de analgésicos con opio para fines médicos, deben identificar los posibles impedimentos a dicho uso y desarrollar planes de acción, a fin de facilitar el suministro y disponibilidad de analgésicos con opio para todas las indicaciones médicas apropiadas.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre las
ARMAS QUÍMICAS Y BIOLÓGICAS

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

17.Y

La Asociación Médica Mundial llama la atención de la profesión médica a través de todo el mundo sobre los peligros que presentan las armas químicas y biológicas. Entre otros peligros más obvios se destacan:

- a) La utilización de dichas armas tendría un efecto devastador sobre la población civil, además del personal militar, no sólo en el área afectada por el impacto, sino también en lugares a gran distancia, tal vez fuera de los límites nacionales de los combatientes.
- b) Los efectos de exposición a las armas químicas y biológicas representan una continua amenaza para la salud del ser humano a largo plazo que causen posiblemente enfermedades, heridas y defectos en la población por un largo tiempo.
- c) Los efectos de exposición a las armas químicas y biológicas también pueden tener como resultado cambios impredecibles, complejos y permanentes en el ambiente natural, incluyendo animales, plantas y fuentes de agua, destruyendo así el origen de los alimentos para el ser humano, lo que tendría como consecuencia una gran mortalidad.
- d) Los servicios de atención médica existentes, la tecnología y el personal médico pueden ser insuficientes para aliviar el sufrimiento causado por la exposición a las armas químicas y biológicas.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial llama a los médicos a consagrar sus vidas al servicio de la humanidad, a prometer que la salud del paciente estará ante todo y que no empleará sus conocimientos médicos en contra de las leyes humanas.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial estipula que la misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben estar dedicados al cumplimiento de esta misión.

La Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial comienza con el siguiente párrafo:

«Es el privilegio del médico practicar la medicina al servicio de la humanidad, preservar y restablecer la salud mental y corporal sin distinción de personas, aliviar el sufrimiento de sus pacientes. Mantener el máximo respeto por la vida humana, incluso bajo amenaza, sin hacer jamás uso de sus conocimientos médicos en contra de las leyes humanas».

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial considera que es contrario a la ética de los médicos, cuya misión es prestar atención médica, participar en la investigación y producción de armas químicas y biológicas, y utilizar su conocimiento personal y científico en la concepción y fabricación de dichas armas:

Además, la Asociación Médica Mundial:

- 1) Condena la producción y utilización de armas químicas y biológicas.
- 2) Pide a todos los gobiernos que se abstengan de producir y utilizar armas químicas y biológicas.
- 3) Pide a todas las asociaciones médicas nacionales que se sumen a la AMM y apoyen activamente esta Declaración.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre la ÉTICA MÉDICA EN CASOS DE CATÁSTROFES

Adoptada por la 46ª Asamblea General de la AMM
Estocolmo, Suecia, setiembre 1994

17.Z

1. La definición de catástrofe para los objetivos de este documento se centra en especial en los aspectos médicos.
Una catástrofe es un suceso nefasto, por lo general imprevisto y violento, que puede producir mucha destrucción material, importante desplazamiento de población y/o gran número de víctimas y/o significativa desorganización social, o varias de estas tres consecuencias a la vez. Esta definición excluye las situaciones provocadas por conflictos y guerras, internacionales o internas, que producen otros problemas, además de los mencionados en este documento. Del punto de vista médico, estas situaciones van acompañadas de un desequilibrio fuerte e imprevisto entre las posibilidades de intervención de los médicos y las necesidades de las víctimas o personas cuya salud está amenazada, en un tiempo dado.
2. Las catástrofes, sean éstas naturales, como los terremotos, o tecnológicas, como los accidentes nucleares o químicos, o fortuitas, como los descarrilamientos de trenes, se caracterizan por diversos elementos que causan problemas particulares:
 - a) el carácter imprevisto que necesita una acción rápida;
 - b) la escasez de recursos médicos disponibles en las situaciones normales, en relación al gran número de víctimas que necesitan que los recursos disponibles se utilicen de manera eficaz para salvar el máximo de vidas;
 - c) los daños materiales o naturales que hacen difícil y/o peligroso el acceso a las víctimas;
 - d) efectos adversos para la salud, debido a la contaminación y los riesgos de epidemia;
 - e) un contexto de inseguridad que puede necesitar medidas policiales o militares para mantener el orden;
 - f) el aspecto de los medios de difusión.

Las catástrofes inician una reacción multidisciplinaria que pone en marcha numerosos tipos de ayuda, que van desde los transportes y aprovi-

sionamiento de alimentos hasta la atención médica, pero siempre dentro de un marco de seguridad (policía, bomberos, ejército...). Estas operaciones necesitan una autoridad eficaz y centralizada que coordine las acciones públicas y privadas. Los servicios de rescate y los médicos que se enfrentan a una situación excepcional donde las necesidades de ética hacia la colectividad se combinan con la ética individual en un contexto emocional irritante.

Las normas éticas definidas y enseñadas anteriormente deben ser un complemento de la ética individual de los médicos.

Los escasos recursos médicos y/o la desorganización en terreno y el aumento de heridos en poco tiempo, crean un verdadero problema ético.

La prestación de servicios médicos en esas condiciones plantea diversos problemas éticos que se agregan a los técnicos y a los de organización. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial recomienda las siguientes normas éticas en el marco de la función del médico en situaciones de catástrofe.

3. Selección

- 3.1 La selección de las víctimas plantea el primer problema ético debido a la desproporción entre los medios de tratamiento disponibles inmediatamente y la gran cantidad de víctimas con distintos grados de gravedad. La selección es una medida médica de dar prioridades en el tratamiento y administración basados en el diagnóstico y la formulación de un pronóstico. La sobrevivencia de los pacientes dependerá de la selección, que debe hacerse de manera rápida, tomando en cuenta las necesidades médicas, posibilidades de intervención y recursos disponibles. La resucitación y la selección deben hacerse simultáneamente.
- 3.2 La selección debe entonces confiarse a un médico experimentado, con autoridad, asistido por un personal organizado y competente.
- 3.3 El médico debe separar a las víctimas en las siguientes categorías:
 - a) heridos recuperables en peligro de muerte que deben ser atendidos de inmediato o cuyo tratamiento debe asegurarse en prioridad en las horas siguientes;
 - b) heridos que no tienen la vida en peligro inmediato y que necesitan atención urgente, pero no inmediata;
 - c) heridos leves que sólo necesitan atención simple, que pueden ser atendidos después o por personal de rescate;
 - d) víctimas en estado de shock que necesitan recuperarse, a las

que no se puede atender en forma individual, pero que necesitan recuperarse o tomar un sedante, en caso que estén muy afectadas;

- e) heridos que necesitan más recursos terapéuticos que los disponibles y que sufren de lesiones muy graves, como radiaciones y quemaduras generales en grado irrecuperable o casos quirúrgicos complejos que necesitan una operación muy delicada y prolongada, lo que obliga a que el médico realice una selección entre los pacientes. Por estas razones, todas estas víctimas pueden ser clasificadas como casos de «urgencias sobrepasadas». La decisión de abandonar una persona herida por las prioridades que requiere la situación de catástrofe, no puede ser considerada como una «falta de ayuda a una persona en peligro de muerte». Se justifica cuando se trata de salvar el mayor número de heridos;
- f) como los casos pueden evolucionar y cambiar de categoría, es indispensable que la persona a cargo de la selección realice una evaluación regular.

3.4 a) Desde el punto de vista ético, el problema de la selección y de la actitud que concierne a los casos de urgencias sobrepasadas se inscribe en el marco de la distribución de los recursos disponibles de inmediato en circunstancias excepcionales de fuerza mayor. No es una actitud ética para el médico tratar casos perdidos y desperdiciar así recursos escasos necesarios para otras víctimas. Sin embargo, el médico debe tener compasión por sus pacientes, ayudarlos y respetar la dignidad de la vida privada aislándolos y dándoles calmantes apropiados.

- b) El médico debe obedecer lo que le dicte su conciencia, considerando los recursos disponibles. El médico debe organizar sus prioridades para tratamientos que salven el máximo de casos graves recuperables y limitar la morbilidad al mínimo, aceptando los límites que imponen las circunstancias.

El médico debe prestar especial atención a las necesidades de los niños.

4. Relaciones con las víctimas

4.1 El tipo de atención prestada a las víctimas será de primeros auxilios y de emergencia. En casos de catástrofe, el médico debe prestar atención médica a todo el que la necesite, sin esperar que se le llame.

- 4.2 Al seleccionar a los pacientes que pueden ser salvados, el médico debe considerar sólo el grado de emergencia y no debe tomar en cuenta ninguna consideración basada en criterios no médicos.
- 4.3 Las relaciones con las víctimas están dictadas por la atención de primeros auxilios y las necesidades, lo que implica que la necesidad de proteger los intereses del paciente será respetada si es posible, al obtener su consentimiento en la emergencia inmediata. Sin embargo, el médico se debe adaptar a las diferencias culturales de las poblaciones en cuestión y proceder según lo requiera la situación. Se esforzará para prestar la mejor atención posible, tanto en el plano tecnológico como emocional, a fin de salvar la mayor cantidad de vidas posibles y reducir al máximo la morbilidad.
- 4.4 Las relaciones con las víctimas implican también el duelo, es decir, el respeto de la dignidad y la moral de las víctimas y familiares, como el acompañamiento de los sobrevivientes, aparte de las acciones técnicas, reconociendo y dando apoyo a la angustia psicológica.
- 4.5 El médico debe respetar las costumbres, ritos y religión de las víctimas y mantener su imparcialidad.
- 4.6 Si es posible, se debe informar sobre las dificultades en terreno y la identificación de las víctimas para hacer un seguimiento médico.

5. Relaciones con terceros

El médico debe asegurar el carácter confidencial de la información de sus pacientes cuando enfrente a los medios de comunicación y otras terceras personas. También debe ser cauto y objetivo y actuar con dignidad en relación al clima emocional y político que se vive en las situaciones de catástrofes.

6. Deberes del personal médico asistencial

Los principios éticos que se aplican a los médicos también se aplican al personal que está bajo la dirección del médico.

7. Educación

La Asociación Médica Mundial recomienda que la educación sobre la medicina de catástrofes sea incluida en los estudios universitarios y en los currículos médicos de los cursos de posgrado.

8. **Responsabilidad**

La Asociación Médica Mundial solicita a todos los estados miembros y compañías de seguros que establezcan una responsabilidad menor o sin culpa y cubrir la responsabilidad civil y los daños personales que puedan producir los médicos cuando prestan atención médica en las situaciones de catástrofe o urgencia.

