

CÓDIGO DE ÉTICA CONSEJO SUPERIOR MÉDICO DE LA PAMPA

ESTRUCTURA GENERAL

Capítulo I Generalidades

Capítulo II De los Derechos y Deberes del Médico

Capítulo III De los Derechos y Deberes del Paciente

Capítulo IV De la Historia Clínica

Capítulo V Del Consentimiento Informado

Capítulo VI De la Capacidad de los Menores para consentir actos médicos

Capítulo VII De las Directivas Anticipadas

Capítulo VIII Del Cuidado del Paciente Del Incurable

Capítulo IX De la Muerte Digna

Capítulo X Del Secreto Profesional

Capítulo XI De los Derechos Humanos

Capítulo XII De los deberes del Médico con los Colegas

Capítulo XIII De los derechos del médico a la percepción de honorarios

Capítulo XIV De las Organizaciones Profesionales Científicas

Capítulo XV De la Ética de las Organizaciones Científicas y de la Investigación en Seres Humanos

Capítulo XVI De las Organizaciones Profesionales Gremiales

Capítulo XVII De la Publicidad de la Actividad Profesional

Capítulo XVIII De las Juntas o Consultas Médicas

Capítulo XIX De la Reproducción Humana

Capítulo XX De la Investigación y Terapias Genéticas. Medicina Regenerativas y Terapias Celulares

Capítulo XXI De la Fertilización Asistida

Capítulo XXII De la Crio preservación y Experimentación en Embriones

Capítulo XXIII De la Donación y Trasplante de Órganos

Capítulo XXIV De las Redes Sociales

Capítulo XXVI Consideraciones Generales

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA de la PROVINCIA de LA PAMPA

Capítulo I

Generalidades

Artículo 1.-Este Código de Ética Médica es de aplicación en jurisdicción de la Provincia de La Pampa y a él deberán ajustarse todos los médicos inscriptos en la matrícula creada por la Ley N°1194 y sus modificatorias.

Artículo 2.-Los aspectos teóricos de este Código de Ética, parten de una ética aplicada a los conflictos que surgen en la práctica de la medicina.

Artículo 3.- El presente código constituye una guía de conductas que se orientan a una clase particular de acciones dentro de un grupo social específico (médicos) en un momento histórico determinado; cuya razón y fundamento es el ser humano.

Artículo 4.- La bioética en tanto ética aplicada, es una interdisciplina, si bien sus dos fuentes principales son la ética y la medicina, también toma otros saberes (filosofía, antropología, psicología, derecho, etc.), indagando principios y valores que se han ido generando en cada ámbito concreto.

Artículo 5.- La bioética es el uso creativo del diálogo para formular, articular y, en lo posible, resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente.

Artículo 6.- Al tratarse de una disciplina dialógica, el análisis que realiza es sobre “dilemas”, donde no existe una única solución, de allí surge la importancia de respetar las diferencias.

Artículo 7.- Los principios fundamentales de la Ética Médica son:

Principio de Autonomía: obligación de respetar a cada persona para decidir por sí y para sí. Excepto en casos que la relativicen o se afecte el bien social.

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

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

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

De estos principios se derivan las reglas, que son guías para la acción; estas son: consentimiento informado, veracidad, lealtad, privacidad y confidencialidad.

Capítulo II

De los Derechos y Deberes del Médico

Artículo 8.- La medicina es una ciencia y profesión al servicio del ser humano y la comunidad sin discriminación de ninguna naturaleza.

Artículo 9.- El médico forma parte del Equipo de salud. Dentro del mismo es el profesional que recibe al paciente o persona que consulta, da su diagnóstico, elabora el plan terapéutico y realiza las interconsultas necesarias.

Artículo 10.- El objetivo fundamental de la tarea del profesional médico es la prevención, preservación, protección y recuperación de la salud de las personas, ya sea como individuos o como miembros de la sociedad, manteniendo el respeto a la dignidad personal de aquellos que a él recurren.

Dentro de las obligaciones del profesional médico se encuentra el debido cumplimiento de la Ley 27491, sobre el control de enfermedades prevenibles por vacunación, de acuerdo al calendario Nacional de vacunaciones, promoviendo su efectivo cumplimiento.

Se considera falta grave el no cumplimiento de esta norma, o indicaciones de no administración de las vacunas del calendario, con argumentos no reconocidos por las sociedades científicas o el organismo nacional regulador.

Artículo 11.- La base de la relación humana fundamental en el ejercicio de la profesión médica es la fórmula dual Médico – Paciente; y la primera lealtad de aquél debe ser hacia la persona a quien se asiste, anteponiendo sus necesidades específicas a toda otra conveniencia.

Artículo 12.- El médico debe establecer con su paciente una relación de lealtad, decoro, respeto, comprensión y tolerancia, debiendo conducir el interrogatorio, el examen clínico y las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, dentro de las más estrictas consideraciones morales de la dignidad humana, sin discriminación por causa alguna.

Artículo 13.- El médico debe dedicar a su paciente el tiempo necesario para evaluar su dolencia, examinarlo, indicar las etapas diagnósticas y explicarle todo lo que sea pertinente; constituyendo falta ética la atención apresurada, la ausencia de examen clínico, las explicaciones que no den respuesta a la inquietud del enfermo o sus familiares.

Artículo 14.- El médico debe disponer de libertad en el ejercicio profesional y de condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. Ninguna circunstancia que no se base en un estricto criterio científico podrá poner limitaciones al ejercicio de la libertad profesional.

Artículo 15.- El profesional de la medicina debe limitar sus funciones e incumbencia a sus respectivos títulos o certificados habilitantes.

Artículo 16.- El médico no puede delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.

Artículo 17.- Cuando el examen o tratamiento exceda los conocimientos de la especialidad del profesional actuante, debe dar intervención al colega que posea la especialidad correspondiente, frente a esta imposibilidad.

Artículo 18.- En ausencia de otro profesional más capacitado deberá igualmente asumir la responsabilidad de la atención o en caso de suma urgencia o peligro inmediato para la vida del enfermo.

Artículo 19.- El médico debe procurar la mayor eficacia en su desempeño asegurando el mejor nivel en la calidad de atención, por lo cual debe mantener una adecuada actualización de sus conocimientos de acuerdo al progreso de la ciencia.

Artículo 20.- El médico debe cultivar cordiales relaciones con los profesionales de las otras especialidades y de otras ramas del arte de curar y con los auxiliares.

Artículo 21.- Debe respetar las creencias religiosas del enfermo no oponiéndose a los mismos. En este caso, le hará saber la gravedad y si el paciente continúa negándose, en base al principio de autonomía del mismo, aceptará la no intervención. En todos los casos debe dejar constancia en la historia clínica del paciente donde figuren los motivos por los cuales no se realiza la práctica médica sugerida (principio de autonomía y consentimiento informado).

Artículo 22.- En caso de estar condicionado por una indicación terapéutica muy precisa, que corra riesgo el paciente es necesario obtener la aprobación de un Comité de Ética o Junta Médica. Tratándose de enfermos que habiten lugares apartados, esta responsabilidad podrá ser tomada solamente por el médico de cabecera. Y aceptado por el paciente y /o familia.

Artículo 23.- El médico tiene derecho a una remuneración digna y justa por su labor profesional.

Artículo 24.- El consultorio es un terreno neutral donde el médico tendrá derecho a atender a todas las personas que lo requieran, cualesquiera sean los profesionales que los hayan asistido con anterioridad y las circunstancias que hayan precedido a la consulta.

Artículo 25.- Las relaciones profesionales deben estar regidas por el respeto mutuo entre los médicos y el no valerse de otros medios que los derivados de la competencia científica.

Artículo 26.- La obligación inexcusable del médico en el ejercicio de su profesión para atender un llamado se limita a los casos siguientes:

- a) Cuando no hay otro en la localidad en la cual ejerza la profesión y no exista servicio público;
- b) Cuando es un colega quien requiere espontáneamente su colaboración profesional y no exista en las cercanías otro capacitado para hacerlo;
- c) En los casos de suma urgencia o de peligro inmediato para la vida del enfermo.

Artículo 27.- Fuera de los casos consignados en el artículo anterior si el médico resuelve no concurrir al llamado del enfermo, deberá hacerle saber su decisión al mismo o a sus familiares para que pueda ser reemplazado, sin perjuicio para la asistencia.

Artículo 28.-En el caso que se abandone la atención, ya sea en la práctica pública y/o privada, se deberá pre avisar al paciente con antelación suficiente, ya sea que lo transfiera a otro profesional o que el paciente pueda confiar su consulta o tratamiento a otro profesional.

Artículo 29.-El médico no debe recetar sino aquellas especialidades farmacéuticas respecto de las cuales le consta o tenga referencia de la seriedad de sus fabricantes y cuenta con autorización la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT); y, en casos especiales, los que sean autorizados por la autoridad pertinente.

Artículo 30.-Se considera falta grave la indicación de medicamentos no registrados y aprobados por el ANMAT.

Artículo 31.-Los médicos no confiarán sus enfermos para la aplicación de procedimientos de diagnósticos y/o terapéuticos que no hayan sido sometidos previamente al control de las autoridades científicas reconocidas bajo el régimen de la Investigación Clínica.

Capítulo III

De los Derechos y Deberes del Paciente

Artículo 32.- Aquella persona que requiere cuidado sanitario de los profesionales de la salud, tiene los siguientes derechos esenciales con el o los profesionales de la salud:

- a) Asistencia: El paciente tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso: El paciente tiene derecho a que se le otorguen un trato digno con respeto a sus convicciones personales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y a que se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
- c) Intimidad: Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles. Considerase que es un deber de los profesionales de la salud y de las instituciones asistenciales el respeto de la intimidad de los pacientes.
- d) Confidencialidad: El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo los casos en que la ley así lo determine o cuando se trate de evitar un mal mayor con motivo de salud pública, o medie expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente. Responde por la confidencialidad no sólo el profesional tratante sino la máxima autoridad del establecimiento asistencial, y de las instituciones de la seguridad social o cualquier otra instancia pública o privada que accede a la misma.
- e) Autonomía de la voluntad: El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos a través del consentimiento informado, como así también,

a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad a través de Directivas anticipadas, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

f) Información Sanitaria: El paciente tiene derecho a que se le brinde la información que permita obtener su consentimiento comprensivo del diagnóstico, pronóstico, terapéutica y cuidados preventivos primarios o secundarios correspondientes a su estado de salud. El paciente puede expresar a través del consentimiento informado el deseo de no recibir la información sanitaria.

g) Interconsulta Médica: El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Artículo 33.- Toda persona en situación de enfermedad tiene derecho a que se respete su dignidad como tal y a recibir la mejor atención de los profesionales médicos y de las instituciones a las que asiste para que su bienestar sea posible, tanto en lo psicofísico como en lo cultural.

