

CÓDIGO DE ÉTICA

SANATORIO COLEGIALES

CÓDIGO DE ÉTICA - SANATORIO COLEGIALES

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

ÍNDICE

6 libros de 28 capítulos

LIBRO I

CAPÍTULO I

DE LOS PRINCIPIOS GENERALES DE LA ÉTICA

CAPÍTULO 2

DE LOS DERECHOS HUMANOS

CAPÍTULO 3

DE LA EDUCACIÓN ÉTICA EN LA SALUD

LIBRO II

DEL EJERCICIO PROFESIONAL

CAPÍTULO 4

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD

CAPÍTULO 5

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

CAPÍTULO 6

DE LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD – PACIENTE

CAPÍTULO 7

DEL SECRETO PROFESIONAL

CAPÍTULO 8

DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

CAPÍTULO 9

DE LA MEDICINA EN EQUIPO

CAPÍTULO 10

SEGUNDA OPINIÓN

CAPÍTULO 11

HISTORIA CLÍNICA

CAPÍTULO 12

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 13

DE LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS
DEL EQUIPO DE SALUD E INSTITUCIÓN

CAPÍTULO 14

DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN INFORMÁTICA Y
CIENCIAS DE LA SALUD

CAPÍTULO 15

DE LOS HONORARIOS DEL EQUIPO DE SALUD

CAPÍTULO 16

DE LAS PROPAGANDAS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

CAPÍTULO 17

DEL EQUIPO DE SALUD Y EL PERIODISMO NO ESPECIALIZADO

LIBRO III

DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIA HUMANA

CAPÍTULO 18

DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN EN HUMANOS

LIBRO IV

SITUACIONES ESPECIALES

CAPÍTULO 19

DE LA ANTICONCEPCIÓN

CAPÍTULO 20

DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

CAPÍTULO 21

DE LA ABLACIÓN DE LOS ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRANSPLANTE

CAPÍTULO 22

DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ADICTO

CAPÍTULO 23

DEL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 24

DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON SIDA

CAPÍTULO 25

DEL CUIDADO DEL PACIENTE INCURABLE

CAPÍTULO 26

DE LA EUTANASIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO

LIBRO V

DE OTROS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD

CAPÍTULO 27

CONSIDERACIONES GENERALES

CAPÍTULO 28

CONSIDERACIONES PARTICULARES

DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

- b) Del Instrumentador Quirúrgico
- c) De los Kinesiólogos
- d) De los Psicólogos
- e) De la Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria
- f) De los Administradores, Auditores y otros profesionales del área
- g) De los Nutricionistas
- h) De las Obstétricas
- i) De los Profesionales en Servicio Social

LIBRO VI

DE LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS

CAPÍTULO 29

DE LOS AGENTES DEL CONFLICTO ÉTICO

DE LOS REQUISITOS DE LA DENUNCIA Y DE SU PROCEDIMIENTO

REFERENCIAS

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

LIBRO I

CAPÍTULO I

DE LOS PRINCIPIOS GENERALES DE LA ÉTICA

Art. 1- La Ética del equipo de Salud es un aspecto especial de la Ética

Art. 2 - Podemos definir a la Ética como guía de la conducta, que basada en principios morales, se orienta hacia una clase particular de acciones dentro de un grupo social específico o cultural en un momento histórico determinado. Plantea cuál es el valor de bondad de las conductas mismas, de lo que es correcto o incorrecto a condición de que ellas sean libres, voluntarias y conscientes. Busca causas universales que logren adaptar los actos humanos al bien universal

Art.3 – La preocupación creciente por la BIOÉTICA y las urgencias en relación con la preservación del Medio Ambiente, son características de la sociedad actual y señalan la necesidad imperiosa del compromiso ético con la persistencia de la vida, en las mejores condiciones posibles y para todos, sin distinción de raza, sexo, edad, cultura o credo

Art. 4 – Los principios fundamentales de la Ética Médica:

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

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

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

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

Art. 5 – Se acepta que las normas morales básicas que permiten que puedan llevarse a la práctica los principios éticos fundamentales son tres: la confidencialidad, la veracidad y la fidelidad.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 2

DE LOS DERECHOS HUMANOS

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

En el presente Código se señalará en resumidas Aquellas conductas que el Equipo de Salud debe plantearse en su acción cotidiana en relación a los Derechos Humanos.

Art. 6 – Algunos de los derechos Humanos son: vida, libertad e igualdad, personalidad jurídica, intimidad, libre desarrollo de la personalidad, libertad de conciencia, libertad de culto, libertad de opinión, honra, paz, derecho de petición, trabajo, libertad de profesión u oficio, libertad de enseñanza y aprendizaje, debido proceso, hábeas corpus, segunda instancia, derecho de asilo, derecho de reunión, libre asociación, sindicalización, participación ciudadana y otros.

Art. 7 – La defensa de los Derechos Humanos es prioritaria para el Equipo de Salud tanto por ser seres humanos como por la esencia misma de la profesión que han abrazado.

Art. 8 – Los miembros de El Equipo de Salud deben comprometerse con los derechos y garantías contenidas en la Constitución y en los respectivos convenios internacionales vigentes, que no deben entenderse como exclusión de otros, que siendo inherentes a la persona humana, pueden no figurar expresamente en ellos.

Art. 9 – El respeto de los derechos individuales llega hasta donde los actos de las personas comienzan a lesionar el bien común, pues es este el fin mismo de ética social que nos habla de la convivencia entre los seres humanos.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 10 – Configura una grave falta ética que el miembro del Equipo de Salud indique tratamientos sin la aclaración pertinente y el consentimiento previo del paciente o responsable, salvo en circunstancias de peligro de vida o que limite el derecho del paciente de decidir libremente o promueva mediante engaño la decisión de las personas a aceptar proposiciones conducentes al beneficio de cualquier tipo del propio médico.

Art. 11 – El miembro del Equipo de Salud no debe participar en procedimientos degradantes, inhumanos o crueles que lleven a la muerte, así como torturas, tanto sea como responsable directo o como testigo, o utilice procedimientos que puedan alterar la personalidad o conciencia de las personas con la finalidad de disminuir la resistencia física o mental, para conseguir objetivos reñidos con la dignidad humana.

Art. 12 – El miembro del Equipo de Salud no debe idear, instrumentar, colaborar o brindar conocimientos para la ejecución de la pena de muerte. Asimismo, tendrá especial cuidado de no vincularse con cualquier actividad relacionada a la eliminación de personas o grupos por razones étnicas y/o religiosas.

Art. 13 – El miembro del Equipo de Salud no debe discriminar al ser humana por su pertenencia religiosa, étnica, conductas sexuales, sus ideas políticas, aspecto físico, discapacidades, nivel educativo y económico, enfermedades de transmisión sexual o relacionados a las drogadicciones, así como por ser exiliado o inmigrante.

Art. 14 – El miembro del Equipo de Salud debe respetar el derecho humano inalienable del buen morir, evitando el sufrimiento y la prolongación sin sentido de la vida, dado que el ensañamiento terapéutico es uno de los vicios de la medicina de nuestros días

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 3

DE LA EDUCACIÓN ÉTICA EN LA SALUD

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

Art. 15 – Los miembros del Equipo de Salud que actúen en Educación, en cualquier nivel, deben hacerlo como Agentes de Salud privilegiando lo general sobre lo particular y enseñando a la población acerca de su propia responsabilidad personal y solidaria.

Art. 16 – El currículum básico de pregrado debe ocuparse de los problemas que el médico encontrará con mayor frecuencia en su práctica habitual.