La AMM solicita a los gobiernos que:

- a) ayuden y protejan a los médicos extranjeros y acepten sus acciones, aspectos y presentación (por ejemplo, Cruz Roja o Creciente Rojo) sin discriminación de raza, religión, etcétera;
- b) den prioridad a los servicios médicos sobre las visitas de dignatarios.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
OBSERVACIÓN MÉDICA A DOMICILIO, TELEMEDICINA Y ÉTICA MÉDICA

Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial
Marbella, España, setiembre de 1992

17.35

Las tecnologías y terapias médicas modernas han permitido tratar y controlar (pero no sanar) muchas enfermedades potencialmente fatales. Estos logros médicos en el mundo entero han producido, a su vez, un rápido aumento de la población de inválidos y enfermos crónicos de todas las edades. El problema que enfrenta la comunidad de atención médica mundial es cómo entregar la mejor atención a esta población de inválidos y enfermos crónicos (incluyendo la necesidad de crear nuevas tecnologías y organizaciones médico-sociales).

El objetivo de la atención médica en estos casos es controlar la evolución de la enfermedad y ayudar a los pacientes a mantener su independencia y un máximo nivel de función en sus domicilios y comunidades.

El propósito de la atención médica no sólo incluye el diagnóstico y el tratamiento médico, sino también la educación del paciente sobre la observación y supervisión médica prolongada y cuidado de sí mismo.

Los pacientes deben aprender a realizar una amplia gama de tareas médicas que en el pasado sólo eran llevadas a cabo por personal médico capacitado. Dichas tareas varían desde las de un paciente diabético que controla su nivel de glucosa en la sangre dos o cuatro veces diarias y regula la dosis de insulina apropiada, hasta las de un paciente con un marcapasos que aprende a utilizar el equipo para enviar una cinta con el ritmo electrocardiográfico por teléfono a la consulta del médico local o a un centro de observación distante.

La tecnología de las telecomunicaciones ha abierto nuevas vías para que el médico reúna información y organice las necesidades médicas de sus pacientes a distancia. En la actualidad, mucha información médica puede ser transmitida por teléfono, incluyendo los electrocardiogramas, encefalogramas, rayos X, fotografías y documentos médicos de todo tipo. Dicha información se puede reunir y enviar desde el domicilio de un paciente a un centro médico principal para su interpretación y asesoría sobre el tratamiento. El rápido intercambio de información médica permite al paciente permanecer en su propio domicilio y comunidad, como también recibir la más completa y moderna atención médica.

La Asociación Médica Mundial reconoce que la telemedicina, sin duda, tendrá una función cada vez más importante en el ejercicio de la medicina en el futuro.

Para poner en marcha un sistema de televigilancia se necesita tocar los siguientes temas:

1. Una estación central necesita poder recibir y responder a las llamadas que llegan de distintos sistemas de bio-televigilancia.
2. Se necesita un sistema interactivo, como el sistema de interfonía, que permite dialogar e intervenir.
3. La red de telemedicina debe establecer un vínculo médico desde el domicilio del paciente hasta el centro médico más avanzado.

Para poner en funcionamiento los sistemas de televigilancia se necesita:

1. La utilización de sistemas de comunicación (teléfonos, televisión, satélites) para permitir a los médicos una consulta visual y la cooperación a distancia entre médicos, como también para conectar los establecimientos médicos de alta técnica con:
 - a) centros médicos más pequeños
 - b) domicilios particulares
 - c) clínicas de convalecencia
 - d) áreas geográficamente aisladas y distantes o que no tienen fácil acceso en casos de emergencia.
2. Transmisión de documentos: electrocardiogramas, encefalogramas, fotografías, radiografías, scanners, análisis biológicos, ecogramas, imágenes de resonancia magnética, historia clínica del paciente, etcétera.
 - descripción de síntomas
 - recomendaciones terapéuticas y médico-quirúrgicas
3. Atención a domicilio (red de televigilancia); control en cardiología, obstetricia, diálisis renal, problemas respiratorios, impedimentos físicos graves, etcétera.

La Asociación Médica Mundial reconoce que además de las dificultades tecnológicas que presenta el proyecto y puesta en marcha de los sistemas de telemedicina, existen también muchos problemas éticos y legales en estas nuevas prácticas. Por lo tanto, la Asociación médica Mundial recomienda que los médicos utilicen las siguientes normas como elementos claves en el establecimiento de un sistema/red efectivo de telemedicina.

1. El médico debe determinar que el paciente o la familia sea competente y esté bien informada antes de iniciar un sistema de telemedicina.
Los sistemas que se basan en el paciente o la familia para reunir y enviar información, no serían eficaces si los pacientes no entienden el significado de las pruebas y la importancia de completarlas. La cooperación psicológica y física del pacientes es esencial.
2. Debe existir una estrecha colaboración y confianza entre el paciente y el médico responsable de su atención.
Las organizaciones que proporcionan servicios de telemedicina deben respetar el derecho del paciente de elegir su médico personal.
3. La estrecha colaboración entre el médico personal del paciente y el personal del centro de telemedicina es esencial para asegurar una atención de calidad, individualizada y humana.
4. Se debe asegurar el carácter confidencial de todos los antecedentes del paciente.
Debe existir un estricto control de acceso a los antecedentes, protección tecnológica y penas legales severas por infracción.
5. El control de la calidad del equipo utilizado y de la información enviada es esencial para asegurar una atención adecuada.
Estrictos sistemas de control para la calibración y manutención de equipos son necesarios para la seguridad del paciente.



REGULACIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
en
TIEMPO DE CONFLICTO ARMADO

Adoptadas por la 10ª Asamblea Médica Mundial
La Habana, Cuba, octubre 1956
Editadas por la 11ª Asamblea Médica Mundial
Estambul, Turquía, octubre 1957
y Enmendadas por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

17.50

Regulaciones en tiempo de conflicto armado

1. La ética médica en tiempo de conflicto armado es idéntica a la de tiempo de paz, como está formulada en el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. La primera obligación del médico es su deber profesional, al cumplir su deber, su conciencia es su guía suprema.
2. La misión esencial de la profesión médica es preservar la salud y salvar la vida humana. Por lo tanto, no se considera ético:
 - a) dar consejo o realizar un acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no esté justificado por el bienestar del paciente;
 - b) debilitar la resistencia física o mental de un ser humano sin justificación terapéutica;
 - c) utilizar métodos científicos para atentarse contra la salud o la vida humana.
3. Los experimentos sobre seres humanos están sometidos en tiempo de conflicto armado a las mismas reglas que en tiempo de paz, están estrictamente prohibidos sobre aquellos individuos que no disponen de su libertad y, en especial, sobre aquellos prisioneros civiles y militares y la población de países ocupados.
4. En caso de urgencia, el médico debe suministrar siempre los cuidados inmediatos imparcialmente y sin consideración de sexo, raza, nacionalidad, religión, afiliación política o cualquier otro criterio similar. Dicha asistencia médica debe continuarse siempre mientras sea necesaria y practicable.
5. El médico está obligado a guardar el secreto médico en el ejercicio de su profesión.
6. Los privilegios y las atribuciones conferidas al médico deben servirle únicamente para el ejercicio de su misión profesional.

Reglas que regulan la atención del enfermo y del herido particularmente en tiempo de conflicto

- A. 1. Toda persona militar o civil debe recibir, en cualquier circunstancia y sin demora, la atención que exige su estado, sin consideración de sexo, raza, nacionalidad, religión, afiliación política o cualquier otro criterio similar.
- 2. Todo atentado a la salud y a la integridad corporal o mental del hombre, que no esté justificada por razones terapéuticas, está prohibido.
- B. 1. En casos de emergencia, los médicos y el personal médico asociado deben prestar atención inmediata en la mejor forma posible dentro de su capacidad. No se hará ninguna distinción entre pacientes, salvo la que justifique la urgencia médica.
- 2. Los miembros de la profesión médica y auxiliares deben recibir la protección necesaria para ejercer libremente sus actividades profesionales, dándoseles toda asistencia en el desempeño de su misión. Tendrán en particular el derecho de circular libremente y de ir a todos los lugares donde su presencia fuera necesaria. La independencia profesional del médico será siempre respetada.
- 3. El cumplimiento de las actividades y responsabilidades médicas no será, bajo ninguna circunstancia, considerado como delito. El médico nunca debe ser procesado por mantener el secreto profesional.
- 4. En el desempeño de su misión, las profesiones médicas y auxiliares se identificarán por el emblema distintivo de la serpiente y la vara roja sobre fondo blanco. Su uso está regulado por una reglamentación especial.



**DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
LIBERTAD DE PARTICIPAR EN REUNIONES MÉDICAS**

Adoptada por la 36ª Asamblea Médica Mundial
Singapur, octubre 1984

17.90

La independencia y la libertad profesionales son indispensables al médico para que pueda dispensar una atención adecuada a sus pacientes. Por tal razón, no debe haber ningún obstáculo filosófico, religioso, racial, político, geográfico, físico o de ninguna otra índole que impida al médico participar en actividades profesionales que le permitan adquirir la información, conocimiento, competencia y técnicas necesarias para prestar atención médica adecuada a sus pacientes.

Dado que el propósito de la AMM es servir a la humanidad mediante el esfuerzo por alcanzar los niveles más altos en la enseñanza de la medicina, la ciencia médica, el arte de la medicina, la ética médica y el cuidado de la salud para todos los pueblos del mundo, no debe, por lo tanto, existir ninguna barrera que impida a los médicos asistir a reuniones de la AMM o a otras reuniones médicas, no importa el lugar donde ellas sean realizadas.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre las
ARMAS Y SU RELACIÓN CON LA VIDA Y LA SALUD

Adoptada por la 48ª Asamblea General
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

17.130

Introducción

La Asociación Médica Mundial (AMM) reconoce que cuando las naciones entran en guerra o comienzan a fabricar armamento, lo hacen por razones estratégicas y, por lo general, es por un período corto. No consideran los efectos inmediatos o a largo plazo del uso que el armamento tendrá en los civiles que no participan en el conflicto y en su población, y en la salud pública como un todo, a corto o a largo plazo.

Sin embargo, la profesión médica debe enfrentar los efectos inmediatos y a largo plazo de la guerra, en especial los efectos de la utilización de diferentes tipos de armamento.

Definición

Al considerar la función del médico en el control de las heridas de armas, sufrimientos y muertes, la AMM reconoce que el efecto de la utilización de armamento se puede considerar como un problema de salud pública.

Ningún tipo de armamento es médicamente aceptable para el médico, pero éste puede ayudar a realizar controles eficaces sobre las armas que producen heridas o sufrimientos tan extremos como para aplicar los términos del Derecho Internacional Humanitario.