Artículo 34.- Todo paciente tiene derecho a recibir apoyo emocional y a solicitar ayuda espiritual o religiosa de personas de su elección.

Artículo 35.- Cuando el paciente desee hacer uso de su derecho a una segunda opinión, tiene el deber de notificar este hecho al profesional que lo trató hasta ese momento, así como deberá aceptar que éste notifique su retiro ante esa circunstancia, si ello corresponde.

Artículo 36.- El paciente tiene el deber moral de reconocer sus responsabilidades por el incumplimiento de las indicaciones profesionales, en el caso en que su salud empeore o surjan circunstancias graves en el curso de la misma. Cuando el paciente no cumpla con las indicaciones prescriptas para su salud, el profesional deberá asentar este hecho en la historia clínica en forma explícita.

Artículo 37.- El paciente debe actuar comprensivamente en relación a las honestas objeciones de conciencia del terapeuta responsable.

Capítulo IV

De la Historia Clínica

Artículo 38.- Entiéndase por Historia Clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud, ya sea en forma manuscrita o digital. La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación Paciente-Médico. Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económico-administrativas.

Artículo 39.- La Historia Clínica forma parte del acto médico y debe ser redactada y firmada por el mismo médico que realizó la prestación. La misma debe ser registrada en forma completa. Es obligación indelegable del médico confeccionarla conforme a las pautas reglamentarias establecidas legalmente y aquellas que en el futuro las reemplacen. Cuando el médico que realiza la prestación es reemplazado por otro colega debe dejarse constancia de esta situación.

Artículo 40.- La Historia Clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas.

Artículo 41.- La Historia Clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", o código único, la que deberá ser comunicada al mismo, también puede usarse como clave el número de documento de identidad.

Artículo 42.- El médico, y en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar la Historias Clínicas por el plazo legalmente establecido.

Artículo 43.- Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes, en la Historia Clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;

- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Artículo 44.-Debe constar en la Historia Clínica el Consentimiento Informado firmado por el paciente, la familia o el responsable legal cuando por su complejidad lo requieran.

Artículo 45.-Debe garantizarse la preservación del secreto médico y la Historia Clínica no debe ser expuesta a quienes tengan otros intereses que no sean los puramente profesionales.

Artículo 46.- El análisis científico y estadísticos de los datos contenidos en la Historia Clínica y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y usos son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad, el derecho a la intimidad de los pacientes y se cuente en forma previa con el debido consentimiento del paciente.

Artículo 47.- El contenido de la Historia Clínica, puede confeccionarse en soporte digital siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. La reglamentación establecerá la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designará a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Pueden considerarse distintos tipos de historia clínica:

- a) el paciente internado. La internación puede ser motivos clínicos, quirúrgicos u obstétricos. La confección puede ser manuscrita o informatizada.
- b) El paciente ambulatorio, en consultorio privado o estatal, en cuyo caso puede ser realizado informativamente, por carpetas, o por fichas. En general la primera consulta tiene datos, que no es necesario repetirlos, salvo que haya cambios significativos en síntomas, signos o enfermedades.
- c) La confección de la HC tiene características diferentes según la especialidad (clínico, pediatría, traumatología, psiquiatría, etc.).

Capítulo V

Del Consentimiento Informado

Artículo 48.-Ante toda actuación profesional ya sea en el ámbito público como privado debe efectuarse el consentimiento informado escrito donde la redacción se realice en términos comunes, entendibles por cualquier persona alfabetizada y debida explicación de los términos técnicos relacionados con el procedimiento o medicación; así mismo debe constar los derechos de los pacientes. En especial el derecho a retirarse del tratamiento en cualquier momento sin que ello afecte la calidad de atención. En caso de que el paciente no esté en condiciones de comprenderlo o esté incapacitado lo firmará un familiar cercano o conyugue.

Artículo 49.-El Consentimiento Informado (CI) es un derecho que le asiste al paciente, para actos médicos o de investigación en salud. Es de solicitud obligatoria y debe estar incluido en la historia clínica, ya sea en el ámbito de la salud pública como privada.

Artículo 50.- El CI es el proceso de comunicación e información que le brinda el profesional médico a un paciente autónomo, competente con comprensión adecuada, y que consulta respecto a su situación donde se le manifiesta cual es el plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o

paliativo, haciéndole conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder adoptar libremente la decisión.

Artículo 51.- Una vez efectuada la comunicación por parte del profesional médico se deberá escuchar la opinión del paciente, respetando su dignidad personal y promoviendo su participación en la toma de decisiones a lo largo del proceso, según su competencia y discernimiento. La persona podrá aceptar lo propuesto o negarse.

Artículo 52.- El CI escrito constará de una explicación taxativa y pautada de las actividades que se realizarán al paciente, quien será informado por parte del profesional tratante y estará redactado en forma concreta, clara y precisa, con términos que el paciente o, ante su incapacidad o imposibilidad, su familiar o representante o persona vinculada habilitada, puedan comprender.

Artículo 53.-El CI será escrito en las siguientes situaciones: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos e) Revocación.

Artículo 54.-El CI escrito debe ser firmado por el paciente o en el caso de Consentimiento por Representación lo firmará la persona que lo represente. Donde se declara expresamente comprender el tratamiento a realizar.

Artículo 55.- El CI puede ser revocado por el paciente o su representante legal, o persona autorizada. En este caso se deberá dejar constancia en el mismo texto que se otorgó, junto al detalle de las consecuencias que el paciente declara expresamente conocer, procediéndose a su nueva firma con intervención del profesional tratante.

Artículo 56.-El profesional deberá respetar la decisión revocatoria adoptada, dejando expresa constancia de ello en la historia clínica, anotando en forma detallada los datos que identifiquen el tratamiento médico revocado y los riesgos previsibles que la misma implica.

Artículo 57.- Se requerirá documentar esa circunstancia en la historia clínica, si no le fuera posible firmar al paciente, el profesional deberá requerir la firma de dos (2) testigos.

Artículo 58.-En el caso de CI verbal, el profesional tratante, deberá dejar constancia en la historia clínica la fecha y alcance de cómo y sobre qué práctica operó el mismo.

Artículo 59.-En el caso de CI verbal, su revocación deberá consignarse por escrito en la historia clínica, asentando la fecha de su revocación, sus alcances y el detalle de los riesgos que le fueron informados al paciente a causa de la revocación, procediéndose a su rúbrica por el profesional y el paciente, si este no está en condiciones el profesional deberá requerir la firma de dos (2) testigos.

El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos: a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública, declarado por la Autoridad Sanitaria correspondiente b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Artículo 60.- Ante la imposibilidad del paciente para poder otorgar su consentimiento informado, será brindado por sus representantes en la primera oportunidad posible luego de superada la urgencia.

Artículo 61.-Ante exposiciones con fines académicos, se requiere el CI previo del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales y del profesional de la salud interviniente, con carácter previo a la realización de dicha exposición, en las que se puede, real o potencialmente, identificar al paciente, cualquiera sea su soporte.

Artículo 62.-No se requerirá autorización cuando el material objeto de exposición académica sea meramente estadístico, o utilizado con fines epidemiológicos y no permite identificar la persona del paciente. A tales fines se requerirá la rúbrica del profesional tratante asumiendo la responsabilidad por la divulgación y el carácter de la información.

Artículo 63.- En aquellos establecimientos asistenciales donde se practique la docencia en cualquiera de sus formas, deberán arbitrase los mecanismos para que el CI, a fin de la exposición con fines académicos, sea otorgado al momento del ingreso del paciente al establecimiento asistencial.

Capítulo VI

De la Capacidad de los Menores para consentir actos médicos

Artículo 64.- El consentimiento por representación se efectuará cuando la persona no es capaz de tomar decisiones, ya sea porque se encuentre inconsciente, incapacitado legalmente, sea menor de edad o que no son capaces intelectual de comprender los alcances de la práctica. El consentimiento por representación estará dado por sus padres, conyugue, representante legal, pariente más cercano o allegado.

Artículo 65.- En el caso de niños, niñas o adolescentes, como sujetos plenos de derecho y que estén en condiciones de formarse un juicio propio, tiene el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos, antes de tomar una medida respecto de ellos

Artículo 66.- La aptitud para tomar decisiones en procedimientos “no invasivos” en caso de en niños, niñas y adolescentes (de 13 a 16 años), será considerada de acuerdo al principio de “autonomía progresiva”, (según su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales).

Artículo 67.- En el caso de tratamientos “invasivos” o que pongan en peligro la integridad de la vida, los menores y adolescente (de 13 a 16 años) deben tener el CI de sus progenitores

Artículo 68.- A partir de los 16 años, los jóvenes son considerados como adultos en las decisiones asociadas al cuidado del propio cuerpo, por consiguiente, son ellos quienes firman el CI.

Capítulo VII

De las Directivas Anticipadas

Artículo 69.- La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito, con la presencia de dos (2) testigos, por ante escribano público o juez de primera instancia competente, con certificación de firma, en la que se detallarán los tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y las decisiones relativas a su salud que consiente o rechaza.

Artículo 70.- Los testigos, cualquiera sea el medio por el cual se extiendan, en el mismo texto de las DA deben pronunciarse sobre su conocimiento acerca de la capacidad, competencia y discernimiento del paciente al momento de emitirlas, y rubricarlas, sin perjuicio del deber del propio paciente otorgante de manifestar también esa circunstancia, además de que es una persona capaz y mayor de edad.

Artículo 71.- Las DA sobre cómo debe ser tratado el paciente, deberán ser agregadas a su historia clínica.

Artículo 72.- El paciente puede incluso designar un interlocutor para que llegado el momento procure el cumplimiento de sus instrucciones. Los profesionales de la salud deberán respetar la manifestación de voluntad autónoma del paciente.

Artículo 73.-En ningún caso se entenderá que el profesional que cumpla con las DA emitidas con los alcances de la Ley vigente, está sujeto a responsabilidad civil, penal, o administrativa derivada de su cumplimiento.