Art. 17 – El equipo de educadores de Ciencias de la Salud debe estar integrado en forma interdisciplinaria por profesionales con amplia experiencia en medicina práctica, como en cuestiones éticas. Para estos aspectos es útil la participación, entre otros, de abogados, psicólogos, filósofos y representantes de las distintas religiones reconocidas. Todos ellos deben conformar un equipo de consulta al cual se pueda acceder en forma permanente.

Art. 18 – Seguramente que los temas que se abordarán tendrán directa relación con los considerados en este Código, así como con otros que aparecerán en un futuro derivados de dos circunstancias, a saber:

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 19- Si la Escuela / Facultad de Medicina, cuenta entre sus objetivos aquellos que conducen a la formación de un miembro del Equipo de Salud, ÉTICO, RACIONAL, EFICIENTE, CRÍTICO Y SOLIDARIO DEBEN TRATAR POR TODOS LOS MEDIOS POSIBLES (Responsabilidad ética Institucional), de cerrar la distancia que habitualmente media entre “lo que debe ser” y “lo que realmente es”, porque si bien es cierto que la ética médica se asienta sobre los principios morales de la sociedad, la naturaleza de las decisiones interacciones médico – paciente, configuran situaciones éticas especiales, que no ocurren en otras profesiones.

Art. 20 – La formación en los distintos niveles de Educación en Salud, independientemente que se dediquen a lo asistencial o a la investigación básica, debe ser completada con los factores del medio social en el que van a desenvolverse, por lo que, en los planes educativos curriculares o no, deben ofrecerse conocimientos especiales en el campo de la bioética, bioestadística, medicina basada en la evidencia, de la responsabilidad legal, de la economía y administración de los recursos en salud, de los aspectos sociales vinculados, y de otros de similar importancia.

Art. 21 – Las entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud, públicas y privadas deben garantizar la formación práctica de excelencia de sus alumnos sean de pre o postgrado respetando siempre al paciente, como entre otras la relación paciente – alumno.

Art. 22 – Para obtener un nivel adecuado formativo que permita ofrecer la mejor calidad de atención médica de todos sus actos, los miembros del Equipo de Salud deberán mantener una capacitación continua que les permita estar actualizados de los cambios científicos / tecnológicos que se producen en todas las áreas de su competencia.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 23 – Un miembro del Equipo de Salud Especialista es quien se ha consagrado Particularmente a una de las ramas de las Ciencias Médicas, habiendo completado estudios reconocidos en facultades, hospitales u potras instituciones que estén en condiciones de Certificar dicha formación con toda seriedad, ya sean del país o del extranjero garantizando la calidad de la Atención de la Salud ante la población.

Art. 24 – El hecho de titularse Especialista de una rama determinada de la Medicina, significa para el profesional el severo compromiso consigo mismo y para con sus colegas, de centrar su actividad a la especialidad elegida.

Art. 25 – Si bien no es una falta ética es conveniente que los miembros del Equipo de Salud se presenten voluntaria y periódicamente para la evaluación de conocimientos ante sus pares (Recertificación Asistencial), luego de haber cumplido cinco años como mínimo en el ejercicio profesional como Especialista Certificado demostrando responsabilidad técnica y legal en la profesión, para garantizar la Calidad de la Atención de la Salud ante la población.

Art. 26 – No es ético enfocar la Educación en Salud como una actividad comercial, sin que ello quite legitimidad a la remuneración honorable de la actividad docente. Es parte de la esencia vocacional del miembro del Equipo de Salud brindar sus conocimientos a sus pares y a la comunidad.

Art. 27 – Las instituciones dedicadas a la Educación en Salud no deberían ser utilizadas para las luchas políticas partidarias ni gremiales.

LIBRO II

DEL EJERCICIO PROFESIONAL

CAPÍTULO 4

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 28 – La medicina es una ciencia y profesión al servicio de la salud del ser humano y de la comunidad. Debe ser ejercida sin discriminación de ninguna naturaleza.

Art. 29 – El Equipo de Salud debe disponer de libertad en el ejercicio profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. Ninguna circunstancia que no se base en un estricto criterio científico podrá poner limitaciones al ejercicio de la libertad profesional.

Art. 30 – Los miembros del Equipo de Salud deben limitar sus funciones e incumbencias a sus respectivos títulos o certificados habilitantes. La Atención de la Salud debe ser calificada por una planificación basada en principios científicos.

Art. 31 – El Equipo de Salud no puede delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones, privativas de su profesión o actividad.

Art. 32 – El Equipo de Salud debe ajustar su conducta a las reglas de circunspección de probidad y del honor, en el ejercicio de su profesión, así como en los demás actos de la vida. La pureza de costumbres y de los hábitos de templanza son asimismo indispensables, para ejercer acertadamente su profesión.

Art. 33 – El Equipo de Salud está obligado a procurar la mayor eficacia en su desempeño asegurando el mejor nivel en la Calidad de la Atención, por lo cual deberá mantener una adecuada actualización de sus conocimientos de acuerdo a los progresos de la ciencia.

Art. 34 – Cuando algún examen o tratamiento excedan la capacidad del miembro del Equipo de Salud actuante debe dar intervención al colega que posea la necesaria habilidad frente a la emergencia y la urgencia, aunque en ausencia de otro profesional más capacitado deberá igualmente asumir la responsabilidad de la atención.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

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

Art. 35 – El Equipo de Salud tiene el deber de combatir el charlatanismo y el curanderismo, cualquiera sea su forma, recurriendo para ello a todos los medios legales que disponen, siendo oportuno la intervención de las organizaciones científicas y de la justicia.

Art. 36 – Siendo la indicación de medicamentos parte de la consulta, los miembros del Equipo de Salud deben defender la libertad de prescripción dado que como “acto médico” asumen la responsabilidad ética y legal de los resultados de dicha actividad.

Art. 37 – La responsabilidad legal de un miembro del Equipo de Salud se da en los siguientes casos:

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

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

Art. 38 – La obligación del Equipo de Salud de atender un llamado en el ejercicio de su profesión se limita a los siguientes casos:

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

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 39 – El Equipo de Salud deberá informar al enfermo o a sus responsables según lo que a su criterio corresponda, cuando la gravedad de la enfermedad hiciera temer un desenlace fatal o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo. Cuando la circunstancia lo aconseje debe hacer firmar el libre Consentimiento Informado al paciente o a la familia o al responsable legal, antes de efectuar alguna maniobra diagnóstica o terapéutica que presuponga riesgos para el paciente.

Art. 40 – Los miembros del Equipo de Salud tienen el derecho de recibir un trato digno por parte de los pacientes, familias y las instituciones donde trabajan.

Art. 41 - Los miembros del Equipo de Salud son responsables de los riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar procedimientos o tratamientos que no estén avalados científicamente.

Art. 42 – El consultorio de los miembros del Equipo de Salud es un terreno neutral donde los mismos tendrán derecho a atender a todos los enfermos que lo requieran, cualesquiera sean los profesionales que los hayan asistido con anterioridad y las circunstancias que hayan precedido a la consulta.

Art. 43 - Los miembros del Equipo de Salud tienen el derecho de ejercer la libre elección de sus pacientes, el cual estará limitado por los casos señalados en el presente Código.

Art. 44 – En caso de enfermos en asistencia, los miembros del Equipo de Salud tienen el derecho de abandonar dicha atención o de transferirla a otro colega cuando mediaran las siguientes circunstancias:

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

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

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

Art. 45 - Los miembros del Equipo de Salud tienen derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos científicos que elaboren con base de sus conocimientos, así como sobre cualquier otra documentación que reflejen su pensamiento o criterio científico.

Art. 46 – La enumeración no taxativa de derechos y deberes contenida en los distintos capítulos de este Código no afecta en lo más mínimo los derechos de los miembros del Equipo de Salud inherentes a su condición de persona humana, de profesional universitario y de trabajador, tanto de carácter individual como colectivo, reconocidos, establecidos o garantizados por reglas de Derecho.