Es considerable el potencial de conocimientos científicos y médicos para contribuir a la fabricación de nuevos sistemas de armamento, destinados a personas y poblaciones específicas, o contra sistemas del cuerpo del ser humano. Esto puede incluir la fabricación de armas destinadas a afectar los sistemas anatómicos o fisiológicos, como la visión, o que utilicen los conocimientos sobre similitudes y diferencias genéticas del ser humano. Los médicos que participen en la investigación de los efectos de dichos tipos de armamento, ya sea como agentes de las compañías que fabrican armas o como representantes de organismos de control, se verán enfrentados a desafíos éticos extraordinarios, ya que su labor puede ser utilizada por personas que no respetan la legislación internacional o las normas aceptadas.

Aunque los efectos del uso de armas en las personas que no participan en el conflicto y en grupos o sociedades se pueden identificar, en la actualidad no existen normas que se utilicen comúnmente para medir los efectos de las armas. En el Derecho Internacional Humanitario se estipula que son ilegales las armas que produzcan heridas que causen «sufrimientos innecesarios o males superfluos». Estos términos no están definidos y necesitan interpretación cuando se apliquen normas objetivas, a fin de que la ley sea eficaz.

Estas normas ayudarían a los abogados que utilizan el Derecho Internacional Humanitario a hacer una evaluación de la legalidad de las nuevas armas que se fabrican en la actualidad, en comparación con un sistema de evaluación objetivo y acordado de los efectos médicos e identificaría a las personas que violen la ley, si se aplica.

La participación del médico en la elaboración de dichas normas objetivas es esencial si se quiere integrar en el proceso legal. Sin embargo, se debe reconocer que los médicos se oponen a todo uso de armamento contra el ser humano.

Recomendaciones

La AMM considera que el desarrollo, la fabricación y la venta de armas para uso contra el ser humano es detestable. Para apoyar la prevención y disminución de heridas por armas, la AMM:

1. Apoya los esfuerzos internacionales, del Comité Internacional de la Cruz Roja y otros, para definir normas objetivas que midan los efectos de las armas actuales y futuras, y que puedan utilizarse para terminar con el desarrollo, fabricación, venta y uso de armamento.
2. Reconoce que la medicina moderna depende del desarrollo permanente de la tecnología e insiste en que no se debe abusar o cambiar dicha tecnología para el desarrollo de armas.
3. Exhorta a las asociaciones médicas nacionales (AMNs) para que exijan a sus respectivos gobiernos que cooperen con la recolección de la información necesaria para establecer normas objetivas.
4. Hace un llamado a las AMNs para que apoyen y motiven la investigación sobre los efectos en la salud pública global del uso de armas, y para que publiquen los resultados de dicha investigación a nivel nacional e internacional, a fin de asegurarse que tanto la opinión pública como los gobiernos estén conscientes de las consecuencias a largo plazo en la salud, del uso de armas para las personas que no participan en conflictos y para las poblaciones.



DECLARACIÓN DE OTTAWA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
EL DERECHO DEL NIÑO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

17.170

Introducción

1. La atención médica del niño, ya sea en su domicilio o en el hospital, incluye aspectos médicos, psicoafectivos, sociales y económicos que interactúan en el proceso de recuperación y que requieren una preocupación particular en cuanto a los derechos del niño como paciente.
2. El artículo 24 de la Convención de Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño, reconoce el derecho del niño a gozar de los más altos niveles logrados en salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y recuperación de la salud, y estipula que las naciones deben esforzarse en asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al acceso a dichos servicios de atención médica.
3. En el contexto de esta Declaración, el niño se describe como un ser humano desde el momento de su nacimiento hasta fines de sus 17 años, a menos que según la legislación del país en cuestión, el niño sea reconocido legalmente como adulto a otra edad.

Principios generales

4. Todo niño tiene el derecho inherente a la vida, al igual que el derecho a tener acceso a los servicios apropiados para la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, y recuperación de la salud. Los médicos y el personal de salud tienen la responsabilidad de reconocer y promover estos derechos, y de pedir que los recursos materiales y humanos sean proporcionados para que los mantengan y los cumplan. En especial, se debe hacer todo lo posible:
 - i) para proteger lo máximo posible la sobrevivencia y el desarrollo del niño, y para reconocer que los padres (o los representantes legales) son los primeros responsables del desarrollo del niño y que ambos padres tienen responsabilidades comunes al respecto;

- ii) para asegurar que el interés superior del niño sea la consideración principal en la atención médica;
- iii) para resistir toda discriminación, cuando se proporcione atención médica, de edad, sexo, enfermedad, incapacidad, religión, origen étnico, nacionalidad, afiliación política, raza, inclinación sexual o posición social del niño o de sus padres, o de los representantes legales;
- iv) para lograr una atención médica apropiada prenatal y posnatal de la madre y del niño;
- v) para asegurar que todo niño tenga una atención médica apropiada, con énfasis en la atención médica primaria, la atención psiquiátrica pertinente para los niños que la necesiten, el tratamiento del dolor y la atención del caso a las necesidades especiales de los niños incapacitados;
- vi) para proteger a todo niño de exámenes de diagnóstico, tratamiento e investigación innecesarios;
- vii) para combatir la enfermedad y desnutrición;
- viii) para crear una atención médica preventiva;
- ix) para eliminar el maltrato del niño en sus diversas formas;
- x) para eliminar las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.

Principios específicos

Calidad de la atención

5. El equipo que proporciona la atención médica al niño debe asegurar la continuidad y la calidad de ésta.
6. Los médicos y el personal de salud que atienden al niño deben tener una formación especial y los conocimientos necesarios para que puedan responder apropiadamente a las necesidades médicas, físicas, emocionales y del desarrollo del niño y de su familia.
7. Cuando se deba hacer una elección entre pacientes niños para un tratamiento especial cuya aplicación es limitada, se debe garantizar que los pacientes individuales tengan un procedimiento de selección justo para dicho tratamiento, que se haga sólo en base a consideraciones médicas y sin discriminación.

Libertad de elección

8. Los padres o representantes legales, o cuando el niño mismo tiene la madurez suficiente deben: poder elegir libremente y cambiar el

médico del niño, estar satisfechos porque el médico seleccionado tiene la libertad de emitir opiniones clínicas y éticas sin interferencia externa, pedir un segundo diagnóstico de otro médico en todo momento.

Consentimiento y autodeterminación

9. El paciente niño y sus padres o representantes legales tienen derecho a tener una participación informada activa en todas las decisiones que afecten la atención médica del niño. Los deseos del niño deben considerarse al tomar dichas decisiones y se les debe dar importancia, según su capacidad de comprensión. El niño maduro, según la opinión del médico, tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica.
10. Experto en una emergencia (véase párrafo 12 a continuación), se necesita el consentimiento informado antes de comenzar un proceso de diagnóstico o de terapia en un niño, en especial cuando se trate de un procedimiento invasivo. En la mayoría de los casos, el consentimiento debe obtenerse de los padres o de los representantes legales; sin embargo, los deseos expresados por el niño deben tomarse en cuenta antes de otorgar el consentimiento. No obstante, si el niño tiene la madurez y comprensión suficientes, el consentimiento informado se debe obtener del niño mismo.
11. En general, el paciente niño capacitado y sus padres o representantes legales pueden abstenerse de otorgar consentimiento a un procedimiento o terapia. Aunque se supone que los padres o representantes legales actuarán en beneficio del niño, a veces no es así. Cuando uno de los padres o representante legal niega el consentimiento a un procedimiento y/o tratamiento, sin el cual la salud del niño se pondría en grave e irreversible peligro y para el cual no hay alternativa dentro del contexto de atención médica generalmente aceptada, el médico debe obtener la autorización judicial o legal pertinente para aplicar dicho procedimiento o tratamiento.
12. Si el niño está inconsciente o no puede dar su consentimiento y no se dispone de uno de los padres o representantes legales, en circunstancias en que se necesita una intervención médica de urgencia, en ese caso se puede suponer el consentimiento específico para la intervención, a menos que sea obvio y que no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente o por convicción de que el consentimiento para la intervención sería rechazado para esa situación en particular (sujeto a lo estipulado en el párrafo 7 anterior).

13. El paciente niño y sus padres o representantes legales tienen derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina. Dicha negación nunca debe interferir en la relación médico-paciente o poner en peligro la atención médica del niño u otros beneficios a los que tenga derecho.

Acceso a la información

14. El paciente niño y (excepto en las circunstancias descritas en el párrafo 18 a continuación) sus padres o representantes legales tienen derecho a estar totalmente informados sobre su salud y condición médica, siempre que esto no vaya contra los intereses del niño. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del niño sobre una tercera persona no debe ser entregada a éste, sus padres o representantes legales sin el consentimiento de dicha persona.
15. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura y al nivel de comprensión del receptor. Esto es especialmente importante en el caso de la información que se entrega al niño, quien debe tener el derecho a acceder a la información general sobre salud.
16. Excepcionalmente, se puede retener cierta información frente al niño o sus padres o representantes legales, cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para la vida o salud del niño, o para la salud física o mental de otra persona aparte del niño.

Secreto

17. En general, la obligación de los médicos y del personal de salud de mantener el secreto sobre información médica y personal identificable de pacientes (incluida la información sobre el estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento), se aplica tanto para el caso de pacientes niños como para los adultos.
18. El paciente niño lo suficientemente maduro como para ir a una consulta sin sus padres o representantes legales, tiene derecho a la vida privada y puede solicitar servicios confidenciales. Dicha solicitud debe ser respetada y la información obtenida durante la consulta o sesión de orientación no debe ser revelada a los padres o representantes legales, excepto con el consentimiento del niño o en circunstancias cuando el secreto del adulto puede ser conocido. Además, cuando el médico tratante tenga buenas razones para concluir que a pesar de que el niño no está acompañado, éste no está

capacitado para tomar una decisión informada sobre un tratamiento, o que sin intervención de los padres la salud del niño se pondría en grave e irreversible peligro; en ese caso, en circunstancias excepcionales, el médico puede revelar información confidencial, obtenida durante una consulta sin estar acompañado, a los padres o representantes legales. Sin embargo, el médico primero debe dar a conocer al niño las razones de su decisión e intentar convencerlo que esté de acuerdo con esto.

Hospitalización

19. El niño debe ser hospitalizado sólo si la atención que necesita no puede ser prestada en su domicilio o sobre una base diaria.
20. El niño debe ser hospitalizado en un ambiente diseñado, amoblado y equipado, adecuado a su edad y condición de salud; el niño no debe ser hospitalizado en salas de adultos, salvo en circunstancias especiales, debido a su condición médica, por ejemplo, para un parto o término del embarazo.
21. Se debe hacer todo lo posible para que un niño hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres o padres sustitutos, quienes deben tener alojamiento apropiado, cuando proceda, en el hospital o en sus cercanías, gratuitamente o con costo mínimo, y deben tener la posibilidad de ausentarse de sus trabajos, sin perjuicio para su empleo.
22. Todo niño hospitalizado debe ser autorizado al máximo contacto externo y visitas posibles, sin restricción de edad del visitante, excepto en circunstancias cuando el médico tratante tenga buenas razones para considerar que las visitas no serán beneficiosas para el niño.
23. Cuando un niño de corta edad ha sido hospitalizado, su madre debe tener la posibilidad de amamantarlo, a menos que exista una contraindicación médica válida para impedirsele.
24. El niño hospitalizado debe tener la posibilidad y facilidad, apropiada a su edad, de jugar, recrearse y continuar su educación. Para facilitarla, se debe instar al empleo de profesores especializados o que el niño tenga acceso a programas adecuados de aprendizaje a distancia.