Artículo 74.-Cuando el médico a cargo considere que la misma implica desarrollar prácticas eutanásicas, se realizará una consulta previa al Comité de ética de la institución respectiva y, si no lo hubiera, de otro establecimiento, pudiendo invocar la imposibilidad legal de cumplir con tales DA.

Artículo 75.-Todos los establecimientos asistenciales deben garantizar el respeto de las DA, siendo obligación de cada institución el contar con profesionales sanitarios, en las condiciones y modo que fije la

autoridad de aplicación que garanticen la realización de los tratamientos en concordancia con la voluntad del paciente.

Artículo 76.-Cuando el paciente rechace mediante DA determinados tratamientos y decisiones relativas a su salud, el profesional interviniente mantendrá los cuidados paliativos tendientes a evitar el sufrimiento, incluyendo procedimientos farmacológicos o de otro tipo para el control del dolor y el sufrimiento.

Artículo 77.-No se tendrán por válidas las DA otorgadas por menores o personas incapaces al momento de su otorgamiento, como así tampoco, aquellas que resulten contrarias al ordenamiento jurídico o no se correspondan con el supuesto que haya previsto el paciente al momento de exteriorizarlas.

Artículo 78.-El paciente puede revocar en cualquier momento éstas directivas, dejando constancia por Escrito. Si el paciente, no las tuviera disponible al momento de decidir la revocación, por encontrarse en una situación de urgencia o internado, se documentará su decisión revocatoria verbal, con la presencia de al menos dos (2) testigos y sus respectivas rúbricas en la historia clínica, además de la firma del profesional tratante.

Capítulo VIII

Del Cuidado del Paciente Incurable

Artículo 79.-Deberá tenerse en cuenta la diferencia que existe entre:

- a) Paciente incurable.
- b) Paciente incurable en estado crítico.
- c) Paciente incurable en estado terminal.

Artículo 80.- En todas estas categorías rige el principio general señalado en la Declaración de Venecia: “El deber del médico es curar y cuando sea posible aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes”.

Artículo 81.- Paciente crítico es un enfermo que presenta grave riesgo de vida, pero que conserva posibilidades de recuperación mediante medidas terapéuticas de cuidados especiales y aplicación de tecnología de alta complejidad, generalmente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Artículo 82.- Paciente terminal es aquel que presenta daño irreversible, el cual lo conducirá a la muerte en breve plazo. Ingresarlo en una Unidad de Cuidados Intensivos significa arbitrar medidas para intentar prolongar el proceso de morir.

Artículo 83.- En el paciente terminal deben aplicarse las medidas que permitan una muerte digna, sin que se justifiquen procedimientos que prolonguen el sufrimiento. La exigencia de conducta médica ética significa evitar la insistencia o enañamiento terapéutico en una situación de vida irrecuperable.

Artículo 84.- Es necesario, además, recordar que no existiría una diferencia de responsabilidad moral individual, así como operacional, entre “actuar” y “dejar de actuar”, y que la autorización primaria para una u otra conducta proviene del paciente y su derecho al ejercicio de la autonomía que le es inherente.

Artículo 85.- El ejercicio de la autonomía puede efectuarse mediante Directivas Anticipadas, directa comunicación entre el paciente y el equipo médico o por su familia en caso de incompetencia que implica:

- a) Inexistencia de completa lucidez mental.
- b) Incapacidad de comprender la información que se le suministra.
- c) Imposibilidad de adoptar una decisión voluntaria.

Artículo 86.- La abstención o retiro de los medios de soporte vital no significará bajo ningún concepto privar al paciente de las medidas que le provean confort físico, psíquico y espiritual, trasladándolo si fuera necesario, al área de cuidados paliativos.

Artículo 87.- Si ocurrieran opiniones contrarias entre el profesional médico y los familiares, será éticamente apropiado que se adopten algunas de las siguientes posibilidades:

- a) Consulta con otro médico propuesto por la familia.
- b) Consulta con el Comité de Ética Institucional.
- c) Traslado del paciente a otra Institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.
- d) Solicitud por el equipo médico de intervención judicial.

Artículo 88.- El profesional médico deberá respetar en todo momento los principios morales y/o religiosos de cada paciente en el momento de la muerte.

Capítulo IX

De la Muerte Digna

Artículo 89. El profesional médico deberá respetar las decisiones adoptadas en vida con respecto a qué hacer con sus restos. A todo paciente le asiste el derecho en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, de rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o solicitar el retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado. Con el consentimiento firmado por el o los responsables.

Artículo 90.-También la asiste el derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

En estas situaciones basta que el enfermo comunique su decisión al médico. En los casos en los que no sea capaz de comunicarse con el mundo exterior, el derecho de exigir una muerte digna para la paciente pasa a sus familiares o responsables legales

Artículo 91.- En estas situaciones, el médico debe respetar estrictamente el Principio de Autonomía de sus pacientes, configurando excepciones especiales:

- a) Los menores de edad.
- b) Los discapacitados mentales con diagnóstico psiquiátrico realizado por un especialista.

Artículo 92.-El médico tiene la obligación ética de aceptar las directivas anticipadas que pudiera haber confeccionado el paciente y en la medida que las mismas se ajusten a lo previsto por la ley que las rige al momento de su aplicación.

Artículo 93.- En ningún caso el médico está autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo, pero nunca provocársela.

Artículo 94.-Es conforme a los dictados de la ética médica la abstención o el retiro de las medidas terapéuticas de cualquier índole destinadas a combatir patologías intercurrentes o nuevas manifestaciones de un proceso patológico ya diagnosticado, respecto de una persona cuyo deceso se reputare inminente a raíz de grave enfermedad o accidente, cuando se las juzgare desproporcionadas, tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implantación o mantenimiento ocasionaría al asistido, en relación con su nula o escasa efectividad, y se contare con su acuerdo libre y

expreso, actual o previamente formalizado, el consentimiento de sus representantes legales, y con la opinión concordante de dos médicos distintos del tratante.

Artículo 95.- Es conforme a los dictados de la ética médica el retiro de los medios artificiales de reanimación en el caso de pacientes en estado vegetativo permanente, juzgados tales por dictamen concordante de dos médicos distintos del tratante.

Artículo 96.- La distanasia o prolongación artificial e innecesaria de la agonía de pacientes en estado vegetativo permanente es contraria a la exigencia ética del buen morir. Sólo se justifica la distanasia en caso de gravidez de la asistida, en el interés superior del niño por nacer.

Artículo 97.- Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, las medidas de higiene y cuidados propios de la situación del paciente se mantendrán hasta tanto se comprobare su muerte en los términos de la ley.

Artículo 98.- En cualquiera de los casos enunciados podrá procederse a una terapia experimental, mediando acuerdo del asistido o, en su defecto, consentimiento de sus representantes, cuando la ponderación de ventajas y riesgos derivados de la misma lo justificasen, en función exclusiva del interés afectado.

Artículo 99.- Es falta gravísima a la ética médica la experimentación con un ser humano, aún cuando se reputare inminente su fallecimiento a raíz de grave enfermedad o accidente, si no mediaren la nota consensual y el interés terapéutico expresados en el artículo anterior.

Artículo 100.- El médico individualmente o como integrante del equipo tratante tiene el derecho de requerir el amparo judicial en resguardo del derecho supremo a la vida frente a la negativa del paciente, sin capacidad de discernimiento y volición constatadas en junta médica, de aceptar una conducta terapéutica propuesta y factible científicamente de salvar su vida.

Artículo 101.- No está permitido al médico bajo ninguna circunstancia, por ser contrario a la ética y a la ley, la realización de procedimientos que conformen la figura legal de Suicidio Asistido.

Capítulo X

Del Secreto Profesional

Artículo 102.-El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los pacientes, la honra de la familia, la respetabilidad del profesional y la dignidad del arte de curar, exigen el secreto. Los médicos tienen, dentro de los términos dispuestos por la ley, el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión por el hecho de su ministerio y no debe ser divulgado.

Artículo 103.- La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 104.- El secreto profesional configura una obligación. Revelar el secreto "sin justa causa" no es ético, y si además causa o puede causar daños al paciente, a su familia o a terceros, es un delito que reprime la Ley Penal y su violación trae aparejada, además, las sanciones previstas por esta ley de ética profesional. No es necesario publicar el hecho para que exista la revelación, bastando la confidencia a una persona aislada.

Artículo 105.-El secreto profesional obliga a todos los que concurren a la atención del enfermo. Conviene al profesional la educación al respecto de los estudiantes y auxiliares de la medicina.

Artículo 106.-Si el Facultativo tratante considera que la "declaración" del diagnóstico perjudica al interesado, debe adoptar los procedimientos y mecanismos necesarios para su prudente información y sólo podrá brindar dicha información a terceros contando con la autorización del paciente.

Artículo 107.-El profesional no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto en los siguientes casos:

- a) Cuando en su calidad de perito actúa como médico de una compañía de seguros, dando informe sobre la salud de los candidatos que le han sido enviados para su informe. Tales informes los enviará en un sobre cerrado, a la Asesoría Médica de la Compañía, con carácter reservado, quien a su vez tiene las mismas obligaciones del secreto
- b) Cuando esta comisionado por autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona;
- c) Cuando ha sido designado para practicar autopsias o pericias médicas legales de cualquier género en el fuero de que se trate;
- d) Cuando en calidad de médico tratante, hace la declaración de enfermedades infectocontagiosas ante autoridades sanitarias o cuando expide certificado de defunción;
- e) Cuando se trata de denuncias destinadas a evitar que se cometa un error judicial;
- f) Cuando el profesional es acusado o demandado bajo la imputación de un daño culposo o doloso en el ejercicio de su profesión.
- g) Cuando solicita estudios complementarios e incluye en el mismo el diagnóstico presuntivo.

Artículo 108.-El profesional sin faltar a su deber, denunciará los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión, de acuerdo a lo dispuesto en el Código Penal. No puede ni debe denunciar los delitos de instancia privada contemplados en el mismo Código.

Artículo 109.-Cuando el profesional es citado ante los Tribunales como testigo para aclarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, puede negarse a hacerlo, en razón de motivos éticos superiores, y solo podrá exponer en caso que la autoridad judicial lo releve fundada y expresamente de guardar el secreto profesional y se adopten las medidas para que su declaración se efectuada con carácter reservado y confidencial, no constituyendo ello delito por cuanto el requerimiento judicial constituye una "justa causa".