CAPÍTULO 5

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Art. 47 – Toda persona en situación de enfermedad, tiene derecho a que se respete su dignidad como tal y a recibir la mejor atención de los miembros del Equipo de Salud y de las instituciones en que se asiste para que su bienestar sea posible, tanto en lo psicofísico como en lo socio cultural.

Art. 48 – El paciente tiene derecho a que se le brinde la información que permita obtener su consentimiento comprensivo del diagnóstico, pronóstico, terapéutica y cuidados preventivos primarios o secundarios, correspondientes a su estado de salud.

Deberá firmar él, la familia o su representante un libre “Consentimiento Informado” cuando los facultativos lo consideren necesario.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 49 – El paciente tiene derecho a que se guarde secreto de su estado de salud en relación a terceros, tanto sea verbalmente como a través de la divulgación de la historia clínica.

Art. 50 – Todo paciente tiene derecho a recibir apoyo emocional y a solicitar ayuda espiritual o religiosa de personas de su elección.

Art. 51 – El paciente tienen derecho a

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

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

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

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

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

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

Art. 52 – Cuando el paciente desee hacer uso de su derecho a una segunda opinión, tiene el deber de notificar este hecho al profesional que lo trató hasta ese momento, así como deberá aceptar que éste notifique su retiro ante esa circunstancia, si ello corresponde.

Art. 53 – El paciente tiene el deber moral de reconocer sus responsabilidades por el incumplimiento de las indicaciones profesionales, en el caso que su salud empeore o surjan circunstancias graves en el curso de la misma.

Art. 54 – El paciente debe ser custodio responsable para evitar la propagación de su enfermedad, si este riesgo es posible.

Art. 55 –El paciente debe actuar comprensivamente en relación a las honestas objeciones de conciencia del terapeuta responsable.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 6

DE LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD – PACIENTE

Art. 56 – La relación Equipo de Salud – Paciente se establece cada vez que un profesional de Salud acepta la petición de otro miembro de la sociedad, que acude en búsqueda de su opinión, consejo y un posible tratamiento.

Art. 57 – El objetivo fundamental de la tarea del Equipo de Salud es la prevención, preservación, protección y recuperación de la salud de las personas, ya sea como individuos o como miembros de la sociedad, manteniendo el respeto a la dignidad personal de aquellos que a él recurren.

Art. 58 – Debe entenderse como Médico de Familia o del Enfermo a aquel a quien en general o habitualmente consultan los nombrados y depositan su confianza profesional y humana.

Como Médico de Cabecera se entiende a aquel que asiste al paciente en su dolencia actual.

Art. 59 – La base de la relación humana fundamental en el ejercicio de la profesión médica es la fórmula dual Médico – Paciente (Equipo de Salud – Paciente) y la primera lealtad e aquel debe ser hacia la persona a quien asiste, anteponiendo sus necesidades específicas a toda otra conveniencia.

Art. 60 - Los miembros del Equipo de Salud deben establecer con sus pacientes una relación de lealtad, decoro, respeto, comprensión y tolerancia, debiendo conducir el interrogatorio, el examen clínico y las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, dentro de la más estricta consideración moral de la dignidad humana, sin discriminación por causa alguna.

Art. 61 - Los miembros del Equipo de Salud deben dedicar a su paciente el tiempo necesario para evaluar su dolencia, examinarlo, indicar las etapas diagnósticas y explicarle todo lo que sea pertinente.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 62 – Constituye grave falta ética la atención apresurada, la ausencia de examen clínico, así como de las explicaciones que den respuesta a la inquietud del enfermo o de sus familiares. La invocación de falta de tiempo por el número de pacientes que se debe asistir, o la remuneración que se obtiene por cada uno de ellos, no constituye causal que lo exima de su deber ético.

Art. 63 – Dentro de las normas que rige la relación Médico – Paciente, son de primordial categoría el respeto al secreto profesional, la confidencialidad y el libre consentimiento informado en forma personal o a través de responsables, cuando la situación así lo exija.

Art. 63 – Dentro de las normas que rige la relación Médico – Paciente, son de primordial categoría el respeto al secreto profesional, la confidencialidad y el libre consentimiento informado en forma personal o a través de responsables, cuando la situación así lo exija.

Art. 64 - Los miembros del Equipo de Salud, aún aquellos con las más altas calificaciones de prestigio profesional y académico, debe evitar actitudes de condescendiente omnipotencia y paternalismo con los enfermos o sus familias. Una disposición positiva para analizar en forma conjunta los problemas, permitirá alcanzar acuerdos satisfactorios sobre los cuidados que se debe proporcionar en relación a la salud del paciente, así como la responsabilidad de éste en lo que hace al cumplimiento de las indicaciones.

Art. 65 - Los miembros del Equipo de Salud deben extremar la prudencia, para dar una opinión en situaciones críticas, tales como: Inc. a) Enfermedad grave o desenlace fatal inminente.

Inc. b) Incurabilidad.

Inc. c) Invalidez psicofísica progresiva e irreversible.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 66 – Las siguientes circunstancias de la actividad médica exigen autorización o Consentimiento Informado del paciente o persona responsable del mismo:

Inc. a) Procedimientos, diagnósticos o terapéuticos que impliquen un riesgo para la salud.

Inc. b) Terapéutica convulsivante.

Inc. c) Amputación, castración u otra operación mutilante.

Inc. d) Intervenciones a menores de edad.

Se impone en todo procedimiento, aun mínimamente invasivo, una autorización por escrito, así como la constancia detallada de un protocolo médico o quirúrgico especial, que debe formar parte de la Historia Clínica correspondiente.

Art. 67 - Los miembros del Equipo de Salud no confiarán sus enfermos para la aplicación de procedimientos de diagnósticos y / o terapéuticos, que no hayan sido sometidos previamente al control de las autoridades científicas reconocidas bajo el régimen de la Investigación Clínica.

Art. 68 – Las visitas sociales, de amistad o parentesco de un miembro del Equipo de Saluda un paciente atendido por otro profesional, deben abstenerse de toda pregunta médica referida a la enfermedad u observaciones sobre la conducta de otro profesional. En ningún momento debe existir interés personal en el caso o intención de control.

Art. 69 – El enfermo tiene derecho a:

Inc. a) La libre elección del profesional de la Salud para la atención de su enfermedad y la consulta con otro, en busca de una segunda opinión, sin que ello perjudique la continuidad no la calidad de su asistencia.

Inc. b) A no ser abandonado arbitrariamente por un profesional en la Salud que lo atiende. Éste puede dejar la asistencia si el enfermo ha perdido su confianza. Tal situación debe ser analizada entre ambos para decidir su reemplazante que acepte hacerse cargo del enfermo. El profesional que se retira deberá actuar leal y respetuosamente con el colega propuesto, cualquiera sea la opinión que éste le merezca.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 70 - Los miembros del Equipo de Salud tienen el deber ético de asistir a las personas en situación de emergencia cuando no haya a disposición inmediata un sistema de atención de urgencia más apto que él mismo y en tales situaciones podrá no contar con la voluntad del enfermo o sus allegados.

En estos casos la atención será por decisión propia o cuando sea identificado y solicitada su intervención urgente, la que no podrá ser denegada, ni aún si existe riesgo de contagio o peligro de su integridad física.

Art. 71 – Constituye grave falta ética la aplicación de procedimientos que requieren de la decisión personal del enfermo, sin que esta haya sido recabada tanto sean diagnósticas o terapéuticas y especialmente en instancias relacionadas con el comienzo y la finalización de la vida.

CAPÍTULO 7

DEL SECRETO PROFESIONAL

Art. 72 – Entiéndase por secreto profesional en Salud aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa.