Maltrato del niño

25. Se deben tomar todas las medidas apropiadas para proteger al niño de todas las formas de trato negligente, violencia física o mental,

maltrato, lesiones o abuso, incluido el abuso sexual. En este contexto, se llama la atención a lo establecido en la *Declaración de la AMM sobre Maltrato y Abandono del Niño* (Doc. 17.W).

Enseñanza de la salud

26. Los padres y niños apropiados a su edad y/o desarrollo deben tener acceso y apoyo total en la aplicación de conocimientos básicos de salud infantil y nutrición, incluidas las ventajas de la lactancia materna, como también de higiene, salud ambiental, prevención de accidentes, educación sexual y de reproducción.

Dignidad del paciente

27. El paciente niño debe ser tratado siempre con tacto y comprensión, y con respeto por su dignidad y vida privada.
28. Se debe hacer todo lo posible para evitar, o si no es posible, disminuir el dolor y/o sufrimiento, y mitigar el estrés físico o emocional en el paciente niño.
29. El niño que padece una enfermedad terminal debe recibir asistencia paliativa apropiada y toda la ayuda necesaria para que tenga una muerte lo más digna y aliviada posible.

Asistencia religiosa

30. Se debe hacer todo lo posible para asegurar que el paciente niño tenga acceso a una asistencia espiritual y moral apropiada, incluida la de un representante de su religión.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
OTORGAMIENTO DE LICENCIAS A LOS MÉDICOS QUE ESCAPAN
DE LA PERSECUCIÓN POR GRAVES DELITOS PENALES

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

17.210

Introducción

Los médicos están regidos por la ética médica para trabajar por el bien de sus pacientes. La participación del médico en tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad es contraria a la ética médica, los derechos humanos y la legislación internacional. El médico que comete dichos crímenes está inhabilitado para ejercer la medicina.

Definición

Los médicos que pretenden trabajar en cualquier país están sujetos a los reglamentos de otorgamiento de licencias de dicho país. La persona que desea inscribirse para ejercer la profesión tiene el deber de demostrar que está habilitada para hacerlo. Los organismos que otorgan licencias en algunos países son distintos de la asociación médica nacional.

Los médicos que pierden sus licencias en un país después de haber sido declarados culpables de grave mala conducta profesional por las autoridades que otorgan licencias o después de una condena penal, por lo general no podrán obtener una licencia para ejercer en otro país. Esto se debe a que la mayoría de las autoridades que otorgan licencias no sólo piden pruebas de los títulos, sino que también exigen pruebas de que el postulante inmigrante sigue autorizado profesionalmente en su país de origen.

Sin embargo, los médicos que han sido acusados por organismos internacionales de tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad, a veces han podido escapar del país donde se cometieron dichos crímenes y se han inscrito para ejercer la medicina ante las autoridades que otorgan licencias en otro país. Esto va claramente contra el interés público y daña la reputación de los médicos.

Recomendación

Las asociaciones médicas nacionales deben utilizar sus propias facultades de otorgamiento de licencias, a fin de asegurar que los médicos sospechosos de participación en tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad no puedan obtener licencias para ejercer, hasta que hayan aclarado dichas sospechas. Las asociaciones médicas nacionales que no pueden otorgar licencias deben informar a las autoridades apropiadas que otorgan licencias sobre los médicos sospechosos de participación en tortura, crímenes de guerra o crímenes contra la humanidad, y deben instar a las autoridades que otorgan licencias a tomar las medidas adecuadas a fin de asegurar que dichos médicos hayan aclarado estas sospechas, antes de otorgales licencias para ejercer la profesión. Cuando exista evidencia precisa de participación en abusos, las asociaciones médicas nacionales o las autoridades que otorgan licencias deben informar a las autoridades correspondientes.



PROPUESTA PARA UN RELATOR DE LAS NACIONES UNIDAS
sobre la
INDEPENDENCIA E INTEGRIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Adoptada por la 49^a Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

17.250

La Asociación Médica Británica (BMA) solicita que la Asociación Médica Mundial (AMM) respalde una propuesta presentada por una red de organizaciones médicas*, preocupadas por los problemas de derechos humanos, para la creación de un cargo de relator de la ONU sobre la independencia y la integridad de los profesionales de la salud.

Se considera que el rol del relator complementa la labor ya realizada por una serie de relatores de la ONU sobre problemas como la tortura, ejecuciones arbitrarias, violencia contra la mujer, etcétera. El nuevo relator estaría encargado de controlar si los médicos pueden desplazarse libremente y que los pacientes tengan acceso a tratamiento médico, sin discriminación de nacionalidad u origen étnico, en zonas de guerra o en situaciones de tensiones políticas. El rol del relator propuesto se detalla en las páginas 2, 3 y 4 de este documento.

La propuesta original fue redactada por un abogado, Cees Flinterman, profesor de derecho constitucional e internacional de la Universidad de Limburg, Maastricht, Holanda. Tiene el respaldo de una variedad de organizaciones médicas descritas al pie de la página*, cuyos intereses son la protección de los derechos humanos y de los médicos que actúan imparcialmente en situaciones de conflicto. Este grupo consultará ampliamente y trabajará con la ayuda de la Comisión Internacional de Juristas a fin de interesar a las Naciones Unidas en esta propuesta.

El Consejo de la BMA respaldó esta propuesta luego de discutirla en 1996. Se agregaría más peso a la campaña si la AMM también apoyara este concepto, cuyo objetivo fundamental es proteger a los médicos y a sus pacientes en situaciones de guerra y en otros casos donde la independencia médica puede verse amenazada por grupos políticos o militares.

* Organizaciones que participan en la red: Amnesty International, British Medical Association, Centre for Enquiry into Health & Allied Themes (Bombay), Graza Community Mental Health, International Committee of the Red Cross, Physicians for Human Rights (en Dinamarca, Israel, Sudáfrica, Reino Unido y Estados Unidos), Asociación Médica Turca y Johannes Weir Foundation.

Propuesta para un relator sobre la independencia y la integridad de los profesionales de la salud

Objetivos

Si aceptamos que en muchas situaciones de conflicto político (como en guerras civiles o internacionales) o de tensión política (como durante la suspensión de los derechos civiles en un estado de emergencia declarado por el gobierno), los profesionales de la salud son a menudo los primeros, fuera de los círculos de gobierno o militares, en tener información detallada sobre las violaciones de derechos humanos, incluidas las violaciones del derecho de la población a tener acceso al tratamiento médico, una red de médicos está ansiosa de establecer una variedad de mecanismos de información nacionales e internacionales, a fin de lograr los siguientes objetivos:

1. Controlar el rol de los profesionales de la salud que trabajan en situaciones donde sus derechos de dar tratamiento o los derechos de los pacientes de recibirlo se ven amenazados.
2. Hacer llamados para proteger a los profesionales de la salud cuando se encuentren en peligro solo por sus actividades profesionales o de derechos humanos.
3. Defender a los pacientes que estén en peligro de ser víctimas de violaciones de derechos humanos por el sólo hecho de buscar tratamiento médico.
4. Instar a los profesionales de la salud a informar las violaciones de derechos humanos.
5. Analizar las informaciones de profesionales de la salud que voluntariamente adopten prácticas discriminatorias.

El grupo considera que los mecanismos de información existentes de la ONU necesitan ser ampliados. Se considera clave, entre las propuestas de nuevos mecanismos, la creación de un cargo de Relator de la ONU que reúna la información pertinente que emane de otros mecanismos existentes en la ONU y que sugiera también dónde se pueden establecer a largo plazo otras redes de información útiles, locales y nacionales. Por lo tanto, en base al material preparado por la Escuela de Derecho de la Universidad de Limburg, Maastricht y difundido por el grupo médico holandés, la Johannes Wier Foundation, el grupo hace campaña por un nuevo cargo de Relator de la ONU sobre la Independencia y la Integridad de los Profesionales de la Salud.

Definición del rol

El rol potencial del Relator de la ONU debe ser definido exhaustivamente de antemano a partir de la experiencia de la persona, y la aplicabilidad práctica de los objetivos debe tener una influencia. Se debe incluir lo siguiente:

- Recibir, evaluar, investigar e informar sobre las actuaciones de represión dirigidas a los profesionales de la salud o destinadas a impedir que las personas reciban atención médica. El relator debe servir como central donde lleguen los informes de personas, grupos de médicos, ONGs, etcétera y además de recibir simplemente información, debe buscar activamente la información, incluidas las visitas a terreno.
- Tomar los principios existentes que se encuentran en la legislación humanitaria y los códigos de ética médica aplicables en los conflictos armados, para establecer normas específicas sobre el tema de la imparcialidad médica en relación al tratamiento de pacientes en situaciones de conflicto político o armado. Se debe instar a la Asociación Médica Mundial y a las asociaciones médicas nacionales a difundir dicha información a los profesionales de la salud durante su formación. A partir de esto, también se debe contar con la institución de mecanismos para ayudar a los profesionales de la salud a protegerse en situaciones donde los derechos humanos corran riesgos.
- El relator también debe tener un rol consultativo, que pida las opiniones de asociaciones profesionales nacionales e internacionales, organismos de derechos humanos y organizaciones humanitarias, con respecto a la protección de los profesionales de la salud y a la defensa del derecho de tratar a los pacientes en forma imparcial.
- El relator debe investigar los informes de profesionales de la salud que transgreden voluntariamente las normas de imparcialidad y no discriminación.