Artículo 110.-También podrá hacer la revelación el médico, cuando procediendo así, evita un daño de magnitud al enfermo, la familia, a terceros o a la sociedad. En estos casos, el profesional debe comportarse con mesura, limitándose a relatar lo necesario, sin incurrir a excesos verbales.

Artículo 111.-Cuando el profesional se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios, se limitará a indicar o señalar las prestaciones realizadas, y demás datos necesarios para fundar su reclamo procurando no revelar información vinculada con su secreto profesional. Será circunspecto en la revelación del diagnóstico y naturaleza de ciertas afecciones, reservándose para exponer los detalles ante los peritos médicos designados.

Artículo 112.-El profesional sólo debe suministrar informes respecto al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente, a él mismo o a sus allegados más inmediatos. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente y/o sus allegados más inmediatos, siempre que éstos conozcan todo el secreto y su revelación no pueda causar daños a terceros.

Artículo 113.- El Facultativo puede compartir el secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez, está obligado a mantener el secreto profesional.

Artículo 114.- Los sistemas de información médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.

Artículo 115.- El alcoholismo, otras toxicomanías y las enfermedades de transmisión sexual, por considerarse enfermedades de carácter social, obligan al profesional a defender a sus pacientes a través del secreto profesional, siempre que ello no represente un perjuicio real y demostrable para el paciente, para una tercera persona o para la comunidad.

Artículo 116.- Constituye violación de normas del secreto médico, hacer referencia a casos clínicos identificables, exhibir fotografías de sus pacientes en anuncios profesionales o en la divulgación de asuntos médicos en programas de radio, televisión, a través del cine o en artículos, entrevistas o reportajes en diarios, revistas o cualquier otro medio de difusión de carácter no médico.

Artículo 117.- Cuando la información sobre la salud del paciente debe ser notificada a sus familiares, la prudencia y la responsabilidad ética del miembro del Equipo de Salud, en relación al secreto profesional, son de particular importancia.

Capítulo XI

De los Derechos Humanos

Artículo 118.- La defensa de los Derechos Humanos es prioritaria para el médico por la esencia misma de la profesión que ha abrazado, debiendo basarse y ajustarse en todo momento en el respeto absoluto a la dignidad de la persona humana, la protección de la vida humana en todas sus etapas, la autonomía de la voluntad y la intimidad del paciente para decidir en forma libre y voluntaria dentro del marco legal.

Artículo 119.-El médico no debe discriminar al paciente por su pertenencia religiosa, étnica, orientación sexual, sus ideas políticas, nivel educativo y económico, aspecto físico, discapacidades, enfermedades de transmisión sexual o relacionada a las drogadicciones.

Artículo 119 Bis.- De los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El médico debe incorporar el concepto de co- responsabilidad en la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, según lo establece la Ley Nacional 26061 a la cual se adhiere la provincia de La Pampa mediante la ley 2703. El médico con motivo o en razón de su ejercicio profesional, se encuentra en una situación privilegiada para tener un rol activo en la Prevención, Detección y Acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes en situación de maltrato y /o abuso sexual infantil. En ambos casos el médico debe adecuar su accionar teniendo en cuenta el Interés Superior de los mismos, y advirtiendo que nos encontramos frente a delitos de acción pública.

Artículo 120.-El médico debe respetar el derecho inalienable del buen morir, evitando el ensañamiento terapéutico, el sufrimiento y la prolongación sin sentido de la vida,

Artículo 121 A.- Existe violación de la ética médica cuando el médico:

A) encargado de dispensar atención a los prisioneros y a los detenidos, no garantiza la protección de su salud física y mental, y, en caso de enfermedad, a dispensarles un tratamiento de la misma calidad y sujeto a las mismas normas que aquel de que gozan las personas que no están encarceladas o detenidas.

b) si participa activa o pasivamente, en procedimientos degradantes, inhumanos o crueles que lleven a la muerte; así como en torturas, tanto sea como responsable directo como testigo, o utilice procedimientos que puedan alterar la personalidad o conciencia de las personas con la finalidad de disminuir la resistencia física o mental, para conseguir objetivos reñidos con la dignidad humana.

c) instrumenta, colabora, o brinda conocimiento para la ejecución de la pena de muerte. Asimismo, si se vincula con cualquier actividad relacionada a la eliminación de personas o grupos por cualquier razón que fuera.

d) si certifica o contribuye a que se certifique que prisioneros o detenidos son aptos para sufrir cualquier forma de tratamiento o de castigo que puedan tener efectos nefastos sobre su salud física y mental que no se ajuste a los instrumentos internacionales pertinentes, o tomar parte de cualquier manera que sea, en un tratamiento no acorde con los instrumentos internacionales pertinentes.

e) si, toman parte de cualquier manera que sea en la contención de prisioneros o de detenidos, a no ser que esta, sobre la base de criterios básicamente médicos, se considere necesaria para la protección de la salud física o mental o para la seguridad del prisionero o el detenido mismo, de otros prisioneros o detenidos, o de sus guardias y no represente ningún riesgo para su salud física o mental.

Artículo 121 B. De los Derechos Humanos de los Adultos Mayores.

El médico en su accionar deberá tener presente en la atención de la Salud y Enfermedad de los Adultos Mayores lo establecido por la Ley 27360 la cual adhiere a lo normado y acordado por la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las personas Mayores, lo que incluirá estar alerta al maltrato, para hacer la denuncia correspondiente.

Artículo 122.- No puede existir derogación de los principios arriba citados bajo ningún pretexto ni siquiera por razones de peligro público.

Capítulo XII

De los Deberes del Médico con los Colegas

Artículo 123.- Se impone el deber del respeto mutuo entre los profesionales de la medicina, las no intromisiones en las incumbencias profesionales de la especialidad ajena constituyen la base de la ética que rige las relaciones profesionales.

Artículo 124.- El médico no desacreditará infundadamente las actuaciones de sus colegas en relación con los pacientes. Será antiético que esta conducta esté dirigida en búsqueda de desplazar al colega de la situación de médico tratante o hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros.

Artículo 125.- Las discrepancias profesionales sobre temas de ejercicio profesional han de ser discutidas en privado o en ateneos médicos apropiados. En caso de no llegar a un acuerdo podrán solicitar la intervención de las sociedades científicas regularmente constituidas que corresponda a nivel provincial, o nacional, las que tendrán misión de arbitraje en estos conflictos. Sin perjuicio de ello los médicos a fin de lograr el mayor beneficio para sus pacientes deberán compartir sus conocimientos científicos en lo relacionado con la atención del mismo.

Artículo 126.- El profesional que es llamado para un caso de urgencia por hallarse distante el de cabecera, se retirará al llegar éste. Si el médico de cabecera pide su colaboración podrá seguir prestándola.

Artículo 127.- El hecho que un médico ponga en conocimiento del Consejo Superior Médico de La Pampa una falta a la ética profesional de un colega no debe interpretarse como una violación de la confraternidad y el respeto debido entre colegas. Sino como una colaboración para la jerarquización de la profesión, siempre que tal acción sea ejercida en forma objetiva, fundada y con la debida discreción.

Artículo 128.- En caso que el médico sea llamado a atender en su domicilio a un paciente atendido en su actual enfermedad por otro médico, no debe aceptar el requerimiento, salvo que no tenga conocimiento de ello, o que el paciente le informe que lo ha sustituido o con acuerdo con el anterior profesional o en ausencia, imposibilidad o negativa reiterada de hacerlo por el médico tratante. Todas estas circunstancias autorizan a concurrir al llamado; y, si de ellas resulta que continuará en la atención del paciente, deben documentarse en forma escrita y hacerlas conocer al médico que intervino inicialmente.

Artículo 129.- Las visitas de amistad, sociales o de parentesco de un profesional a un paciente atendido por un colega, deben hacerse en condiciones que impidan toda sospecha de intereses o de simple control. El deber del médico es abstenerse de toda pregunta u observación relacionada a la enfermedad que padece o tratamiento que sigue y evitará cuanto, directa o indirectamente, tienda a disminuir la confianza depositada en el médico tratante. En caso de surgir alguna observación, la misma se hará saber en forma directa al médico tratante y no por intermedio del paciente o sus familiares.

Artículo 130.- Todo paciente tiene libre y pleno derecho a cambiar de médico. El profesional que se encuentra en atención del paciente no puede por medio alguno impedir tal reemplazo. Sin perjuicio de ello el nuevo médico, por confraternidad y decoro, no aceptará el reemplazo hasta tanto no se haya informado al primer profesional o lo justifiquen las circunstancias del caso.

Artículo 131.- Los médicos que practican control sanitario o actúan como auditores se abstendrán de formular indicaciones y de emitir opiniones sobre el pronóstico y tratamiento, debiendo informar tales diferencias al profesional tratante.

Artículo 132.- Cuando un médico encomienda sus pacientes al cuidado de un colega con el cual existe acuerdo previo para ello, éste debe aceptar el encargo sin reservas de ninguna índole y desempeñarlo con su mayor esmero y cuidado por el prestigio e intereses del reemplazado.

Artículo 133.- Cuando varios profesionales son llamados simultáneamente para un caso de enfermedad repentina o accidente, el paciente quedará al cuidado del que acude primero, salvo decisión contraria del paciente o familiares. En cuanto a la continuación de la asistencia, ella corresponde al profesional habitual de la familia si ésta lo solicitara, siendo aconsejable que este invite al primero a acompañarlo en la asistencia.

Artículo 134.- Cuando el facultativo de cabecera lo creyere necesario o por pedido expreso del paciente o sus familiares directos, puede solicitarse la concurrencia de un colega ayudante. En este caso la atención se hará en forma mancomunada. El profesional de cabecera dirige el tratamiento y controla periódicamente el caso, pero el ayudante debe conservar amplia libertad de acción. Ambos colegas están obligados a cumplir con las reglas de la ética médica, constituyendo una falta grave de parte del ayudante el desplazar o tratar de hacerlo al de cabecera en la presente o futuras atenciones del mismo paciente

Capítulo XIII

Delos Derechos del Médico a la Percepción de Honorarios

Artículo 135.-El ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico y éste tiene derecho a ser justamente remunerado de acuerdo con la importancia, las circunstancias del servicio que ha prestado, la competencia y cualificación profesional.

Artículo 136.- Los honorarios médicos serán dignos. Las reclamaciones y litigios eventualmente podrán someterse al arbitraje de las Instituciones medicas que los representen.

Artículo 137.- El médico no deberá percibir comisión o premio o incentivo alguno por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.