Art. 73 – El secreto profesional es un deber ético que en el miembro del Equipo de Salud nace de la esencia misma de su profesión y se relaciona con el respeto a la libertad del paciente. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad de la Medicina, exigen el secreto.

Art. 74 – Es tal su importancia que configura una obligación, cuya violación sin causa justa, está calificada como delito en el Código Penal. No es necesario publicar el hecho para que exista revelación, alcanza con la confidencia a una persona aislada.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 75 – El Equipo de Salud tiene el deber y el derecho de guardar secreto a todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional. Deberá ser tan discreto que directa ni indirectamente nada pueda ser descubierto.

Art. 76- En los casos de embarazo o partos de una soltera menor, el médico debe guardar silencio. La mejor norma puede ser aconsejar que la misma interesada comunique de su situación a personas mayores de su familia. Respetando la normativa vigente en materia de la edad de la menor.

Art. 77 – El secreto profesional obliga a todo el Equipo de Salud que concurre en la atención del enfermo. La muerte del enfermo no exime a los miembros del Equipo de Salud del deber del secreto.

Art. 78 – El profesional sólo debe suministrar informes respecto al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente a él mismo o a sus allegados más inmediatos. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente o de sus allegados más inmediatos si aquel no estuviese en condiciones de decidir en forma autónoma.

Art. 79 – Cuando ocurren situaciones de carácter institucional que representa una imprescindible necesidad, y por expreso pedido de la autoridad profesional competente, el miembro del Equipo de Salud tratante podrá revelar la información de su paciente al colega que la solicita, preferentemente en forma personal o por escrito bajo sobre cerrado.

Art. 80 - El miembro del Equipo de Salud, jefe del equipo o del centro o servicio sanitario, es responsable de establecer los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y confidencialidad de los pacientes que estén acogidos en él.

Art. 81 – Si el miembro del Equipo de Salud considera que la notificación del diagnóstico en un certificado perjudica al interesado, debe notificárselo, y aceptar su decisión al respecto.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 82 – El alcoholismo, otras toxicomanías y las enfermedades de transmisión sexual por considerarse enfermedades de carácter social, obligan a los miembros del Equipo de Salud a defender a sus pacientes a través del secreto profesional, siempre que ello no represente un perjuicio real y demostrable para el paciente, para una tercera persona o para la comunidad.

Art. 83 – 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, cinematógrafo, o, en artículos, entrevistas o reportajes diarios, revistas o cualquier otro medio de difusión de carácter no médico y de carácter médico, recordando preservar la identidad del paciente.

Art. 84 - La prudencia y la responsabilidad ética del miembro del Equipo de Salud, en relación al secreto profesional, son de particular importancia cuando la información sobre la salud del paciente, debe ser notificada a sus familiares.

Art. 85 – Al Médico y los otros miembros del Equipo de Salud quedan relevados de guardar el secreto profesional en alguna de las siguientes circunstancias:

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

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

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

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

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

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

CAPÍTULO 8

DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Art. 86 –A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones.

Art. 87 – La Organización Mundial de la Salud define como requisitos necesarios para alcanzar la Calidad en la Salud a los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.

Art. 88 – La calidad en la Salud debe entenderse englobando tres dimensiones: a) humana, b) científico – técnica y c) económico – financiera.

Art. 89 – Los nuevos Modelos de Atención deben estar avalados por el razonamiento científico y ético - social.

Art. 90 – Los miembros del Equipo de Salud deben participar de las Políticas de Calidad tanto definiendo los objetivos generales, como de su planificación y estrategia para lograrla, de la organización e implementación de los programas y de controlar los resultados con vista a su permanente mejora.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 91 - Los miembros del Equipo de Salud deben comprometerse en la Gestión de Calidad, desarrollada en base al principio enunciado en la OMS sobre el derecho de cada ser humano para lograr "el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar", principio que debe incluirse en las leyes de cada país como responsabilidad legal y ética del Estado y de las organizaciones de salud.

Art. 92 - Los miembros del Equipo de Salud deben realizar acciones específicas para aplicar Controles de Calidad, que sean universalmente aceptados, así como las técnicas y actividades de carácter operativo utilizados en la verificación de los requisitos relativos para determinar si la calidad de producción corresponde a la calidad del diseño. Estas acciones deben permitir medir la Calidad Real, comparar con las Normas (Manual de Calidad), y actuar sobre las diferencias.

Art. 93 –La evaluación de la Calidad Asistencial será responsabilidad de los distintos miembros del Equipo de Salud a saber: Inc. a) Los prestadores, considerados en conjunto.

Inc. b) Los usuarios.

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

Art. 94 - Los miembros del Equipo de Salud deben propender a obtener Sistemas de Aseguramiento de Garantía de Calidad, a través de un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de un bien o servicio va a cumplir con los requisitos de calidad exigidos e incluye el conjunto de actividades dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del usuario.

Art. 95 –Los prestadores, como conjunto, deben poseer los mayores atributos de responsabilidad y conducta ética, en el sentido de la búsqueda constante de equidad, efectividad, eficiencia y adecuación en la aplicación de conocimientos actualizados con la tecnología apropiada.

Art. 96 – El concepto de satisfacción debe evaluarse tanto para el usuario como para las condiciones de trabajo profesional.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 97 – Los administradores de la salud, como integrantes del Equipo de Salud deben aceptar y actuar bajo este Código, previendo y facilitando todos los medios para alcanzar la Calidad de la Atención. Son tan responsables como los prestadores directos de una buena práctica en Salud.

CAPÍTULO 9

DE LA MEDICINA EN EQUIPO

Art. 98 – El objetivo fundamental que debe cumplir un Equipo de Atención Médica, es lograr que un conjunto de personas trabajando armoniosamente pueda brindar una atención de excelencia a los pacientes que se encuentren bajo sus cuidados, tratando de lograr la curación del enfermo o alivio a su dolencia.

Art. 99 – Los integrantes del Equipo de Salud deben tener conciencia, que en todo momento deberán decidir con relación a dos componentes: el científico y el ético, elementos básicos de su formación como seres humanos.

Art. 100 – El Equipo necesitará imprescindiblemente un período y proceso de entrenamiento, no sólo en estrategias y procedimientos científico – técnico sino muy especialmente en coincidencias sobre valores morales y conductas éticas.

Art. 101 – El acto médico puede ser realizado o no realizado (abandonado). El realizado a su vez puede ser a) aceptado o b) no aceptado. Este último puede configurar modalidades de imprudencia, impericia o negligencia en cuanto al funcionamiento de un equipo. Debido a estas circunstancias es necesario el control de la capacidad técnica y de los valores morales, especialmente en los componentes esenciales de la acción médica: Inc. a) La relación médico – paciente.

Inc. b) El aprendizaje.

Inc. c) La investigación.

Inc. d) La actividad médica específica.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 102 – El jefe o conductor del equipo tiene además responsabilidades propias:

Inc. a) Conducta ética con aquellos a quien dirige.

Inc. b) Reconocimiento del carácter multidisciplinario de quienes lo componen.

Inc. Relaciones institucionales.

Inc. d) Controlar el medio socio – económico y legal, que puede variar desde el agradecimiento profundo hasta la hostilidad, el enojo y la agresión, tanto de opinión como de acción jurídica.

Art. 103 – Se pueden plantear las siguientes responsabilidades:

Inc. a) Directa: contra el equipo.

Inc. b) Compartida: contra alguno de los miembros.

Inc. c) Colectiva: cuando no se puede individualizar al responsable final de la acción médica.

Inc. d) Solidaria: cuando involucra a personal auxiliar (enfermería, instrumentadora, terapia física, hemoterapeuta y otros)

Art. 104 – El jefe del equipo y aún sus miembros son responsables de aceptar trabajar en un medio donde no existían las condiciones técnico – ambientales y de infraestructura que permitan el correcto accionar de sus actividades específicas.