Problemas dentro de sus atribuciones

- La preocupación fundamental es la protección de la naturaleza de la relación médico-paciente de interferencias externas injustificadas, aunque también incluye la transgresión voluntaria de la imparcialidad de parte de los profesionales de la salud. El rol del relator será de asegurar la independencia, integridad e imparcialidad de los profesionales de la salud. Para asegurar estos objetivos es necesario analizar:

- si las decisiones de tratamiento de los profesionales de la salud pueden aplicarse sin entrar en conflicto con presiones indebidas de las autoridades;
 - si la integridad física y la capacidad de los profesionales de la salud para actuar conforme a sus principios profesionales están protegidas;
 - si los profesionales de la salud pueden aplicar un tratamiento en base a las necesidades del paciente;
 - si las personas que necesitan tratamiento médico pueden tener acceso a éste de manera segura;
 - si los profesionales de la salud tienen asegurada la libertad de movimiento, en sus funciones de proveedores de atención médica, y si pueden tener acceso a la gente que necesita los servicios médicos.
- Sus atribuciones serán generales.
 - Por falta de un mecanismo de información, los profesionales de la salud a menudo no pueden tomar medidas contra las violaciones de los derechos del paciente. Uno de los problemas que debe controlar el relator será la introducción de legislación nacional o local, de regulaciones civiles o militares, o de otras reglas que prohíban o limiten la entrega de atención médica a ciertas categorías de paciente.
 - Estará dentro de las atribuciones del relator presentar evidencia o informes de violaciones de imparcialidad médica, incluidas las de los profesionales de la salud que cooperan voluntariamente, a los organismos responsables en el campo médico y a los respectivos gobiernos.
 - Las restricciones generales sobre los servicios médicos o de enfermería entregados a miembros de grupos vulnerables, como los refugiados, solicitantes de asilo, presos, grupos de minorías étnicas, deben ser parte de los problemas controlados por el relator. Este debe contribuir a que los profesionales de la salud cuenten con los medios para poder resistir colectivamente la erosión de dichos derechos del paciente.
 - Las amenazas, intimidaciones o presiones a los profesionales de la salud para discriminar contra los pacientes en base únicamente de consideraciones no médicas, como afiliación étnica, religiosa o racial, deben ser investigadas, incluso si las amenazas no se materializan.
 - Los informes de profesionales de la salud acosados o detenidos simplemente por su profesión o por el ejercicio de sus competencias profesionales, serán investigados por el relator. También serán

investigadas las medidas represivas destinadas a evitar que los profesionales de la salud informen sobre las violaciones de la integridad médica. El relator, en consulta con otros organismos, debe presentar medidas para instar a los profesionales de la salud a documentar e informar activamente sobre dichas violaciones.

- Se investigarán los informes de pacientes a quienes se impida o disuada el acceso al tratamiento médico disponible.

Problemas fuera de sus atribuciones

Tan importante como definir lo que está dentro de las atribuciones del relator, es aclarar los problemas que quedan fuera de sus atribuciones. Anticipamos que esto también quedará más claro con la práctica y la experiencia. Sin embargo, por el momento sugerimos que:

- En cada país se debe enseñar a los profesionales de la salud las responsabilidades éticas que deben a los pacientes y a los pacientes en potencia. Aunque dicha enseñanza no está dentro de las atribuciones del relator, sí lo está el poder informar sobre la imparcialidad médica. A largo plazo, esta función debería idealmente tomarla las escuelas de medicina, organismos profesionales y redes nacionales voluntarias.
- Aunque las medidas gubernamentales para regular los aspectos de la atención (como la distribución equitativa de recursos médicos o la prioridad de tratamiento en base a la necesidad), por lo general no es un asunto que controle el relator, las medidas extremas que son probables que resulten al quitar los derechos de grupos de pacientes de los servicios médicos o de enfermería serán controladas e investigadas.
- El fracaso indiscriminado del gobierno para proporcionar tratamiento o promoción de la salud a varios o a todos los sectores de la comunidad no forma parte de las atribuciones del relator.
- Como la principal preocupación es asegurar el acceso al tratamiento médico de los pacientes que lo necesitan y lo desean, la decisión voluntaria de algunas personas o grupos de pacientes de excluirse (por ejemplo por razones religiosas o culturales) de la medicina tradicional, no forma parte de las atribuciones del relator.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL sobre las ARMAS NUCLEARES

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

17.270

Introducción

1. En octubre de 1990, la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptó la *Declaración de la AMM sobre las Armas Químicas y Biológicas* (17.Y), en la que se condena y se pide a todos los gobiernos que eviten el desarrollo y la utilización de este tipo de armas, y se exhorta a las asociaciones médicas nacionales a que se unan a la AMM para apoyar activamente esta Declaración. En esta Declaración, la AMM reconoció los peligros y riesgos para la salud de la utilización de estas armas, incluidos los efectos indiscriminados y duraderos para la población civil y el medio ambiente, y argumentó que los servicios de atención médica, la tecnología y el recurso humano existentes pueden ser insuficientes para aliviar el sufrimiento producido por las armas.
2. Los efectos de las armas nucleares pueden ser incluso más catastróficos, más indiscriminados y duraderos que los de las armas químicas y biológicas. Estos efectos, basados en estudios de las poblaciones afectadas y en estudios de las consecuencias de la lluvia radiactiva de las explosiones de ensayos nucleares en la atmósfera, han sido documentados ampliamente a través de los años.
3. Al menos el 40% de la población de Hiroshima y el 26% de la de Nagasaki murió en los ataques nucleares lanzados sobre estas dos ciudades. Las armas nucleares modernas son mucho más destructivas y el número de víctimas hoy sería mucho más elevado.
4. Aparte de los efectos letales inmediatos de la explosión, el calor y la radiación, muchos sobrevivientes morirían por los efectos latentes de la radiación ionizante (leucemia, cáncer y efectos genéticos), como también por las enfermedades infecciosas como el cólera, tuberculosis y disentería, causadas por la falta de servicios locales.
5. La materia particulada que absorbe la luz solar, generada por los incendios producidos por un ataque nuclear masivo con varias explosiones en diferentes lugares, disminuiría la penetración de la luz

del sol sobre la superficie terrestre y cambiaría las propiedades físicas de la atmósfera de la tierra, lo que resultaría en largos períodos de oscuridad y consecuencias devastadoras en la producción de la agricultura.

6. Las bombas de Hiroshima y Nagasaki eliminaron a muchos profesionales de la salud, destruyeron todos los hospitales y las infraestructuras, como la electricidad y suministro de agua, lo que hizo imposible que los servicios médicos funcionaran en momentos cuando más se necesitaban.
7. El Tribunal Internacional de Justicia (TIJ), en su reciente opinión asesora sobre el estatuto legal de las armas nucleares, declaró que la amenaza o la utilización de las armas nucleares es contraria a la Carta de las Naciones Unidas y a las reglas de derecho internacional que se aplican en conflictos armados, en especial a los principios y reglas del derecho humanitario.
8. Sin embargo, el TIJ, en consideración del estado actual de derecho internacional, no pudo concluir definitivamente si la amenaza o utilización de armas nucleares sería legal o ilegal en una circunstancia extrema de autodefensa, en la que la sobrevivencia misma de un país estaría en juego.
9. Las Declaraciones de la AMM de Ginebra (17.A), Helsinki (17.C) y Tokio (17.F) aclaran las dudas, responsabilidades y misión sagrada de la profesión médica para preservar y salvaguardar la salud del paciente y consagrarse al servicio de la humanidad.

Recomendaciones

10. La AMM considera que con su posición única de influencia en la sociedad, tiene el deber de buscar la eliminación de las armas nucleares. Por lo tanto, la AMM:
 - i) condena el desarrollo, ensayo, producción, despliegue, amenaza y utilización de armas nucleares;
 - ii) pide a todos los gobiernos que se abstengan de desarrollar, ensayar, producir, desplegar, amenazar y utilizar armas nucleares, y que se dediquen de buena fe a eliminar las armas nucleares;
 - iii) pide a todas las asociaciones médicas nacionales que se unan a la AMM en apoyo a esta Declaración y que insten a sus respectivos gobiernos para que cooperen en la eliminación de las armas nucleares.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
SUSTITUCIÓN TERAPÉUTICA

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990

20.1/90

CONSIDERANDO QUE: La sustitución terapéutica es una forma de sustitución de drogas, que tiene lugar cuando el farmacéutico sustituye la droga prescrita por el médico por una droga químicamente diferente. La droga sustituida por el farmacéutico es de la misma clase farmacológica y/o terapéutica. Sin embargo, como las dos drogas tienen estructuras químicas distintas, pueden producir resultados potencialmente adversos para el paciente.

CONSIDERANDO QUE: La sustitución de drogas genéricas es completamente diferente de la sustitución terapéutica, puesto que se sustituye una droga genérica por una de marca registrada. Sin embargo, ambas drogas tienen el mismo ingrediente químico activo, la misma forma y fuerza en la dosis.

CONSIDERANDO QUE: La prescripción de una droga representa la culminación de un cuidadoso proceso deliberativo entre el médico y el paciente, cuyo objetivo es la prevención, mejoramiento o cura de una enfermedad o de un problema. Este proceso deliberativo debe permitir al médico evaluar una variedad de información científica y psicosocial, y efectuar una elección individualizada de la terapia para el paciente.

CONSIDERANDO QUE: El médico tiene la responsabilidad del diagnóstico de la condición del paciente y de llevar a cabo un tratamiento, incluyendo la prescripción de drogas y medicinas apropiadas.

SE RESUELVE QUE la Asociación Médica Mundial apoya:

1. La individualización de la terapia para pacientes sobre una base completa de información clínica del historial médico, resultados médicos actuales, toda la información de laboratorio correspondiente y factores psicosociales.
2. La manutención de la autoridad del médico para hacer prescripciones, a fin de que el paciente reciba una atención eficaz y organizada.
3. La necesidad de que el farmacéutico entregue la composición química, dosis y forma de administración exactas, según lo prescribe el médico.

ADEMÁS SE RESUELVE QUE la Asociación Médica Mundial se opone a:

1. El concepto de sustitución terapéutica porque tiene como resultado la prescripción basada en información incompleta, lo que puede ser dañino para el paciente.
2. Toda ley o reglamentación gubernamental que permita la sustitución terapéutica.



**RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
ENSAYOS DE ARMAS NUCLEARES**

Adoptada por la 47ª Asamblea General
Bali, Indonesia, setiembre 1995

20.1/95

SE RESUELVE QUE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL:

1. Lamenta los ensayos de armas nucleares.
2. Exige el abandono sin demora de los ensayos de armas nucleares.
3. Solicita a todas las asociaciones médicas que adviertan a sus gobiernos sobre las consecuencias dañinas para la salud que representan las armas nucleares.



**RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre una
MEJOR INVERSIÓN EN ATENCIÓN MÉDICA**

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

20.1/96

Introducción

1. Los miembros de la Asociación Médica Mundial están preocupados de que los sistemas de atención médica de todos los países tengan los recursos adecuados para satisfacer las necesidades básicas de sus poblaciones¹.
2. Sin embargo, durante la última década ha habido una tendencia a acrecentar las desigualdades en salud y a deteriorar el acceso a la atención médica para los estratos más pobres de la sociedad, las mujeres en particular, en muchos países del mundo, en especial en los países menos desarrollados.
3. La situación económica desfavorable y la carga de la importante deuda en los países menos desarrollados ha llevado a los Programas de Ajuste Estructural (PAES), defendidos por las instituciones

financieras internacionales e implementados por los gobiernos. Con los PAEs, los gobiernos de los países en cuestión han disminuido los gastos en servicios sociales, incluida la atención médica, sin ofrecer una alternativa de sistema financiero adecuado que asegure el acceso de los estratos más pobres de la sociedad.