Artículo 138.-Debe propiciarse un acuerdo previo y directo del médico con el paciente o con sus familiares en materia de honorarios, tratando que su estimación no perjudique a los demás colegas.

Artículo 139.- El médico está obligado a ajustarse para su beneficio y el de sus colegas, al monto mínimo de honorarios por cada atención establecido por la entidad médica correspondiente, por debajo del cual no deben percibirse.

Artículo 140.- En los casos en que los pacientes se nieguen a cumplir sus compromisos previos pecuniarios con el médico, éste, una vez agotados los medios privados, puede demandarlo ante los tribunales por cobro de honorarios, sin que ello afecte en forma alguna, el nombre, crédito o concepto del demandante. Es conveniente ponerlo en conocimiento ante este Consejo Superior Médico y pedir a ésta asesoramiento o representación legal ante la justicia.

Artículo 141.- Toda consulta efectuada por el medio que sea y no en forma personal por el interesado y que sea aceptada por el médico, especialmente si se hacen indicaciones terapéuticas, debe considerarse como una atención en consultorio y da derecho a pasar cuenta de honorarios.

Artículo 142.- Cuando en la asistencia de un paciente han tenido injerencia varios profesionales, los honorarios se presentarán al paciente, familiares o herederos, separadamente o en conjunto, detallando en este último caso los nombres de los participantes.

Capítulo XIV

De las Organizaciones Profesionales Científicas

Artículo 143.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben aplicar los principios éticos universales -de beneficencia, no maleficencia y justicia, y el respeto a la Autonomía. La investigación biomédica se desarrolla en un mundo multicultural, con una multiplicidad de sistemas de salud y una variación considerable en los estándares de atención de salud.

Artículo 144.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propender por todos los medios adecuados al desarrollo y progreso científico de la medicina, orientándola como función social.

Artículo 145.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben mantenerse lúcidas y sensibles a los cambios que suceden en su seno y en la población que influyen sobre las normas del ejercicio de la profesión, tales como los impulsos sociales, las mutaciones culturales, los problemas éticos derivados de la aplicación de las biotecnologías nuevas, lo mediático y muchas otras situaciones.

Artículo 146.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben participar para la jerarquización de la profesión estando representados en Colegios y Consejos Médicos, y la creación y mantenimiento de condiciones dignas de vida y del medio ambiente, así como deben definir los alcances y beneficios que los nuevos avances de la Medicina pueden ofrecer a la población.

Artículo 147.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propiciar la participación activa de médicos en la formulación científica del diseño, implementación y control de las políticas, planes y programas de atención de la salud del país o su región, con el criterio que los recursos se distribuyan de manera solidaria y equitativa; tanto como deben participar en las distintas etapas necesarias para autorizar la realización de nuevas prácticas y/o técnicas para la salud.

Artículo 148.- Si bien no es una función específica de las Organizaciones Científicas, las mismas deben opinar y defender en todo lo atinente al trabajo del médico en asuntos profesionales, correspondiendo a su vez que todo profesional se sienta obligado a velar por el prestigio de las entidades a las que se ha asociado libremente.

Artículo 149.- Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propiciar la excelencia de la Educación de las Ciencias Médicas, a la vez de contribuir con los medios a su alcance para conseguir que los profesionales puedan recibir una formación continuada tanto ética como científica.

Artículo 150.- Deben establecer mecanismos comunicacionales comunitarios a fin de dejar establecido que el interés prioritario de las Organizaciones Profesionales Científicas está en lograr un nivel de salud adecuado para sus pacientes. En sus órganos de difusión se dará cabida a los aspectos particulares éticos de sus actividades.

Artículo 151.- Las Organizaciones Profesionales Científicas desarrollarán una actividad académica que implique ser un factor que equilibre las tendencias o ideologías de la bioética actual.

Capítulo XV

De la Ética de las Organizaciones Científicas y de la Investigación en Seres Humanos

Artículo 152.- El propósito de la investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efecto de las enfermedades con el objeto de mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. La investigación nunca debe tener primacía sobre los derechos e intereses de las personas que participen en ella.

Artículo 153.- Las investigaciones en seres humanos deben adherir de manera incondicional a los principios universales de la Ética: Declaración de Helsinki; Resolución ANMAT 6677-2010 y todas las normas establecidas por las Autoridades Regulatorias de la República Argentina referentes a la realización de Ensayos de Farmacología Clínica y todas sus actualizaciones a la fecha, Guías Éticas Internacionales para la Investigación Médica en Seres Humanos (CIOMS), Documentos de las Américas.

Artículo 154.- Es deber del investigador intervenir solo en protocolos de investigación clínica que hayan sido previamente analizados y evaluados por los organismos de control.

Artículo 155.- Toda investigación clínica en seres humanos deberá extremar los recaudos para que proteja en cada paso la dignidad de la persona, frente a los posibles eventos adversos y se le debe brindar cobertura integral en forma previa y posterior a la investigación.

Artículo 156.- Previo a iniciar la participación dentro de la investigación es responsabilidad del investigador y eventualmente del patrocinador de la investigación haber agotado todos los recaudos necesarios para obtener el consentimiento informado en forma libre y explícito de la persona que será

sometida a la investigación y/o de sus representantes legales en el caso de menores de edad de conformidad a lo establecido por el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Artículo 157.- En el consentimiento informado debe constar:

- En forma detallada los riesgos del estudio, así como también de la posibilidad que el paciente tiene o no de obtener algún beneficio personal del mismo.
- Información sobre los tratamientos o métodos diagnósticos alternativos.
- Derechos de los pacientes. En especial el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello afecte la calidad de atención.
- Detalle del responsable a cargo de los gastos de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones eventuales causadas por el estudio.
- Alcances y limitaciones de confidencialidad. En el caso que la información no sea anonimidad se deberán otorgar los derechos de la Ley 25.326: acceso, rectificación y no tratamiento a futuro en caso de retiro.
- Recomendación al paciente para que éste retire información y el formulario de consentimiento con el fin de analizarlo con tiempo en su domicilio.
- Firma de un testigo independiente.
- Constancia de que una copia de la información y del consentimiento, con todas las firmas, le es entregada al paciente.
- Firma de los padres o tutores se incluirán en el protocolo de menores.
- En el caso de protocolos que pasan por ANMAT, según la Disposición N° 6677/2010, debe agregarse un campo al pie del documento, en todas las hojas, para que el paciente y/o su representante legal firme y otro para que feche en todas las hojas del formulario de Consentimiento Informado.
- Aclaración que la investigación la no implica costos adicionales para el paciente ni para su cobertura de salud.
- Cláusula de autorización para el procedimiento correspondiente, si el protocolo contempla la detección de HIV.
- Datos del Investigador Principal para que los pacientes puedan realizar las consultas correspondientes.

Artículo 158.- Esta información deberá ser adecuada a la capacidad del sujeto o de sus representantes legales y deberá abarcar al menos detalles sobre los objetivos, métodos y beneficios previstos del experimento, así como de los riesgos, molestias potenciales y medidas de cuidados frente a posibles eventos adversos. También se le indicará su derecho a no participar en el experimento y a retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

Artículo 159.- El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica habitual de la Medicina del momento. El ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.

Capítulo XVI

De las Organizaciones Profesionales Gremiales

Artículo 160.- Todo médico tiene derecho de afiliarse libremente a una entidad médico – gremial y colaborar para desarrollar el espíritu de solidaridad gremial y ayuda mutua entre colegas, debiendo cumplir con las medidas aprobadas por la entidad médico gremial a que pertenezca.

Artículo 161.- El objetivo prioritario de las Organizaciones Profesionales Colegiadas o Gremiales es defender las condiciones laborales que influyen en la estabilidad del trabajo del médico, sean éstas relativas al hábitat, materiales, geográficas, intelectuales, legales y hasta espirituales con repercusión directa en los mismos y/o de sus familias y/o de la población.

Artículo 162.- Dado que el trabajo del médico en la actualidad está basado principalmente en la relación de dependencia de terceros (pública, obras sociales y prepagas), las Organizaciones Profesionales Gremiales deberán proveer a los profesionales de los medios necesarios para que los mismos encaucen su tarea en un contenido sólidamente respaldado por las Instituciones, la formación, las garantías individuales y colectivas, la protección legal, y así entonces desarrollar sus principios y contenidos, desde lo ético y desde lo Institucional.

Artículo 163.-El médico, cualquiera fuera su situación profesional y jerárquica, deben dar respuesta a las Organizaciones en que se encuentre colegiado o agremiado, sintiéndose miembro participativo de las decisiones y estatutos que éstos elaboran, a los cuales entonces deberá atenerse en sus formas y en su fondo principal que es el bien colectivo de la comunidad agremiada, evitando toda actitud orientada a conveniencias particulares o grupales, especialmente cuando éstas demuestren intereses materiales o intentos de abuso de poder.

Artículo 164.- Las Organizaciones Profesionales Gremiales tienen la obligación de defender a los colegas perjudicados en el ejercicio de la profesión en el ámbito de las instituciones asistenciales a los que pertenecen, tanto en los aspectos laborales por los permanentes cambios en contratos y convenios colectivos como en aquellos que tengan que ver con la Justicia (Responsabilidad Legal).

Artículo 165.- Es obligación de las entidades gremiales y de sus asociados estimular toda posibilidad de cambio y crecimiento profesional, así como coordinar acciones para que la Ética sea vista como un acto del accionar en Salud entre colegas y desde los colegas hacia la comunidad con un marco espontáneo de autorregulación.

Artículo 166.- Toda relación con el Estado, con las compañías de seguros, mutualidades, sociedades de beneficencia y otras, debe ser regulada mediante la asociación gremial a la que se pertenece, la cual se ocupará de la provisión de cargos por concurso, escalafón, inamovilidad, jubilación, aranceles, cooperativas y otros aspectos. En ningún caso el médico debe aceptar convenio o contrato profesional por servicios de competencia genérica que no sean establecidos por una entidad gremial.

Artículo 167.- Ningún médico facilitará su nombre a persona no facultada por autoridad competente para efectuar actividades en Salud, ni colaborará con los profesionales sancionados por las disposiciones de la Justicia o de este Código o mientras dure la sanción.

Artículo 168.- El médico tiene el deber de denunciar frente a las Organizaciones Profesionales Gremiales a la persona que no siendo profesional de la salud ejerza actividades propias de quienes lo son.