Art. 105 – La historia clínica completa es uno de los pilares fundamentales de la atención médica y en ella tienen responsabilidades varios componentes del equipo.

Art. 106 – El trabajo en equipo no exime a quien lo dirige o a quienes tengan funciones asignadas, de cumplir con el libre Consentimiento Informado, cuyas características en algunos procedimientos, llegan más allá de la firma de un formulario preestablecido.

Art. 107 – El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cuál es el profesional que asume la responsabilidad de su atención, pero siempre el jefe del mismo seguirá compartiendo la responsabilidad ante el paciente y la ley.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 10

SEGUNDA OPINIÓN

Art. 108 – Se denomina Consulta Médica o Segunda Opinión a la resultante de una consulta a otro médico o a otro equipo de salud no responsables directo de la atención del paciente (aspecto legal y ético) para ratificar o modificar lo actuado.

Art. 109 – La Segunda Opinión es parte de la Atención en Salud. Puede ser referida a todo lo actuado o circunscribirse a alguno punto determinado.

Art. 110 – Dadas las múltiples repercusiones que tiene este Acto Médico sobre los protagonistas, se requiere de las partes involucradas no sólo conocimiento científico – técnico sino un equilibrio apropiado de madurez y respeto solidario, visto que el prestigio de la Medicina está en juego cada vez que se produce un acto médico y ello es más crítico en el caso de la Segunda Opinión.

Art. 111 – Por el principio de beneficio o beneficencia surge la obligatoriedad del miembro del Equipo de Salud de considerar a la salud del paciente por encima de cualquier otra condición.

Todo conflicto de interés de cualquier índole entre los consultantes debe ser subordinado al interés primario que constituye la razón antedicha.

Art. 112 – Este tipo de consultas pueden originarse a pedido del enfermo y de acuerdo al principio de autonomía y a la regla de confidencialidad, los familiares sólo podrán solicitar al médico tratante la consulta con otro profesional si contaren con la expresa autorización del paciente o bien en el caso que éste no fuese competente. También puede proponerla el responsable primario frente a las siguientes situaciones:

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

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 113 – Cuando la promueve el enfermo o los familiares el médico de cabecera no debería oponerse a su realización aceptando al consultor propuesto, aunque le cabe el derecho de rechazarlo con justa causa.

En caso de llegar a un acuerdo, el médico de cabecera está facultado para proponer la designación de uno por cada parte y de no ser aceptada esta propuesta puede negarse a la consulta quedando dispensado de continuar la atención.

Art. 114 – Por el principio de autonomía (capacidad de autodecisión) el paciente debe ser partícipe en la responsabilidad e la toma de decisiones de su asistencia, siéndole permitido asimismo el poder de cambiar sus decisiones en los distintos momentos del proceso, debiendo señalársele con honestidad cuáles son los problemas que puedan surgir.

Art. 115 – La Segunda Opinión es un acto ético, lo no ético suelen ser los procedimientos de cómo se accede a ella. La mayor responsabilidad de fijar el encuadre ético corresponde tanto al consultando como al consultado.

Art. 116 – Durante las consultas el médico consultor observará honrada y escrupulosa actitud en lo que respecta a la reputación moral científica del de cabecera, cuya conducta deberá justificar siempre que coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia.

En todo caso, la obligación moral del consultor, cuando ello no involucre perjuicio para el paciente, es atenuar el error y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar la confianza depositada en el médico de cabecera.

Art. 117 – El médico consultor no debe convertirse en médico de cabecera del mismo paciente, durante la enfermedad para la cual fue consultado. Esta regla tiene las siguientes excepciones:

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

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

Art. 118 – La Segunda Opinión, a espaldas del médico de cabecera configura una grave falta ética, salvo en ausencia, imposibilidad o negativa reiterada de hacerlo por el médico de cabecera, o con su autorización. Todas estas circunstancias que autorizan a concurrir al llamado y si ellas se prolongan a continuar en la atención del paciente, deben comprobarse y de ser posible documentarse en forma fehaciente, haciéndolas conocer al médico de cabecera.

Art. 119 – Si de la consulta realizada con un Especialista, se desprende que la enfermedad está encuadrada dentro de la especialidad del consultante es honorable que el médico de cabecera ceda a éste, la dirección del tratamiento. De no tratarse de una complicación y sólo sea una alternativa del cuadro clínico, la dirección del tratamiento continúa correspondiendo al médico de cabecera y el especialista debe concretarse a ofrecer los conocimientos que aporten a la situación suspendiendo su intervención tan pronto como cese la necesidad de sus servicios, actuando de común acuerdo.

Art. 120 – En caso de intervención quirúrgica es al cirujano especialista a quien corresponde fijar la oportunidad, lugar de su ejecución y la elección de sus ayudantes, pudiendo solicitar al médico de cabecera su participación en el acto quirúrgico.

Art. 121 – Cuando el miembro del Equipo de Salud envía a sus pacientes al consultorio de un especialista, es de buena práctica ética comunicarse previamente con él por los medios que correspondan.

Una vez realizado el examen, éste le deberá comunicar su resultado. La conducta a seguir desde este momento por ambos colegas es la indicada en los artículos precedentes. Esta clase de visitas está comprendida entre las extraordinarias.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 122 – Es aconsejable sin ser obligatorio, que el especialista que reciba en su consultorio un enfermo que concurre espontáneamente le comunique al médico de cabecera el resultado del examen, salvo expresa negativa del paciente.

Art. 123 – Los médicos tiene la obligación de concurrir a las consultas con puntualidad. Si después de una espera prudencial, no mayor de 15 (quince) minutos, el médico de cabecera no concurre ni solicita otra corta espera, el o los médicos consultantes están autorizados a examinar al paciente, previos procedimientos del consentimiento informado.

Art. 124 – Reunida la consulta o junta, el médico de cabecera efectuará la relación del caso del caso sin omitir ningún detalle de interés y dará a conocer el resultado de los elementos de diagnóstico empleados. Acto continuo los consultores revisarán al enfermo.

Reunida de nuevo la junta, los consultores emitirán su opinión, comenzando por el de menor edad y terminando por el de cabecera, quien en este momento dará su opinión verbal o escrita. Corresponde a este último resumir las opiniones de sus colegas y formular las conclusiones que se someterán a la decisión de la junta.

El resultado final de estas deliberaciones lo comunicará el médico de cabecera, al enfermo o a sus familiares, delante de los colegas, pudiendo ceder a cualquiera de ellos esta misión.

Art. 125 – Si los médicos consultantes no están de acuerdo con el de cabecera, el deber de éste es comunicárselo al enfermo a sus familiares para que decidan quién continuará con la asistencia.

Art. 126 – El médico de cabecera está autorizado para levantar y conservar un acta con las opiniones emitidas, que, con él, firmarán todos los consultores, toda vez que, por razones relacionadas con las decisiones de la junta, crea necesario poner su responsabilidad a salvo de interpretaciones erróneas.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 127 –En las consultas y juntas, se tratará de evitar las disertaciones profundas sobre temas doctrinarios o especulativos y se concretará la discusión a resolver prácticamente el problema clínico presente observado.

Art. 128 – Las decisiones de las consultas y juntas pueden ser modificadas por el médico de cabecera, si así lo exige algún cambio en el curso de la enfermedad, pero todas las modificaciones, como las causas que lo motivaron, deben ser expuestas y explicadas en las consultas siguientes, para el caso que ellas deban ocurrir.

Art. 129 –Las discusiones que tengan efecto en las juntas deben ser de carácter confidencial. La responsabilidad es colectiva y no le está permitido a ninguno eximirse de ella, por medio de juicios o censuras emitidos en otro ambiente que no sea el de la junta misma.