4. Estos resultados adversos han motivado a la comunidad internacional a crear iniciativas para mejorar la situación. La Iniciativa 20/20 adoptada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague², en 1995, pide que el 20% del gasto nacional de los gobiernos y de los donadores internacionales sean destinados a programas sociales básicos, incluida la atención médica primaria³. La Iniciativa de los Países Pobres Altamente Endeudados (PPAE), acordada por los directivos del Fondo Monetario y del Banco Mundial en 1996, busca lograr una disminución de la deuda para algunas de las naciones más pobres del planeta, al poner las cargas de las deudas a niveles sostenibles⁴, para permitir así un mayor gasto en el sector social. Aunque se ha notado cierto progreso, un amplio apoyo reforzará estas iniciativas positivas y, por lo tanto, aumentará las posibilidades de lograr soluciones concretas para las necesidades de salud de los pobres del mundo.

Recomendaciones

La Asociación Médica Mundial,

5. REAFIRMANDO las normas sobre acceso a la atención médica, adoptadas en la Asamblea Médica Mundial de Viena, en 1988, y que buscan lograr la igualdad en el acceso sin considerar los factores económicos, como el costo-financiamiento y transporte.
6. REAFIRMANDO el llamado de la Asamblea Médica Mundial de Venecia, en 1983, de tomar parte activa en la elaboración de planes sobre la atención médica en áreas rurales⁵.
7. RECONOCIENDO que las políticas económicas tienen consecuencias en la salud y en la atención médica.
8. RECONOCIENDO que los recientes avances en el sector económico y de salud han aumentado las desigualdades en salud y han producido un resultado negativo en el acceso equitativo a la atención médica, en especial en los países menos desarrollados.
9. RECONOCIENDO el potencial de la Iniciativa 20/20 y de la Iniciativa PPAE para proporcionar los medios de mejorar la salud y el acceso a la atención médica para los estratos más pobres, en los países menos desarrollados.

Recomienda que sus asociaciones nacionales miembros

10. INSTEN a sus gobiernos a:
 - a) adherir y promover las propuestas internacionales sobre mejor inversión en el sector social;
 - b) adherir y promover las iniciativas sobre disminución de la deuda de los países más pobres del planeta;
 - c) proporcionar experiencia al principio de los procesos de toma de decisiones relacionadas a los PAES, disminución del gasto público y reformas del sector de salud.

11. INSTEN a las instituciones financieras internacionales y a otros donadores principales a:
 - a) cambiar sus políticas dentro de las mismas características;
 - b) terminar con todas las intervenciones que llevan a un acceso limitado y a menor prestación de atención médica esencial, tanto en términos de calidad como de cantidad;
 - c) mejorar el acceso de los pobres, en especial de la mujer, a la atención médica de buena calidad;
 - d) realizar estudios de evaluación de las consecuencias en la salud, antes de empezar a implementar políticas de ajuste estructural.

12. INTERCAMBIEN información entre ellas para coordinar los esfuerzos para cambios de políticas en estas áreas.

Referencias

- ¹ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Acceso a la Atención Médica, adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, septiembre 1988 (10.70).
- ² La Declaración y Programa de Acción de la Cumbre Mundial para Desarrollo Social, ONU, 10 de marzo de 1996.
- ³ Anónimo. Informe de la Reunión Internacional sobre la Iniciativa 20/20, Oslo, Noruega, 23-25 abril 1996.
- ⁴ FMI y Banco Mundial. Deuda Multilateral de los Países Pobres Altamente Endeudados. FMI y Banco Mundial, Washington DC, 1995.
- ⁵ Recomendaciones de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención Médica en Áreas Rurales, adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, junio 1964 y enmendadas por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, octubre 1983 (10.50).



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
PROYECTO SIRUS

«Para determinar qué armas causan males superfluos o sufrimientos innecesarios»

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

20.1/98

1. RECONOCIENDO QUE:

En su Declaración sobre las Armas y su Relación con la Vida y la Salud (17.130), la AMM apoya los esfuerzos para definir «normas objetivas que midan los efectos de las armas actuales y futuras y que puedan utilizarse para terminar con el desarrollo, fabricación, venta y uso de armamento.

2. Y QUE:

Un grupo de expertos que trabajan con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha propuesto un conjunto de normas en el informe «*Proyecto SIRUS para determinar qué armas causan males superfluos o sufrimientos innecesarios*».

3. LA AMM:

1. Felicita al CICR y al grupo de expertos por su labor y
2. Llama a las asociaciones médicas nacionales a ratificar formalmente el *Proyecto SIRUS*.
3. Insiste que desde un punto de vista médico, no son aceptables los «males necesarios» ni el «sufrimiento necesario» causados por las armas.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
SANCIONES O BOICOTS ACADÉMICOS

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre de 1988

20.2/88

CONSIDERANDO QUE Las sanciones o boicots académicos son restricciones discriminatorias sobre las libertades académicas, profesionales y científicas, que niegan o excluyen a médicos y otros de reuniones educacionales, culturales y científicas, y de otras oportunidades de intercambio de información y conocimiento, el propósito de dichas restricciones es protestar por los programas políticos y sociales de los gobiernos.

CONSIDERANDO QUE Dichas restricciones están en contraposición directa con los principales objetivos de la AMM, es decir alcanzar los niveles internacionales más altos en educación médica, ciencia médica, arte de la medicina y ética médica.

CONSIDERANDO QUE Dichas restricciones afectarán la atención médica de manera adversa, en especial de los que están en desventaja, por lo tanto impedirán el objetivo de la AMM de obtener la mejor atención médica posible para todos los pueblos del mundo.

CONSIDERANDO QUE Las sanciones académicas producirán una discriminación entre los médicos y entre los pacientes motivada por persuasión o decisiones políticas adoptadas por los gobiernos y, por lo tanto, están en contraposición con la Declaración de Ginebra, la Declaración de Derechos Humanos y Libertad Individual de los Médicos y la Declaración sobre la Libertad para Participar en Reuniones Médicas, todas ellas adoptadas por la AMM.

CONSIDERANDO QUE La regla básica de la práctica médica, como la enseñaba Hipócrates, es «*primun non nocere*», es decir, primero, no causes daño.

POR LO TANTO, SE RESUELVE QUE la AMM considera que la aplicación de dichas restricciones son decisiones políticas arbitrarias y egoístas que se adoptan para negar el intercambio internacional de profesionales y para aislar a ciertos médicos o grupos de médicos, debido a su nacionalidad o programas políticos de sus gobiernos. Debido a que el propósito de la AMM es servir a la humanidad mediante el esfuerzo por alcanzar los niveles internacionales más altos en educación médica, ciencia médica, arte de la medicina, ética médica y la atención de salud para todos los pueblos del mundo y debido a que estos objetivos se verían impedidos por dichas restricciones, la AMM se opone firmemente a dichas restricciones y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a que se opongan a la imposición de dichas restricciones por todos los medios de que dispongan y promuevan las Declaraciones de la AMM sobre Derechos Humanos y Libertad Individual de los Médicos y sobre la Libertad para Participar en Reuniones Médicas.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre los
DERECHOS HUMANOS

Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990
y enmendada por la 45ª Asamblea Médica Mundial
Budapest, Hungría, octubre 1993
y por la 46ª Asamblea General de la AMM
Estocolmo, Suecia, setiembre 1994
y por la 47ª Asamblea General de la AMM
Bali, Indonesia, setiembre 1995

20.2/90

Considerando que:

1. La Asociación Médica Mundial y sus asociaciones miembros siempre han buscado promover la causa de los derechos humanos para todos y frecuentemente han tomado medidas destinadas a terminar con la violación de los derechos humanos.
2. Los miembros de la profesión médica a menudo son los primeros en constatar las violaciones de los derechos humanos.
3. Las asociaciones médicas tienen un papel esencial que cumplir al llamar la atención sobre dichas violaciones en sus países.

La Asociación Médica Mundial llama nuevamente a sus asociaciones miembros a:

1. Examinar la situación en sus propios países, de manera de asegurar que no se oculten las violaciones por miedo a represiones de parte de las autoridades responsables y solicitar la estricta observación de los derechos humanos y civiles, cuando se descubran las violaciones a estos derechos.
2. Proporcionar orientación ética a los médicos que trabajan en el sistema de prisiones.
3. Proporcionar los medios necesarios para investigar las prácticas no éticas de los médicos, en el campo de los derechos humanos.
4. Hacer todo lo posible para asegurar que se disponga de la atención médica adecuada para todos los seres humanos sin distinción.
5. Protestar contra las presuntas violaciones de derechos humanos a través de comunicados que exhorten al trato humano de los presos y que pidan la liberación inmediata de los detenidos sin causa justa.
6. Respalidar a los médicos que llaman la atención sobre las violaciones de los derechos humanos en sus propios países.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
PROHIBICIÓN DE FUMAR EN VUELOS INTERNACIONALES

Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial
Malta, noviembre de 1991

20.2/91

CONSIDERANDO QUE La Asociación Médica Mundial ha adoptado la Declaración sobre «Los Peligros del Tabaco para la Salud», que plantea la prohibición de fumar y

CONSIDERANDO QUE Las asociaciones médicas nacionales tienen el reconocimiento y credibilidad para promover la idea de una sociedad sin tabaco y tienen la responsabilidad de trabajar por una atención médica de calidad para todos y

CONSIDERANDO QUE La Organización Internacional de Aviación Civil (ICAO), afiliada a las Naciones Unidas, es el organismo que fija las normas sobre aviación civil internacional para 162 países miembros y

CONSIDERANDO QUE es esencial exhortar a los gobiernos de todo el mundo para que respalden la adopción de una norma de ICAO que exige vuelos no fumadores en todo el mundo.

POR LO TANTO, SE RESUELVE QUE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL RECOMIENDE QUE:

1. Las asociaciones médicas nacionales pidan una pronta adopción de acuerdos bilaterales y multilaterales que exijan vuelos internacionales no fumadores entre países específicos, mientras se respalda el objetivo a largo plazo de la adopción de una norma por parte de la ICAO.
2. Las asociaciones médicas nacionales se reúnan con los personeros de gobierno responsables de los programas que regulan los vuelos internacionales de líneas aéreas comer-

- ciales y pedirles que apoyen la norma de la ICAO sobre vuelos no fumadores.
3. Las asociaciones médicas nacionales escriban al representante del ICAO en sus países enumerados en este documento, y pidan que inicien o apoyen una norma sobre vuelos no fumadores.
 4. Las asociaciones médicas nacionales pidan al ministro de Transporte que inicie acuerdos bilaterales o multilaterales que prohíban fumar en todos los vuelos.
 5. Las asociaciones médicas nacionales entren en contacto con el ministro de Salud y los miembros del Parlamento o Congreso Nacional a fin de solicitar apoyo a la iniciativa.
 6. Las asociaciones médicas nacionales envíen un informe resumido al Secretariado de la AMM sobre el resultado de las medidas adoptadas para lograr la prohibición de fumar en todos los vuelos comerciales, a fin de tener un intercambio de ideas.