Artículo 169.- Es importante que al enviar los enfermos al hospital no se lesionen los justos intereses de ningún colega, entre ellos los económicos. Tanto si el hospital es de una mutualidad, de comunidad, de beneficencia o del Estado; no debe hacerse, por medio de él, competencia desleal a los demás colegas.

Capítulo XVII

De la Publicidad de la Actividad Profesional

Artículo 170.- La publicidad profesional ha de ser objetiva, prudente y veraz, evitando utilizar procedimientos engañosos o sugestivos que generen en el ánimo de los pacientes falsas esperanzas o propague conceptos científicamente infundados.

Artículo 171.- El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que dicha información sea verídica, discreta, prudente y expresada de manera que pueda entenderse, debiendo, con carácter previo, contar con autorización expresa otorgada por este Consejo Superior Médico.

Artículo 172.- La publicación de todo trabajo científico serio debe hacerse por medio de la prensa científica, siendo contraria a las normas éticas su difusión por medios de acceso masivo sin formación para su análisis.

Artículo 173.- Los artículos y conferencias de divulgación científica para el público no médico, cuidarán de no facilitar la propaganda personal mediante la relación de éxitos terapéuticos o estadísticos, mencionando demasiado el nombre del autor o una determinada institución, o por medio de fotografías personales o de su clínica, sanatorio o consultorio, o en el acto de realizar determinada operación o tratamiento.

Artículo 174.- El profesional, al ofrecer al público sus servicios, puede hacerlo por medio de anuncios de tamaño y caracteres discretos, limitándose a indicar su nombre y apellido, sus títulos científicos o universitarios, cargos hospitalarios o afines, las ramas y especialidades reconocidas por este Consejo, horas de consulta y demás datos para su eventual consulta.

Artículo 175.- Constituye falta ética anunciarse como Especialista de una rama de la Medicina utilizando títulos que no estén avalados por Sociedades Científicas y/o Universitarias o correspondan a Especialidades no reconocidas por este Consejo Superior Médico.

Artículo 176.- Están expresamente reñidos con toda norma de ética los anuncios que reúnen alguna de las características siguientes:

- a. Los de tamaño desmedido con caracteres llamativos o acompañados de fotografías.
- b. Los que ofrezcan la pronta, a plazo fijo e infalible curación de determinadas enfermedades.
- c. Los que prometan la prestación de servicios gratuitos o los que explícita o implícitamente, mencionan tarifas de honorarios.
- d. Los que invoquen títulos, antecedentes o dignidades que no poseen legalmente.
- e. Los que por su particular redacción o ambigüedad, induzcan a error o confusión respecto a la identidad, título profesional o jerarquía universitaria del anunciante.
- f. Los que mencionan diversas ramas o especialidades de la Medicina, sin mayor conexión o afinidad entre ellas.
- g. Los que llamen la atención sobre sistemas, curas, procedimientos especiales, exclusivos o secretos.
- h. Los que involucren el fin preconcebido de atraer numerosa clientela mediante la aplicación de nuevos sistemas o procedimientos especiales, curas o modificaciones aún no discutidas o aquellas respecto a cuya eficacia aún no se hayan expedido definitivamente las instituciones oficiales, científicas o universitarias.
- i. Los que importen anuncios mediante el agradecimiento de pacientes.
- j. Los que aun cuando no infrinjan alguno de los apartados del presente artículo, sean exhibidos en lugares inadecuados o sitios que comprometan la seriedad de la profesión, o los que colocados en el domicilio del profesional, adquieran el tamaño y forma de carteles y los letreros luminosos.

Artículo 177.- Sólo podrán consignar en el recetario o sellos aclaratorios los grados académicos de Doctor y/o de Profesor en las distintas ramas de la Medicina quienes posean tales grados.

Artículo 178.- El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios y ensayos científicos, cualquiera que sea su signo.

Artículo 179.- El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del paciente o de la persona sobre la que se investiga. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer del consentimiento previo y explícito del interesado.

Artículo 180.- No se deben utilizar para propaganda dirigida al público no médico como promoción personal del autor o de una institución artículos, conferencias, entrevistas u otras actividades de divulgación científica. Se limitará la información a los datos concretos que el público necesita conocer.

Artículo 181.- Es contrario a la ética participar en actividades de divulgación científica cuya seriedad se preste a duda, mucho más en temas que puedan provocar interpretaciones distorsionadas en el público en general.

Artículo 182.- En materia de publicaciones científicas son contrarias a los deberes deontológicos las siguientes actuaciones:

- a. Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta.
- b. Falsear o inventar datos.
- c. Plagiar lo publicado por otros autores.
- d. Opinar sobre cuestiones que no es competente.
- e. Dejar incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo o dejarse incluir en tales condiciones.
- f. No mencionar todas las fuentes de financiación del trabajo que motiva la publicación.

Capítulo XVIII

De las Juntas o Consultas Médicas

Artículo 183.- A los fines del presente Código, se denomina Junta o Consulta Médica a la reunión de dos o más colegas para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un paciente en asistencia de uno de ellos.

Artículo 184.- Las consultas o juntas médicas se harán por indicación del médico de cabecera o por pedido del paciente o de sus familiares. El médico debe provocarlas en los siguientes casos:

- a) Cuando no logre hacer diagnóstico.
- b) Cuando no obtiene un resultado satisfactorio con el tratamiento empleado.
- c) Cuando, por la gravedad del pronóstico, necesite compartir su responsabilidad con otro u otros colegas.
- d) Cuando por la propia evolución de la enfermedad o aparición de complicaciones se haga útil la intervención del especialista.
- e) Cuando considere que no goza de la confianza del paciente o de sus familiares.
- f) Cuando por las dificultades del consentimiento u otros motivos especiales vinculados a la gravedad de la situación se haga necesaria la presencia o colaboración de otros colegas.

Artículo 185.- Cuando es el paciente o sus familiares quienes la promueven, el médico de cabecera no debe oponerse a su realización y en general debe aceptar el consultor propuesto, pero le cabe el derecho de rechazarlo con causa justificada. En caso de no llegar a un acuerdo, el médico de cabecera está facultado para proponer la designación de uno por cada parte, lo que de no ser aceptado lo autoriza a negar la consulta y queda dispensado de continuar la atención.

Artículo 186.- Los médicos que hubieren aceptado su participación en la junta o consulta médica, tienen la obligación de concurrir a las mismas con puntualidad. Si después de una espera prudencial, no menor de quince minutos, el médico de cabecera no concurre o solicita otra corta espera, él o los médicos consultantes están autorizados a examinar al paciente.

Artículo 187.- Reunida la consulta o junta, el médico tratante hará la relación del caso sin omitir ningún detalle de interés y hará conocer el resultado de los análisis y demás elementos de diagnóstico empleados, sin precisar diagnóstico, el cual puede entregar por escrito, en sobre cerrado, si así lo deseara. Acto continuo los consultores revisarán al paciente. Reunida de nuevo la junta, los consultores emitirán su opinión, en el orden que el médico tratante lo disponga. Corresponde a este último resumir las opiniones de sus colegas y formular las conclusiones que se someterán a la decisión de la junta. El resultado final de estas deliberaciones lo comunicará el médico de cabecera al paciente o a sus familiares, delante de los colegas, pudiendo ceder a cualquiera de ellos esta misión.

Artículo 188.- Todas las deliberaciones de los médicos reunidos en junta o consulta tendrán el carácter confidencial y se efectuarán sin la presencia del paciente o sus familiares a fin de no generar estado de angustia en el mismo.

Artículo 189.- En el supuesto que los médicos consultantes tengan una opinión diversa a la del médico tratante, es deber de éste comunicarlo así al paciente o a sus familiares, para que decidan quien continuará con la asistencia.

Artículo 190.- El médico tratante está autorizado para confeccionar y conservar en su poder, además de la que debe incorporar en la historia clínica del paciente, un acta con las opiniones emitidas, que con él firmarán todos los consultores, toda vez que por razones relacionadas con las decisiones de la junta crea necesario poner su responsabilidad a salvo de falsas interpretaciones.

Capítulo XIX

De la Reproducción Humana

Artículo 191.- El médico debe respetar integralmente la vida humana desde la concepción y hasta su finalización.

Artículo 192.- Al médico le está prohibido la interrupción del embarazo en cualquiera de sus épocas y solo podrá practicar "lícitamente" el aborto en los casos excepcionales previstos en la legislación vigente.

Artículo 193.- La ILE en se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad.

Artículo 194.- La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas.

Artículo 195.- Todas las prácticas e intervenciones que se realicen, ya sea de manera ambulatoria o con internación, deben registrarse tanto en la HC como en los otros sistemas de registro establecidos según la institución o jurisdicción correspondiente. El consentimiento informado implica que la persona pueda contar con toda la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. La/el profesional debe brindar información y ofrecer que la mujer realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos. El resultado del proceso de consentimiento informado es el documento escrito, que debe constar en la HC, donde la persona manifiesta haber recibido información y decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa

Artículo 196.- El Consentimiento Informado debe ser firmado de conformidad a lo establecido por la normativa legal vigente.

Artículo 197.- En los casos de ILE resulta esencial realizar una adecuada consejería previa en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la persona pueda tomar su decisión basada en una información completa

Artículo 198.- El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en muchos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones.

Artículo 199.- Objeción de conciencia. Toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna con respecto a las prácticas médicas, la abstención debe ser informada sin demora. La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata. Respetará siempre la voluntad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos y deberá considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes

Artículo 200.- El médico podrá comunicar a las autoridades sanitarias o al Consejo Superior Médico de La Pampa, cuando corresponda, su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere

procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional.

Capítulo XX

De la Investigación y Terapias Genéticas. Medicina Regenerativas y Terapias Celulares

Artículo 201.-El tratamiento con células extraídas del propio paciente (autólogo) es una práctica médica éticamente aceptada para diversas afecciones cuando es realizada por especialistas reconocidos por este Consejo, y se practica en centros altamente equipados, lo que comprende su extracción, procesamiento, cultivo y aplicación.

Artículo 202.-Las investigaciones genéticas se realizarán bajo los criterios éticos indicados en el capítulo correspondiente de este código. El asesoramiento especializado es fundamental previa realización de cualquier prueba o terapia genética y su orientación debe ser no dirigida.

Artículo 203.-La terapia genética debe utilizarse solamente para corregir enfermedades y está éticamente prohibido su uso para lograr supuestos “perfeccionamientos” de individuos normales.