Art. 130 - A los médicos consultores les está éticamente prohibido volver a la casa del enfermo después de terminada la consulta, salvo en caso de urgencia o con autorización expresa del médico de cabecera y con anuencia del enfermo o de sus familiares, debiendo evitar hacer comentarios particulares sobre el caso.

Art. 131 – Garantiza una mejor Atención de la Salud tener prevista en los distintos sistemas de Atención la Segunda Opinión en las figuras del Consultor y / o de los Comités de Expertos.

Art. 132 – La revolución tecnológica de la informática ha desarrollado la Segunda Opinión a Distancia.

CAPITULO 11 HISTORIA CLINICA

Art. 133 – La Historia Clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros, y no sólo por quienes escriban en ella.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 134 – La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación Equipo de Salud – Paciente. Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económico – administrativas.

Art. 135 – La Historia Clínica debe ser legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones.

Art. 136 – Las hojas de las Historias Clínicas deben ser foliadas y cada una de ellas debe tener el nombre del paciente, del miembro del Equipo de Salud y la fecha. Deberán destacarse horarios de las prestaciones que se realicen y fundamentalmente un preciso detalle de las condiciones en que ingresa el paciente.

Art. 137 – En la Historia Clínica se deberá hacer una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando, y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarla.

Debe ser contemporánea a las distintas prestaciones que se vayan realizando.

Art. 138 – Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales se debe registrar la opinión de las mismas y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas.

Art. 139 – Se deberá detallar en la Historia Clínica la información suministrada al paciente y/o familiares, como así también la respuesta que va teniendo el paciente frente al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Art. 140 – Debe constar en la Historia Clínica el libre Consentimiento Informado firmado por el paciente, la familia o el responsable legal.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 141 – LA Historia Clínica completa y escrita en forma comprensible, es una de las mayores responsabilidades del Equipo de Salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal.

Art. 142 – La Historia Clínica contiene datos personales, y sobre éstos existe un derecho personalísimo, cuyo único titular es el paciente. La negativa a entregársela a su propio titular puede dar lugar al resarcimiento del daño causado.

Art. 143 – Lo que cabe para la Historia Clínica propiamente dicha es asimismo aplicable a su material complementario, tales como análisis clínicos, placas topográficas, radiografías, etc., todos estos documentos son inherentes a la salud, al cuerpo y a la intimidad del paciente y en consecuencia le son inalienables y sólo él puede dirigirlos y revelar su contenido.

Art. 144 – El médico y/o sanatorio son los custodios de la Historia Clínica, la desaparición de ésta o su falta de conservación, entorpecerá la acción de la justicia, al tiempo que le quita la posibilidad al médico tratante y al mismo sanatorio, de una oportunidad invaluable de defensa en juicio.

El custodio de la misma deberá responder por esta situación.

Art. 145 – Debe garantizarse por lo antedicho, la preservación del secreto médico y la Historia Clínica no debe estar expuesta a quienes tengan otros intereses que no sean los puramente profesionales.

Art. 146 – Es ético respetar el mandato judicial que ordene su presentación para fines de investigación, en ataque o defensa jurídicos de la responsabilidad legal. Art. 147 – No podrá utilizarse para fines espurios, de discriminación de cualquier índole o para exclusión de beneficios obligatorios por ley.

Art. 148 – En caso de computarización de la Historia Clínica deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 12

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

Art. 149 – El respeto mutuo entre todos los profesionales dedicados a la Atención de Salud, la no intromisión en los límites de la especialidad ajena salvo situaciones de emergencia y el evitar desplazarse por medios que no sean derivados de la competencia científica, constituyen las bases éticas que rigen las relaciones entre los miembros del Equipo de Salud.

Art. 150 – El Juramento Hipocrático señala la costumbre de asistir sin cobro de honorarios al colega, a su esposa, hijos y padres siempre que los miembros estén bajo su cargo y no se hallen amparados por ningún régimen de previsión. Esta costumbre ha dejado de ser en la actualidad una norma para muchos profesionales del Equipo de Salud, motivo por el cual quedará a la conciencia de cada uno cómo proceder. No parte del que recibe la atención la decisión de no abonarlos.

Art. 151 – En caso de cobertura social recuperable, el Equipo de Salud queda en libertad de cobrar honorarios, así como en el caso que el colega tenga un medio de subsistencia distinto del ejercicio de la medicina.

Art. 152 – En el juicio sucesorio de un miembro del Equipo de Salud sin herederos de primer grado, al Equipo de Salud que lo asistió le corresponden los honorarios.

Art. 153 – Todo miembro del Equipo de Salud tiene derecho a aceptar la consulta de un paciente, cualquiera fueren sus colegas que lo hayan asistido previamente y las circunstancias que se vinculen a la consulta. La forma de conducta que se adopte indica el grado de respeto a la ética entre colegas.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 154 – Cuando un miembro del Equipo de Salud es llamado a asistir a un paciente que se encuentra bajo la atención de otro profesional, debe solicitar a la familia notifique al colega y en caso que esta no lo hiciera, es éticamente correcto que él mismo lo haga.

Art. 155 – En caso de reemplazo temporario de un miembro del Equipo de Salud por otro colega, deben acordarse previamente las condiciones en cómo ocurrirá esa situación y el reemplazante debe actuar con el máximo de respeto hacia su colega y sus pacientes.

Art. 156 – Cuando un miembro del Equipo de Salud actúe en función administrativa, director, coordinador, auditor y otras funciones, debe recordar siempre que está tratando con un colega que merece todo su respeto y consideración porque el miembro del Equipo de Salud es siempre tal, en cualquier circunstancia de que se trate y la sociedad así lo reconoce y espera de él una conducta acorde con la ética propia de su profesión.

Art. 157 – Cuando un miembro del Equipo de Salud ocupa una posición jerárquica no debe utilizarla para impedir que sus colegas subordinados actúen y defiendan los principios éticos de la profesión.

Art. 158 – Los integrantes del Equipo de Salud y aunque le atañen al Médico las decisiones probablemente más significativas en el cuidado de la salud de los pacientes, deberán recordar siempre su responsabilidad que no desaparece por el hecho de trabajar con un conjunto de profesionales que constituyen un equipo, así como, tendrán que respetar las incumbencias específicas evitando delegar responsabilidades.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 159 – Cuando el miembro del Equipo de Salud de cabecera lo considere oportuno puede proponer la participación de otro profesional como ayudante. En esta situación la atención se hace un conjunto. El Médico de Familia o Cabecera dirige y controla, pero el ayudante debe tener amplia libertad de acción. Constituye una falta grave por parte del ayudante el desplazar o tratar de hacerlo, al de cabecera en la presente o futuras atenciones del mismo paciente.

Art. 160 – En la llamada Consulta Médica, es donde se pone a prueba el sentido ético de los profesionales entre sí y su comportamiento. Son muy útiles como ejemplo para el aprendizaje de colegas más jóvenes y menos experimentados.

Art. 161 – Es éticamente censurable que un miembro del Equipo de Salud por su jerarquía o por el cargo que detenta, ejerza presión sobre otros profesionales que trabajan con él para impedirles cumplir con sus obligaciones éticas o con la integridad, el honor o los valores de su profesión.

Art. 162 – Cuando un miembro del Equipo de Salud tome conocimiento de objeciones a sus juicios o indicaciones que sean realizados por otros miembros del Equipo de Salud, deberá prestar atención prudente y respetuosa a las mismas, tratando de llegar al acuerdo necesario para superar el problema sobre la base de la razón del mejor argumento.

Art. 163 – Es de particular importancia la relación de los miembros del Equipo de Salud entre sí dado el significado de sus actividades, en el cuidado, consuelo y eficiencia que se presta al enfermo.