La Asociación Médica Mundial expresa sus agradecimientos a la Sociedad del Cáncer de Estados Unidos por la información en que se basa la resolución sobre la «Prohibición de Fumar en Vuelos Internacionales».



IMPORTANCIA DEL CONSEJO DE LA ICAO

20.2/91

33 naciones forman el Consejo del ICAO, que es el organismo ejecutivo que toma las decisiones del ICAO. Como se necesita el apoyo de todas las naciones para lograr la prohibición de fumar en vuelos internacionales, es especialmente importante que los grupos en las 33 naciones miembros del Consejo de la ICAO den a conocer su posición. Las 33 naciones y sus representantes son los siguientes:

Naciones	Representante
Alemania	U. Gartner
Arabia Saudita	S-Al-Ghamdi
Argentina	R.F. Cardoso
Australia	B. Weeden
Brasil	C. Pinheiro
Canadá	Gilles H. Duguay
Chile	J. B. Lavin
China	Li Keli
Checoslovaquia	O. Vodička
Egipto	M.A. Abulmagd
España	L. Androver
Estados Unidos	D.M. Newman
Finlandia	V.M. Metsalampf
Francia	P. Henault
Ghana	J.O. Koranteng
Holanda	A.C.H. van Schelle
Honduras	C.A. Vásquez Rodríguez
India	V. Pattanayak
Indonesia	A. Boediman
Irak	S.A.A. Al-Khayat
Italia	O. Stea-Antonini
Japón	T. Fujita
Madagascar	A. Razafindramisa
México	J. Pérez y Bouras
Nigeria	D.O. Eniojukan
Pakistán	E.A. Qureshi
Reino Unido	F.A. Neal
Senegal	P. Diouf
Tanzania	Dr. C.V. Mpinga Mngana
Trinidad y Tobago	M.E. Nancoo
Túnez	A.R. El Hicheri
URSS	I.F. Vasin
Venezuela	Dr. L.E. Vera Barrios



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
CONDUCTA DE LOS MÉDICOS EN RELACIÓN
AL TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS

Adoptada por la 46ª Asamblea General de la AMM
Estocolmo, Suecia, setiembre 1994

20.2/94

CONSIDERANDO QUE existe mucha preocupación por los informes cada vez más numerosos de médicos que participan en el trasplante de tejido humano obtenido de:

- los cuerpos de presos ejecutados judicialmente u otros cadáveres, sin obtener antes el libre consentimiento informado o darles oportunidad de rechazarlo.
- los cuerpos de personas incapacitadas, cuyas muertes se piensa que han sido expedidas para facilitar la cosecha de sus órganos.
- los cuerpos de gente pobre a quien se ha convencido de deshacerse de sus órganos con fines comerciales.
- los cuerpos de niños de corta edad secuestrados con este objetivo.

CONSIDERANDO QUE en todos estos casos la participación de médicos contraviene directamente las normas enunciadas por la Asociación Médica Mundial en su Declaración sobre el Trasplante de Órganos Humanos, adoptada en octubre de 1987.

POR LO TANTO, SE RESUELVE que la Asociación Médica Mundial reafirme solemnemente dichas normas e inste a todas las asociaciones médicas nacionales a respetarlas y en caso de transgredir estas normas, aplicar estrictas medidas disciplinarias a los médicos responsables.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
CLONACIÓN

Adoptada por la 147ª Sesión del Consejo
París, Francia, mayo 1997
y ratificada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

20.2/97

Reconociendo que ha habido recientes avances en la ciencia, que llevan a la clonación de un mamífero, específicamente una oveja, y

Puesto que crea la posibilidad de que dichas técnicas de clonación se utilicen en seres humanos, que a su vez causan preocupación por la dignidad del ser humano y por la protección de la seguridad del material genético humano.

La **Asociación Médica Mundial llama** a los médicos que toman parte en la investigación y a los otros investigadores a abstenerse voluntariamente de participar en la clonación de seres humanos, hasta que los problemas científicos, éticos y legales hayan sido totalmente considerados por los médicos y científicos, y hasta que se hayan establecido los controles necesarios.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
LLAMADO A LA PAZ DE LA HAYA EN 1999

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

20.2/98

Introducción

1. En 1989, se organizó la primera Conferencia Internacional de Paz en La Haya para discutir el establecimiento de mecanismos permanentes de derecho internacional para el desarme, la prevención de la guerra y la solución pacífica de las discrepancias. Esto produjo la aparición del derecho internacional humanitario y de instituciones que fueron las precursoras de las Naciones Unidas y de la Corte Internacional de Justicia.
2. A pesar de estos esfuerzos, el siglo XX ha sido testigo de las guerras más atroces y de la fabricación y la utilización de armas que causan genocidios y destrucción en masa.

Resolución

3. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial aprueba la campaña y la conferencia por el Llamado a la Paz de La Haya, a realizarse en La Haya del 11 al 16 de mayo de 1999, y adhiere a sus objetivos:
 - a) Reforzar los derechos humanos internacionales, el derecho humanitario y las instituciones.
 - b) La solución pacífica de las discrepancias, incluidas la prevención de conflictos y el mantenimiento de la paz.
 - c) Desarme y eliminación de armas de destrucción en masa, incluidas las armas nucleares, químicas y biológicas.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
LA PRÁCTICA MÉDICA DE GRUPO

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre de 1988

20.3/88

CONSIDERANDO QUE la atención médica en el mundo está organizada de muchas maneras distintas, desde la más absoluta libertad hasta los servicios médicos organizados exclusiva y completamente por el Estado y

CONSIDERANDO QUE el análisis de los contextos económicos y sociales en los que existen estos sistemas de atención médica revela una diversidad de necesidades médicas y objetivos comunitarios y

CONSIDERANDO QUE se necesita un pluralismo de estructuras para prestar una atención médica que cumpla con esas necesidades y objetivos,

POR LO TANTO, SE RESUELVE que la Asociación Médica Mundial apoya el concepto de práctica médica de grupo como un método para prestar continua atención médica de calidad, en el contexto de la ética médica.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre el
DR. RADOVAN KARADICH

Adoptada por la 48ª Asamblea General de la AMM
Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

20.3/96

CONSIDERANDO QUE, el Dr. Radovan Karadich está acusado públicamente de ser responsable de varios crímenes de guerra en ex Yugoslavia, y que se ha negado a presentarse ante el *Tribunal Internacional de Crímenes para los crímenes de guerra en ex Yugoslavia*, situado en La Haya, Holanda, y por lo tanto, como médico ha desprestigiado la profesión.

SE RESUELVE QUE: la Asociación Médica Mundial denuncia al Dr. Karadich por no entregarse al *Tribunal Internacional de Crímenes para los crímenes de guerra en ex Yugoslavia*, y exige que lo haga de inmediato.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial
Viena, Austria, setiembre de 1988

20.4/88

CONSIDERANDO QUE, existe preocupación porque algunas drogas genéricas pueden ser de calidad inferior y

CONSIDERANDO QUE, los pacientes pueden sufrir lesiones y los médicos pueden ser responsabilizados por lesiones que resulten del uso de drogas genéricas de calidad inferior,

POR LO TANTO, SE RESUELVE QUE:

1. la AMM apoya el derecho y la obligación de los médicos de ejercer su opinión profesional en beneficio de sus pacientes;
2. la AMM se opone a cualquier interferencia con el derecho de los médicos a dar su opinión profesional en el mejor interés de sus pacientes;
3. la prescripción de drogas y medicinas implica el ejercicio de la opinión profesional de los médicos;
4. el uso obligado de drogas genéricas que pueden ser de calidad inferior interfiere con el ejercicio de la opinión profesional de los médicos y puede lesionar a los pacientes y exponer al médico a asumir la responsabilidad;
5. la AMM apoya completamente los esfuerzos de todas las asociaciones médicas nacionales para preservar el ejercicio de la opinión profesional del médico, libre de interferencia, que pueda tener como consecuencia la lesión de pacientes y la responsabilidad de los médicos.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
PROHIBICIÓN A LAS MUJERES EL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA
Y LA PROHIBICIÓN DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN
A LAS DOCTORAS EN AFGANISTÁN

Adoptado por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre 1997

20.4/97

Introducción

Durante años, las mujeres y las niñas en Afganistán han sufrido un aumento de las violaciones de sus derechos humanos. En 1996, se decretó una prohibición general de trabajar a las mujeres, que afectó a más de 40.000 personas. Las organizaciones de derechos humanos llaman a esto una «catástrofe para los derechos humanos» de las mujeres en Afganistán. Las mujeres están completamente excluidas de la vida social, los colegios de niñas están cerrados, las estudiantes han sido expulsadas de las universidades, mujeres y niñas son apedreadas en las calles. Según información de las Naciones Unidas sobre la situación de derechos humanos en Afganistán (febrero 1996), la prohibición de trabajar afecta en primer lugar a las mujeres del sector educacional y de la salud. En especial, se prohibió a doctoras y enfermeras ejercer la profesión. Aunque el sector de la salud estuvo a punto de colapsar debido a estas restricciones, ha habido algunas concesiones. Si no hay acceso a las doctoras, las pacientes y sus hijos no tienen acceso a la atención médica. Se ha autorizado a algunas doctoras ahora a ejercer su profesión, pero en general, sólo bajo estricta e inaceptable supervisión (*Ministerio de Relaciones Exteriores de Estados Unidos, Informe sobre Derechos Humanos en Afganistán en 1996, enero 1997*).

Recomendaciones

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial exhorta a sus asociaciones médicas nacionales a que insistan y pidan a sus gobiernos:

- condenar enérgicamente las graves violaciones de los derechos humanos básicos de las mujeres en Afganistán;
- tomar medidas a nivel mundial, a fin de restituir los derechos humanos fundamentales y de anular la prohibición del ejercicio de la profesión para las mujeres;

- insistir en los derechos de las mujeres a tener una atención médica adecuada en todo el espectro de los servicios médicos o quirúrgicos, incluido el tratamiento aplicado agudo y subagudo.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
LOS EMBARGOS ECONÓMICOS Y LA SALUD

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM
Hamburgo, Alemania, noviembre de 1997

20.5/97

RECONOCIENDO QUE:

toda la gente tiene derecho a preservar su salud y la Convención de Ginebra (artículo 23, número IV, 1949) requiere la libre circulación de suministros médicos para civiles.