Artículo 204.-La clonación humana está legalmente prohibida en nuestro país. Todo lo vinculado a la misma deberá regirse por las limitaciones que la ley impone. La aplicación de pruebas genéticas a niños sólo será aceptada si la finalidad es mejorar los cuidados médicos.

Artículo 205.-Los profesionales de la salud, deberán atenerse en un todo a las normas generales que caben a la investigación en humanos.

Artículo 206.-La medicina regenerativa y la terapia celular deben estar limitadas al avance científico y las experiencias que surjan de la investigación científica, según los siguientes incisos:

- a) El director del Equipo de aplicación de esta terapia debe ser médico.
- b) No debe haber sido sancionado por alguna Asociación Científica reconocida, nacional o internacional.
- c) Debe haber participado en protocolos clínicos aprobados por entes regulatorios nacionales o internacionales.
- d) Hasta tanto exista la acreditación por una especialidad profesional universitaria, el médico debe demostrar una sólida formación científica, habiendo participado en proyectos bajo protocolo, publicaciones con referato, reuniones científicas, laboratorios de investigación o servicios de trasplantes medulares.
- e) Se deben conformar equipos de trabajo para asistir al paciente desde todos los ángulos, cooperando con el profesional médico. El procedimiento debe ser llevado a cabo en instituciones equipadas con la complejidad indicada por normas internacionales en cuanto a tecnología y bioseguridad.

Artículo 207.- No deberá el médico ceder a la presión de sus empleadores para violentar estas reglas, máxime que no existe aún un marco de contención que permita un adecuado control y vigilancia para que ello no ocurra. Las células utilizadas en las terapias celulares deben obtenerse bajo las estrictas normas de protección usadas en los trasplantes medulares y las autotransfusiones. El origen de estas células será siempre de células adultas, autólogas, y excepcionalmente heterólogas. No será considerado ético el uso de células embrionarias. El diagnóstico prenatal será ofrecido e indicado para proveer información sobre la salud fetal a los padres. Su aplicación en las pruebas de paternidad no está éticamente aceptada.

Capítulo XXI

De la Fertilización Asistida

Artículo 208.- Las nuevas técnicas de procreación asistida han producido una modificación sustancial en el sistema de reproducción, cambiando por ello conceptualizaciones legales, socioculturales médicas y éticas.

Artículo 209.- Se considera Reproducción Médica Asistida a los procedimientos y técnicas realizadas para la reproducción de aquellas personas que no pueden procrear por medios naturales.

Artículo 210.- Están incluidos todos los tratamientos o procedimientos para el logro o consecución del embarazo. Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistidas toda persona, mayor de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo a su orientación sexual o estado civil, que hayan explicitado el consentimiento informado, que puede ser revocable hasta producirse la implantación del embrión.

Artículo 211.- El derecho a la procreación debe ser respetando como Derecho Humano y así lo reconocen legislaciones de muchos países, además de la Convención Europea de Derechos Humanos y la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, considerando el bienestar de las personas que nacen gracias a estas técnicas.

Artículo 212.- Las pautas éticas de los tratamientos de fertilización asistida se fundamentan en los siguientes principios:

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

Artículo 213.- La transferencia de embriones al útero debe ser técnicamente la correcta para lograr una tasa normal de embarazos y salvaguardar y la integridad de los embriones no trasferidos, evitando los embarazos múltiples que son inaceptables desde el punto de vista ético, médico, de costo familiar y del sistema de salud.

Artículo 240.- Se deberá comenzar con técnicas de baja complejidad antes de utilizar técnicas de alta complejidad, salvo que causas médicas debidamente fundamentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad.

Artículo 214.- La donación de gametas se considerará ética cuando existan patologías que así lo justifiquen dentro de los siguientes criterios:

- a) Debe ser anónima y no existir interés secundario alguno.
- b) La donación de semen es en la actualidad poco utilizada, aunque de existir bancos especiales, éstos llevarán registros estrictos y cumplirán con las normas científicas internacionales de carácter preventivo.
- c) La donación de los óvulos implica realizar controles similares a los de la donación de semen, así como determinar con precisión las condiciones patológicas que la hacen necesaria.

Artículo 215.- Todos los procesos y procedimientos enunciados previamente deben realizarse por profesionales altamente especializados para llevarlos a cabo en centros que deben contar con las condiciones físicas, ambientales, técnicas y con la calidad requerida para asegurar la correcta realización de aquellos.

Artículo 216.- En todos los procesos y procedimientos enunciados previamente deberán cumplirse estrictamente y con especial atención todas las normas del libre consentimiento informado, tal como se ha mencionado en el presente Código.

Artículo 217.- Son pautas éticas para la reproducción asistida:

- a) El respeto estricto a los principios de la Declaración de Principios Éticos para la Investigación en Seres Humanos de la Asociación Médica Mundial – Declaración de Helsinki.
- b) El médico tiene la obligación de informar de manera comprensible y suficiente sobre los propósitos, los riesgos, los inconvenientes y las desilusiones inherentes al procedimiento, y debe obtener de ellos su consentimiento informado sobre las prácticas que se van a realizar.
- c) El principio de autonomía y bienestar a largo plazo de las personas que intervienen en tratamientos de reproducción asistida e investigación
- d) La importancia de un marco ético en la utilización de gametos y embriones en la práctica clínica, la formación y la investigación.
- e) Los centros y/o los profesionales intervinientes deben respetar la confidencialidad de las historias clínicas dentro del marco legal vigente.

Capítulo XXII

Dela Crio-preservación y Experimentación en Embriones

Artículo 218.-Las nuevas técnicas de procreación asistida han producido una modificación substancial en el sistema de reproducción, cambiando por ello conceptualizaciones legales, socioculturales médicas y éticas.

Artículo 219.- El embrión obtenido in vitro o embrión es un conjunto celular indiferenciado con una potencialidad de desarrollarse como ser humano. De esa potencialidad deriva un estatus diferente o un nuevo estatus que desde la perspectiva bioética merece el máximo respeto, protección y cuidado.

Artículo 220.-Resulta así imprescindible que los responsables de los procedimientos proporcionen a los interesados información completa para que ellos puedan adoptar una elección consiente, ética y científicamente aceptable.

Artículo 221.-El número de ovocitos reclutados será el mínimo que la tasa de fertilización probable requiera para optimizar el método.

Artículo 222.-Las parejas deben recibir información completa, firmar el consentimiento informado y establecer las disposiciones respecto a los embriones posteriormente a su almacenamiento.

Artículo 223.-El abandono de los embriones por parte de la pareja o del equipo médico tratante es un acto reñido con principios morales y la conducta ética.

Artículo 224.-El equipo médico responsable de los procedimientos lo es también con respecto a las que deben ser rigurosas normas de seguridad de conservación como de identificación de los embriones congelados.

Artículo 225.-Configura gravísima falta ética la experimentación en embriones humanos, así como su descarte y/o destrucción.

Artículo 226.-Asimismo, son éticamente inaceptables y están legalmente prohibidos en nuestro país los procedimientos de clonación. Las únicas intervenciones sobre embriones éticas y respetuosas de la dignidad humana son aquellas que se realizan con fines diagnósticos y terapéuticos para facilitar y/o mejorar la viabilidad embrionaria.

Artículo 227.-El médico que realice prácticas de fecundación asistida deberá otorgar a los embriones toda la protección y el respeto que como vida humana merecen por tal motivo toda la actividad desarrollada sobre embriones deberá tener siempre en mira la dignidad humana y la intangibilidad del genoma de la especie, considerado patrimonio de la humanidad.

Artículo 228.-Cuando por estrictas razones terapéuticas vinculadas, ya sea al número de ovocitos fecundados obtenidos o al estado de salud de la mujer, los embriones deban conservarse, serán criopreservados agotando las precauciones para garantizar su identidad genética y su integridad.

Artículo 229.- No es deseable conservar embriones de manera indefinido. Se sugiere no demorar más de cinco años. En ese lapso los dadores de los gametos deben comprometerse a través del libre Consentimiento Informado a intentar nuevas transferencias. Transcurrido dicho lapso o en el supuesto en que los dadores de gametos manifiesten su desinterés irrevocable en intentar una nueva transferencia embrionaria, el médico dará intervención a la autoridad administrativa y/o judicial que corresponda a fin de que se resuelva el destino de los embriones.

Artículo 230.-El médico nunca podrá disponer por su sola voluntad de los embriones criopreservados que mantenga en custodia, ni siquiera con el consentimiento expreso en tal sentido de los aportantes de los gametos.

Artículo 231.-El médico no podrá implantar embriones en una mujer diversa a aquella que ha entregado los óvulos que le dieran origen, salvo autorización judicial, o donación a otra mujer o pareja que tengan algún problema de fertilidad, con el debido consentimiento de los donantes. Se recomienda mantener el anonimato entre el donante y el receptor de los embriones.

Artículo 232.-Serán consideradas gravísimas faltas éticas el daño, la destrucción, el ocultamiento y la comercialización de embriones humanos. Será igualmente considerada así toda manipulación sobre el embrión que tienda a modificar su composición genética, aunque la misma se realice alegando finalidad terapéutica.

Artículo 233.-El médico deberá abstenerse de toda experimentación con embriones humanos, excepto en los casos en que la misma tenga exclusiva finalidad terapéutica directamente vinculada con el aumento de la viabilidad y la vitalidad del embrión sobre el que la misma recaiga. El médico deberá abstenerse de generar embriones humanos que tengan un fin distinto al de la procreación.

Artículo 234.-Será considerada grave falta ética la transferencia al útero de una mujer de embriones manipulados genéticamente o que hayan sido objeto de prácticas experimentales, con excepción de las aludidas previamente. Revestirá el mismo carácter la transferencia de aquellos embriones que presenten una anomalía notable debido a la cual no lograrían su desarrollo uterino o generarían una gestación imposibilitada de llegar a término.

Artículo 235.-El médico deberá abstenerse de practicar toda actividad destinada a la selección de sexo (excepto aquella que conlleve exclusiva finalidad terapéutica preventiva a raíz de la detección de una enfermedad genética ligada al sexo), la ectogénesis, la clonación destinada a la producción de individuos genéticamente idénticos, la fusión gemelar y la fecundación interespecífica.

Artículo 236.-La reducción selectiva intrauterina de los embarazos múltiples debe considerarse legalmente como un aborto. La maternidad sustituta, es decir, el préstamo del vientre materno, por ningún concepto podrá ser retribuida económicamente.