Art. 164 – Dada la creciente complejidad de la vida actual y de las perspectivas futuras, es de singular relevancia la colaboración en el Equipo de Salud de los profesionales de las Ciencias Sociales y de Salud Mental, cuya integración debe ser completada en forma estable en beneficio de la atención de los pacientes.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 165 – Los distintos miembros del Equipo de Salud pueden asociarse con la finalidad de constituir un equipo técnico jerarquizado para el mejor desempeño profesional.

Art. 166 –Es también necesaria la comprensión de la complejidad y costos de los cuidados de la salud, motivo por el cual resulta imprescindible una buena relación con los profesionales que trabajan en la Administración de los Servicios Asistenciales.

CAPÍTULO 13

DE LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD E INSTITUCIÓN

Art. 167 – Las relaciones entre los miembros del Equipo de Salud y las Instituciones Asistenciales deben ser éticas y armoniosas.

Art. 168 – El Equipo de Salud y la Institución privilegiarán la atención del paciente que se presenta a la consulta. El médico actuante es el responsable de dar la adecuada atención física y psicológica del mismo, así como de dar las explicaciones debidas a la familia.

Art. 169 – Las Instituciones Asistenciales y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas que contratasen profesionales o equipos profesionales cuyos miembros no reúna los requisitos exigidos por este Código, cometen grave falta Ética.

Art. 170 – Las Instituciones de Salud deben contar con recursos y plantas físicas que reúnan las condiciones y medio ambiente de trabajo de acuerdo a las leyes, reglamentaciones y otras normas vigentes en la materia y con el equipamiento y el material de bioseguridad que garanticen la calidad de la atención de la salud y que prevengan las enfermedades laborales del personal actuante. Deben implantarse a tales fines sistemas de acreditación y control de calidad.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 171 – Las Instituciones Asistenciales y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, como son los centros hospitalarios que actúan sobre “poblaciones cautivas”, son responsables éticos y legales, que los productos medicinales que provean a sus usuarios cumplan con los postulados necesarios que garanticen su seguridad, independientemente del método de compra.

Art. 172 – El secreto profesional y de confidencialidad son derechos inalienables de los pacientes, el Equipo de Salud está obligado a constituirse en celoso custodio de los mismos.

Las Instituciones Asistenciales deben actuar consensuadamente con los profesionales para normalizar que el contenido de los informes y certificados impidan vulnerar los derechos citados, además de cuidar cualquier otra forma en que, dentro de la Institución, pueda violarse el secreto profesional.

Art. 173 – Los miembros del Equipo de Salud vinculados a instituciones de salud, deben defender su derecho de prescribir libremente. Por otra parte, tienen la obligación del uso racional de los medios de diagnóstico y tratamiento, evitando indicaciones desmesuradas o inútiles (Medicina innecesaria).

Art. 174 – Será considerada grave falta ética que los miembros del Equipo de Salud se encuentren vinculados a organizaciones y empresas que elaboren, distribuyan o expendan sustancias de carácter medicamentoso, descartable, prótesis y/o tecnológicos. Tampoco podrán recibir dinero u otros bienes por prescribir determinados productos o realizar prácticas o procedimientos que signifiquen de alguna forma acuerdo tácito para el beneficio pecuniario o promocional de la organización o institución que los propone.

Art. 175 – Los directivos de todas las Instituciones Asistenciales con internación propenderán a la creación del Comité de Ética y Conducta Profesional.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 176 – Los miembros del Equipo de Salud, independientemente de la organización asistencial donde ejerzan, cumplirán a pleno los deberes profesionales y administrativos a que estén obligados por la relación contractual.

Art. 177 – Las Instituciones de Salud no pueden ser utilizadas para luchas políticas partidarias. El profesional de Salud que desempeña un cargo directivo debe cumplir con las disposiciones establecidas en este Código.

CAPÍTULO 14

DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN INFORMÁTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Art. 178 – Toda información de Salud a través de las actuales y futuras tecnologías en soporte electrónico de la Información y de la Comunicación deben ajustarse a los principios éticos y a las normativas legales vigentes.

Art. 179 – Los sitios de información Médica y Salud en Internet han permitido a los médicos, a otros profesionales relacionados al cuidado de la salud, a pacientes y a otros consumidores un rápido acceso a la información médica en un volumen sin precedentes. Esta facilidad de acceso está provocando una transformación en la relación Equipo de Salud y Paciente.

Art. 180 – Existen situaciones que deberán ser contempladas en este proceso, pues de no ser así, el mismo podrá ser perjudicial. Se pueden mencionar entre otras a las amplias variaciones en la calidad de los contenidos presentes en la Página, los intereses comerciales que influyen sobre ellos y lo vinculado con la privacidad.

Art. 181 – Esto lleva a la necesidad de fijar una posición ética respecto a estas nuevas formas de comunicación, para ello se han desarrollado principios referidos a las características de los contenidos, la publicidad, el apoyo económico y todo aquello que asegure a los profesionales y pacientes usuarios de un sitio de la Página, la calidad del mismo, la privacidad, la confidencialidad, además de garantizar la práctica del comercio electrónico efectivo y seguro.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 182 – Los principios están basados en normas confeccionadas por instituciones de prestigio internacional que se encuentran trabajando en el tema desde hace tiempo, destacándose entre ellas la American Medical Association y la Asociación Médica Argentina.

Art. 183 – La adhesión a estos principios fundamentales facilitará la adquisición y aplicación de información médica a pacientes, al público en general y a los profesionales del cuidado de la Salud.

Art. 184 – Los principios éticos alcanzan al contenido en los sitios de la Página que comprende al total del material, incluyendo textos, gráficos, tablas, ecuaciones, audio y videos e íconos de menú /direccional, barras, indicadores, listas e índices. Estos principios también apuntan a las funciones que apoyan el contenido (ej: vínculos, búsquedas, cálculos) y a otros que se puedan desarrollar.

Art. 185 – Cualquier contenido deberá ser proporcionado por miembros del Equipo de Salud u organizaciones calificadas. De no ser así debe estar expresamente indicado.

La información proporcionada estará dirigida a complementar y no a reemplazar la relación que existe entre un paciente y su profesional de la salud de confianza.

Art. 186 – La titularidad del sitio, así como los titulares del derecho de autor, deben indicarse de manera clara.

Art. 187 – El sitio debe proveer información acerca de su navegación, las restricciones de acceso al contenido, si es necesario registrarse, la clave de protección, los abonos y todo lo relacionado con la privacidad.

Cada sitio debe proveer un motor de búsqueda o una herramienta de navegación apropiada para facilitar el uso, así como las instrucciones en cómo usar la función y cómo conducir los distintos tipos de búsqueda.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 188 – El contenido debe revisarse en función de la Calidad (incluyendo originalidad, precisión y confiabilidad) antes de su colocación o publicación. El contenido editorial clínico debe ser revisado por expertos, no comprometidos en la creación del mismo, debiéndose indicar claramente las fechas de publicación, actualización y revisión. Debe publicarse la lista de las personas o instituciones que intervienen en este proceso.

Art. 189 – Los vínculos de contenido dentro y fuera del sitio requieren ser revisados antes de publicarlos y deberán contar con un seguimiento y control. Si los mismos no son funcionales deben ser reparados en tiempo.

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

Art. 190 – Si el contenido puede bajarse en un archivo, las instrucciones deben ser provistas y de fácil acceso con respecto a cómo hacerlo y cómo obtener el programa necesario. También debe colocarse un vínculo a dicho programa.

Art. 191 –La presencia de publicidad en un sitio de la Página implica y garantiza la recomendación del producto, servicio o empresa por parte de los responsables del sitio, por lo que están expuestos a reclamos que puedan surgir de los mismos, excepto que el sitio aclare que no se responsabiliza del mismo.