LA AMM EXHORTA a las asociaciones médicas nacionales para que aseguren que los gobiernos que empleen sanciones económicas contra otros países, respeten las excepciones acordadas para los medicamentos, suministros médicos y alimentos básicos.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre la
PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO EN LA PENA DE MUERTE

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial
Lisboa, Portugal, setiembre 1981

20.6/81

- SE RESUELVE que la Asamblea General de la AMM apoye la acción del Secretario General, quien en nombre de la Asociación Médica Mundial, emitió un comunicado de prensa que condena la participación de médicos en la pena de muerte.
- SE RESUELVE TAMBIÉN que es contrario a la ética que médicos participen en la pena capital, a pesar de que esto no exima al médico de certificar la muerte.
- SE RESUELVE TAMBIÉN que el comité de Ética Médica siga prestando mucha atención a este asunto.



11 de setiembre de 1981

COMUNICADO DE PRENSA

La primera ejecución de pena de muerte por inyección intravenosa de una dosis mortal de medicamento debe efectuarse la próxima semana por decisión del tribunal del estado de Oklahoma, Estados Unidos.

Cualquiera sea el tipo de pena de muerte impuesta por una nación, no se debe pedir a ningún médico que participe activamente en ésta. El médico está dedicado a preservar la vida.

Actuar como verdugo no forma parte del ejercicio de la medicina y no se puede pedir los servicios de médicos para ejecutar la pena de muerte, incluso cuando el método utilice productos farmacológicos o equipos que en otras circunstancias pueden ser usados en el ejercicio médico.

El médico sólo puede certificar la muerte una vez que el estado haya ejecutado la pena de muerte.

Dr. André Wynen
Secretario General

RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
En apoyo a la
CONVENCIÓN DE OTTAWA

(Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción
y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción)

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

20.7/98

La Asociación Médica Mundial:

1. Expresa su apoyo a la Convención de Ottawa (conocida también con el nombre de convención para la prohibición de las minas terrestres) e
2. insta a las asociaciones médicas nacionales a presionar a sus gobiernos para que firmen y ratifiquen la convención.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
EL USO DE LA COMPUTADORA EN LA MEDICINA

Basada en la Resolución adoptada por la
27ª Asamblea Médica Mundial
Munich, Alemania, octubre 1973
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

20.8

La ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, habiendo constatado los grandes progresos y beneficios que resultan del uso de las computadoras y del procesamiento de datos en el campo de la salud, especialmente en la atención del paciente y en la epidemiología, hace las siguientes recomendaciones:

1. Las asociaciones médicas nacionales deben tomar todas las medidas posibles para asegurar el secreto, la seguridad y confidencia de la información acerca de sus pacientes.
2. No se revela el secreto al entregar o transferir información confidencial de atención médica, solicitada con el propósito de realizar una investigación científica, una auditoría de administración, una auditoría financiera, evaluaciones de programa o estudios similares, siempre que la información entregada no identifique, directa o indirectamente, a ningún paciente en particular, en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, o revele de alguna otra manera las identidades de los pacientes.
3. Las asociaciones médicas nacionales deben rechazar cualquier esfuerzo por imponer una legislación sobre el procesamiento electrónico de datos que pueda poner en peligro o perjudicar el derecho del paciente al secreto, la seguridad y confidencia. Se deberán asegurar protecciones efectivas contra el uso no autorizado de retransmisiones de los registros de la seguridad social u otra información personal antes de que tal información entre a la computadora.
4. Los bancos de datos médicos no deben estar vinculados a otros bancos centrales de datos.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
ATENCIÓN MÉDICA PARA LOS REFUGIADOS

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

20.8/98

CONSIDERANDO QUE, los recientes conflictos internacionales y civiles han producido un aumento constante de la cantidad de refugiados en todas las regiones y

CONSIDERANDO QUE, los códigos internacionales de derechos humanos y de ética médica, incluida la Declaración de Lisboa de la AMM, estipulan que toda persona tiene derecho, sin discriminación, a atención médica apropiada;

POR LO TANTO SE RESUELVE QUE:

1. Los médicos tienen el deber de prestar atención médica apropiada sin considerar el estado civil del paciente y los gobiernos no deben negar al paciente el derecho de recibir, ni deben intervenir con el deber del médico de cumplir con su obligación de aplicar un tratamiento adecuado, y
2. Los médicos no pueden ser obligados a participar en ninguna medida de castigo o judicial hacia los refugiados, o aplicar un tratamiento o medida que no esté médicamente justificada, como el uso de calmantes para facilitar una fácil expulsión del país, y
3. Se debe permitir que los médicos tengan suficiente tiempo y recursos para evaluar la condición física y psicológica de los refugiados que solicitan asilo.



RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
INFORMES DE VIOLACIONES DE DERECHOS HUMANOS
RELACIONADOS CON LA SALUD EN KOSOVO

Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM
Ottawa, Canadá, octubre 1998

20.9/98

La Asociación Médica Mundial expresa su gran preocupación por la situación en Kosovo e insta a sus asociaciones médicas nacionales a hacer un llamado a sus gobiernos con carácter de urgencia para:

1. asegurar la prestación inmediata de ayuda humanitaria a los miles de personas desplazadas;
2. insistir en que las autoridades permitan investigaciones forenses imparciales a cargo de expertos forenses internacionales;
3. insistir en que se tomen medidas inmediatas para:
 - a) controlar las violaciones de derechos humanos;
 - b) asegurar el respeto por el personal médico y los establecimientos médicos y
 - c) facilitar el acceso sin restricción de las organizaciones internacionales humanitarias;
4. insistir en el término de la discriminación en la prestación de atención médica en Kosovo y de cualquier distinción basada en la raza, entre las estructuras de atención médica.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
RECURSOS HUMANOS MÉDICOS I

Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983
y enmendada por la 38ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1986

20.10/I

La Asamblea de la Asociación Médica Mundial en Venecia, el 28 de octubre de 1983, llama a todas las asociaciones médicas nacionales para que trabajen en busca de una solución a los problemas que emergen en relación a los recursos humanos médicos.

Reconociendo la necesidad:

1. de que todas las personas tengan acceso a la atención médica de más alta calidad y
2. de mantener los niveles en la atención médica que den como resultado la prestación de una atención médica de alta calidad, así como
3. de proveer el desarrollo de nuevos conocimientos, destrezas y técnicas que estimulen el progreso de la ciencia médica.

La Asamblea insta a todas las asociaciones médicas nacionales a que trabajen con sus gobiernos en la promulgación de las leyes respectivas para alcanzar dichas metas.

La atención médica de alta calidad y la manutención y desarrollo de las habilidades y técnicas de un médico, así como el descubrimiento de información y nuevos conocimientos están ligados inseparablemente a las oportunidades que tiene el médico de dar atención a los pacientes y de lograr experiencia clínica. Este principio debe ser reconocido en cualquier solución de los problemas de recursos humanos médicos, y la preocupación política y económica debe estar subordinada a este principio.

Lo que es más importante, el principio precedente debe ser reconocido y aplicado a las leyes y políticas que rigen las escuelas de medicina, de manera que se puedan asegurar los más altos niveles de calidad en la atención médica para las generaciones futuras.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
RECURSOS HUMANOS MÉDICOS II

Adoptada por la 36ª Asamblea Médica Mundial
Singapur, octubre 1984
y enmendada por la 38ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1986

20.10/II

CONSIDERANDO QUE, el propósito de la Asociación Médica Mundial es servir a la humanidad mediante el esfuerzo por alcanzar los niveles más altos en educación médica, y

CONSIDERANDO QUE, la Asociación Médica Mundial y sus asociaciones médicas nacionales miembros han siempre favorecido la educación médica de alta calidad, y

CONSIDERANDO QUE, la calidad de la atención médica prestada por los médicos no puede ser superior a la calidad de la educación médica que ellos han recibido,

POR LO TANTO, la Asociación Médica Mundial reafirma su apoyo a las normas elevadas de educación médica que permitan una experiencia educacional de alta calidad a todo estudiante de medicina, y
Que sólo los candidatos debidamente capacitados sean admitidos para estudiar medicina, y
Que el número de estudiantes aceptados para seguir los estudios de medicina no sea superior al número que, según los recursos educacionales disponibles, puede recibir una formación educacional de alta calidad.
Que las condiciones a exigir a los candidatos a ser admitidos a las escuelas de medicina, sean establecidas según el criterio objetivo de las facultades de medicina.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
RECURSOS HUMANOS MÉDICOS III

Adoptada por la 37ª Asamblea Médica Mundial
Bruselas, Bélgica, octubre 1985
y enmendada por la 38ª Asamblea Médica Mundial
Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1986

20.10/III

Aquellos que están a cargo de la dirección de los programas de educación médica en cada país, deben dar a conocer a sus estudiantes la importancia de obtener experiencia en la práctica médica a fin de adquirir un conocimiento médico básico y la necesidad de tener una experiencia médica continua para poder mantener dicho conocimiento. Se debe también informar a los estudiantes de medicina que la aplicación de los estudios médicos a otros campos de trabajo es sumamente limitada.

Cuando no se tiene la seguridad de que el estudiante tenga la oportunidad de adquirir la experiencia necesaria para alcanzar un conocimiento básico, debe solicitarse al estudiante que reconsidere el valor de la educación médica.



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
sobre
EL USO Y ABUSO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS

Adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial
Tokio, Japón, octubre 1975
y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial
Venecia, Italia, octubre 1983

20.30

1. El uso de drogas psicotrópicas constituye un fenómeno social complejo que no es simplemente un problema médico.
2. Dentro de la sociedad, generalmente, existe la necesidad urgente de proporcionar intensa educación pública ofrecida sin sermones morales, y sin una actitud punitiva, y de fomentar el desarrollo y la demostración de alternativas prácticas del uso de drogas. Los médicos en su calidad de ciudadanos informados y conscientes deben tomar parte en tales programas.
3. Los médicos deben recetar drogas psicotrópicas con la mayor moderación y observando la indicación médica más estricta, asegurándose que toda prescripción de drogas psicotrópicas refleje un diagnóstico exacto, una opinión no farmacológica apropiada y una cuidadosa utilización de elementos farmacoterapéuticos.
4. Los médicos deben aceptar la responsabilidad de compilar y proporcionar información de facto sobre los riesgos para la salud del uso no médico de toda materia psicotrópica, inclusive el alcohol.
5. La profesión médica debe cooperar con los gobiernos y otros organismos pertinentes, y cerciorarse que esta información sea diseminada tan ampliamente como sea posible, especialmente dentro de aquellos grupos de edad con mayor posibilidad de experimentar con drogas en un gesto de reacción contra la presión ejercida por esos mismos grupos o por otros factores que conducen al mal uso y abuso de drogas, y con el objeto de preservar en cada individuo la responsabilidad y el derecho de manifestar libremente su voluntad consciente y privada.