Artículo 237.-Es éticamente inadmisibles la comercialización de material genético como el esperma, los óvulos y los denominados "preembriones".

CapítuloXXIII

De la Donación y Trasplante de Órganos

Artículo 238.- La ética en el trasplante de órganos se rige por los siguientes principios:

- a) Dignidad y respeto mutuo.
- b) Justicia y solidaridad.
- c) Confianza y consentimiento informado.

Artículo 239.- Debe reconocerse a la persona el valor intrínseco de dignidad, que impone la obligación de considerar a aquella como fin en sí misma y no mero medio, como sujeto moral autónomo, único e irrepetible. El principio de dignidad humana impone obligaciones como el respeto por la autonomía e inviolabilidad de la persona humana.

Artículo 240.- La confianza implica el reconocimiento a la autodeterminación y la autonomía, evidenciándose el respeto a la personalidad del otro. El libre Consentimiento Informado se constituye entonces en condición *sine qua non* a fin de garantizar el respeto de los principios precitados.

Artículo 241.-La donación de órganos y tejidos implica el ejercicio de un derecho personalísimo de naturaleza extra patrimonial. La retribución por la dación generaría un sistema de desigualdad al establecer la ventaja económica como una prioridad al acceso en desmedro de los miembros más desaventajados de la sociedad.

Artículo 242.-La regla de confidencialidad, tanto de la identidad como los datos médicos del dador y receptor, debe ser respetada a fin de garantizar la confianza pública.

Artículo 243.-El trasplante de órganos ha mostrado ser beneficioso, por lo que el médico fomentará su donación.

Artículo 244.-En ningún caso el médico prestará su colaboración o facilitará medio alguno para la procuración o ablación de órganos en condiciones que no respondan estrictamente a las exigencias dispuesta por la ley que rige la materia.

Artículo 245.-En todo momento deberá respetar en forma absoluta la voluntad tanto del donante como de sus familiares de revocar o rechazar cualquier tipo de ablación dentro de los límites de la ley.

Artículo 246.-La definición y los criterios médicos convalidados científicamente que se utilizan para la determinación de la muerte no deben estar condicionados a propósitos distintos de aquellos que garanticen la protección y el debido cuidado de las personas. En caso de muerte encefálica con mantenido de la circulación por medios artificiales, es permisible la extracción de órganos habiendo mediado consentimiento de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 247.-Se podrán extraer órganos o material anatómico procedentes de sujetos vivos cuando exista libre consentimiento del donante obtenido sin coacción emocional, violencia o explotación económica. Cuando exista vínculo parental entre donante y receptor se tendrá especial cuidado de que el consentimiento haya sido expresado fuera de toda coacción. La donación entre sujetos vivos nunca es exigible, moral ni legalmente.

Artículo 248.-Para la realización de trasplantes de órganos o tejidos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que la donación no afecta al estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento del donante y de que no haya mediado violencia, coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento.

Artículo 249.-La capacidad de dación debe articularse necesariamente con el ejercicio de la autonomía, debiendo valorarse adecuadamente los niveles de competencia, especialmente en aquellos casos en que se comprometa la participación de menores e incapaces.

Artículo 250.-La utilización terapéutica del xenotrasplante(trasplantes de órganos y tejidos desde un *animal donante*, a un *humano receptor*)debe agotar previamente instancias de investigación básica y pre clínica.

Artículo 251.-La aplicación potencial de xenotrasplantes deberá considerar la protección de la integridad e individualidad genética de las especies involucradas, privilegiando la protección de la biodiversidad y la prevención de enfermedades transmisibles por entrecruzamiento de material genético entre especies.

Capítulo XXIV

DE LAS REDES SOCIALES

Artículo 252: La evolución de comunicación, ha hecho que las redes sociales (RS) se incluyan como una herramienta médica.

Artículo 253: Las RS se debe mantener el mismo rigor científico y la misma actitud ética que en el acto médico, teniendo en cuenta que éste va más allá del mero acto asistencial.

Artículo 254:Son normas básicas para el uso de redes sociales en medicina:

a) Respeto a la Confidencialidad y el Secreto Médico: el uso de RS hace que la privacidad se diluye, debido a la viralidad del sistema, también se pierde el derecho a la imagen y a la propia intimidad. -En el caso de subir fotos el paciente no debe ser identificable.

- La asociación entre los datos del médico, su ubicación o su especialidad y la información que se publica, juntos pueden hacer al paciente identificable.

-Cuando el objetivo es beneficiar a un paciente en particular (por ejemplo, una segunda opinión), debe contarse con el permiso expreso del mismo.

-Existe no solo un problema ético sino legal sobre la protección de datos y que el tener en las RS fotografías o imágenes de pacientes sin su permiso explícito puede colocarnos fuera de lo estrictamente legal.

b) Evitar Consejo Médico Directo a Pacientes Virtuales:

-Cuando se realiza una consulta on.line hay que tener en cuenta que no existe la obligación de atender esa consulta

-Puede redirigir la consulta a una fuente confiable, y sugerir que consulte a su médico/a tratante o con un profesional sanitario de referencia.

- Si el paciente es conocido, y resulta apropiado contestar, esa consulta se puede derivar a un mensaje cerrado o a un correo electrónico para garantizar la confidencialidad.

- Se aconseja utilizar vías de comunicación seguras, y no públicas cuando se realiza consultas a otros profesionales, en especial cuando éstas incluyan fotografías y datos del paciente reconocibles por terceros.

c) Evitar que el uso de Dispositivos Tecnológicos Desvíen la Atención Durante la Consulta Directa con el Paciente.

-No realizar intercambios virtuales (uso de redes sociales o aplicaciones de mensajería) que no sean absolutamente imprescindibles para la consulta, y en ese caso solicitar autorización y ser lo más cuidadosos posibles.

- MANTENER UNA ACTITUD RESPONSABLE SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA DIFUNDIR EN REDES SOCIALES

Capítulo XXV

Consideraciones Generales

Artículo 255.-Ningún profesional médico investido de mandatos electivos o administrativos debe utilizarlos para acrecentar su clientela, siendo además contrario a la ética la celebración de convenios o la realización de actos que tengan por objeto especular respecto a la salud, debiendo además evitar la participación de terceros en las remuneraciones de sus servicios profesionales.

Artículo 256.-El profesional deberá guardar en forma confidencial la información de los aspectos médicos obtenida durante el ejercicio de la actividad profesional, excepto cuando ésta sea requerida por la justicia o autoridades competentes, o por razones de seguridad o protección de la salud de las personas, o para integridad y/o seguridad del hábitat físico, instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud en los que interviene.

Artículo 257.-Toda persona pública o privada que se considere fundamentamente afectada por la acción u omisión a los principios éticos descriptos en este Código de Ética, derivados de la conducta de alguno o algunos de los agentes de salud comprendidos en el presente Código, dentro del año de producido el hecho, podrá efectuar la denuncia correspondiente mediante los requisitos, el procedimiento y por ante este Consejo, todo de conformidad a las previsiones establecidas en el respectivo Reglamento

FUENTES DE INFORMACIÓN

LEYES

* LEY N° 2.079: LEY SOBRE EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SALUD. DEROGACION DECRETO – LEY N° 504/69 Y MODIFICACION DE DIVERSAS NORMAS VIGENTES. - (Provincia de La Pampa)

* Ley 25326 Habeas Data. Noviembre 2002

* Ley 24.193. De Trasplante de Órganos y Tejidos –Texto actualizado por Ley 26.066 – marzo 1993. Artículo sustituido por el art. 13 de la Ley N°26066 22712/205-

* Ley 26.130 REGIMEN PARA LAS INTERVENCIONES DE CONTRACEPCION QUIRURGICA- Agosto 2006

* LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26657 /2011

* LEY 26.529 Modificada por la Ley 26.742 (MUERTE DIGNA. DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD) y Reglamentada por el Decreto 1089/2012 publicado en el Boletín Oficial el 6 de Julio de 2012.

* Ley N° 2737, la provincia de La Pampa adhirió a la Ley Nacional N° 26862 denominada "Ley de Reproducción Médicamente Asistida"- BOLETÍN OFICIAL N° 3112 Santa Rosa, 1 de agosto de 2014 Pág. N° 11

* Ley 26.061 DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES - Publicado en el Boletín Oficial 30.887 del 18/04/2006.

* LEY 712 Ley de Garantías del Patrimonio Genético Humano –Provincia de Buenos Aires.

* LEY 8953 Inviolabilidad del genoma humano Provincia de Córdoba

* LEY DE ÉTICA MÉDICA DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

* LEY 28862. REPRODUCCION MÉDICA ASISTIDA. Junio 25 de 2013.

* Ley 26994.-Código Civil y Comercial de la Nación. Octubre de 2014.

CODIGOS DE ETICA

Código de Ética – La Pampa - Resolución N° 4/84

Código de Ética- Provincia de Buenos Aires - Distrito VI

Código de Ética- Provincia de Córdoba

Código de Ética para el equipo de Salud - Asociación Médica Argentina – 2° Edición corregida y aumentada- 2011

Código de Ética de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva

GUIAS, DECRETOS Y RESOLUCIONES

* Disposición 6677/2010 ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT)

* Resolución 1480/2011 - Apruébese la Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Objetivos. Bs. As., 13/9/2011

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) – Principios Éticos para la investigación en seres humanos (Adoptada por la 64 Asamblea General – Fortaleza Brasil octubre 2008)

Guías Éticas Internacionales para la Investigación Médica en Seres Humanos (CIOMS), Documentos de las Américas.

Centro Nacional de Investigación en Ciencias (CENIC) Objetivos

Vidal Casero, M del C.: EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DE UN NIÑO en Cuadernos de Bioética 2000/1.

LAS DECISIONES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA PERSONAL - Documentos de Trabajo N° 06 - www.asesoria.jusbaire.gov.ar

La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial – Cuaderno N° 28 de la Fundación Víctor Grífols i Lucas -2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO - Organización Panamericana de la Salud, en su Documento de las América de Buenas Prácticas Clínicas

* DECRETO N° 3217: APROBANDO LA REGLAMENTACIÓN PARCIAL DE LA NORMA JURÍDICA DE FACTO N° 1194/83 MODIFICADA POR LAS LEYES N° 1.480 y 2.030. PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA

* DECRETO N° 1957/83 - PODER EJECUTIVO DE LA PCIA DE LA PAMPA – CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PAMPA - ESPECIALIDADES MEDICAS - ANUNCIOS Y PUBLICIDAD MEDICA