Art. 192 – Los espacios de publicidad no deben inferir con la misión, los contenidos científicos, ni con las decisiones editoriales.

Art. 193 – No debe colocarse publicidad adyacente al contenido editorial sobre el mismo tema ya sea mediante vínculos o encontrándose en la misma pantalla.

Art. 194 – El usuario debe tener la opción de oprimir o no el comando manual (Mouse). Sobre el aviso. Los usuarios no serán enviados a un sitio comercial a no ser que elijan hacerlo voluntariamente.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 195 – Todo el soporte o material financiero para los contenidos y otros tipos de productos *on line* será reconocido y claramente indicado en la Página o mediante vínculos.

Art. 196 – Los miembros del Equipo de Salud tendrán presente que los datos médicos informatizados del paciente pueden ser violados en forma fácil y lejos de la relación interpersonal, por lo que deben conocer y controlar que los datos introducidos en el sistema de información cualquiera sea la tecnología que lo sustente, sean sólo los pertinentes, necesarios y verificables. Para ello deberá colocarse un vínculo fácilmente accesible al usuario relacionado a la política de privacidad y confidencialidad del sitio en la página principal o en la barra de navegación.

Art. 197 – Todos los datos que recolecte el sitio como nombres, direcciones de correo electrónico, o cualquier otra información personal deberán ser utilizadas con criterios legalmente aprobados.

Art. 198 – El proceso de optar en cualquier funcionalidad que incluya colección de información personal debe incluir un aviso explícito y esa información personal se guardará, con explicación de cómo y por quién se usará. La declaración de optar debe incluirse en un documento breve y claro para el usuario.

Art. 199 – Todos los datos que recolecte el sitio como nombres, direcciones de correo electrónico, o cualquier otra información personal debe ser proporcionada voluntariamente por el visitante, luego de estar en conocimiento sobre el uso potencial de tal material.

Art. 200 – Los datos médicos recolectados no deben proporcionarse o divulgarse a terceros sin el consentimiento expreso de aquellas personas de quienes proviene.

Art. 201 – Para ayudar a la navegación de la página se pueden utilizar los archivos ocultos guardados en la computadora del usuario. El sitio debe informar si utiliza estos archivos. Si el usuario tiene configurado su navegador para no recibirlos, esto no impide la navegación en el sitio.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 202 – Las políticas de privacidad y confidencialidad con respecto al correo electrónico son las habituales de este procedimiento, siendo el visitante concededor de las mismas, por lo que no tienen dependencia del sitio en cuestión. Los correos electrónicos y cartas de noticias deben contener la opción “dar de baja” a la suscripción.

Art. 203 – La información proveniente de pacientes que no guarde el anonimato, debe tener el Consentimiento Informado escrito de los mismos. Cuando se ha obtenido el consentimiento expreso debe indicarse en el contenido de la Página. El resto de la información debe seguir las mismas normas que las publicaciones científicas.

Art. 204 –El correo electrónico en Salud se rige por los siguientes principios:

Inc. a) Deben asegurar a los usuarios del sitio que accederán a transacciones seguras y eficientes.

Inc. b) Los usuarios deben poder revisar la información de la transacción antes de llevarla a cabo (información, productos, servicios, etc)

Inc. c) Se debe enviar un correo electrónico con información sobre la transacción.

Inc. d) Si el navegador del usuario en Salud no soporta una conexión segura, no deben permitir transacciones financieras.

Inc. e) Deben indicarse claramente los tiempos de respuesta y cumplimiento.

Art. 205 – La implementación de la “receta electrónica”, sobre todo para enfermedades crónicas permitirá un seguimiento del compromiso del paciente en la terapéutica indicada.

Art. 206 – Los propietarios de la Página, independientemente donde esté localizado su sitio principal como sus réplicas son responsables legales y éticos de los contenidos, debiendo responder si ocurre daño que pueda ocasionarse directa o indirectamente hacia la población en general o a una persona en particular.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Reafirmando el concepto de que la salud es una Responsabilidad de Todos, sean miembros del Equipo de Salud o no, nadie debe creerse excluido de sus deberes dado que son parte de la comunidad.

No pueden reconocerse como simples Intermediarios No Responsables.

Art. 207 – Todos los estamentos que participen de cualquier forma en la cadena de producción o difusión de información sobre temas de salud independientemente del destinatario deben ser incluidos en la Cascada de Responsabilidades vinculadas a los efectos que puedan producir con dicha información, jerarquizando los controles para que no vulnere la privacidad ni confidencialidad debiéndose respetar los lineamientos de este Código.

CAPÍTULO 15

DE LOS HONORARIOS DEL EQUIPO DE SALUD

ART. 208 – Los Miembros del Equipo de Salud tienen el derecho a una retribución económica por su trabajo, dado que el mismo constituye su forma normal de subsistencia. El servicio que brindan debe beneficiar al que lo recibe y a él mismo.

Art. 209 – Es un proceso contrario a la ética la práctica de la participación de honorarios por acuerdo entre profesionales entre sí o con laboratorios, centros especializados u otras entidades remuneradas.

Art. 210 – Cuando un Miembro del Equipo de Salud tiene relación contractual o de hecho con una entidad de servicios tanto pública, como de obra social, prepaga o privada, no deberá percibir ningún pago directo del paciente, excepto que un convenio previo lo explicita. Tampoco deberá sugerir al enfermo que se convierta en su paciente privado.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 16

DE LAS PROPAGANDAS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Art. 211 – Constituye falta ética que un miembro del Equipo de Salud se anuncie como Especialista de una rama de la Medicina utilizando títulos que no estén avalados por Sociedades Científicas y/o Universitarias o correspondan a Especialidades no reconocidas por el Ministerio de Salud.

Art. 212 – No deben efectuarse promesas de curación infalible, utilizar medicamentos o procedimientos anunciados como secretos. No deben aplicarse nuevos sistemas o procedimientos especiales, curas o modificaciones aún en discusión respecto de cuya eficiencia no se haya expedido definitivamente las instituciones oficiales o científicas.

Art. 213 – No se deben utilizar para propaganda dirigida al público no médico como promoción personal del autor o de una institución artículos, conferencias, entrevistas u otras actividades de divulgación científica. Se limitará la información a los datos concretos que el público necesita conocer.

Art. 214 – El miembro del Equipo de Salud debe cuidar que su nombre no sea exhibido en lugares que comprometen la seriedad de la profesión, así como el figurar públicamente en los medios de difusión, hablada o por imágenes, con el debido respeto a su personal calidad profesional, y la calidad y prestigio de los otros profesionales que ejercen tareas similares.

Art. 215 – Es contrario a la ética participar en actividades de divulgación científica cuya seriedad se preste a duda, mucho más en temas que pueden provocar interpretaciones distorsionadas en el público en general.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 17

DEL EQUIPO DE SALUD Y EL PERIODISMO NO ESPECIALIZADO

Art. 216 – La palabra (oral, escrita, visual) debe ser usada con suma prudencia en asuntos de la Salud. Se tendrá presente que puede transformarse en un agente agresor psíquico – social y cultural de acción no dimensionable.

Art. 217 – La difusión de la noticia médica, con el fin de estimular la toma de conciencia por parte de la población, debe realizarse en forma ética y responsable, mediante un lenguaje accesible para la comprensión de la comunidad en general. Los medios de comunicación tienen un papel importante en la formación de percepciones y actitudes de la comunidad. Es aconsejable que dentro de lo posible sea elaborada y transmitida por profesionales de la Salud.

Art. 218 – Cuando se trate de periodistas especializados o no, en temas de salud, los mismos deben trabajar en coordinación con un profesional del Equipo de Salud experto e idónea en la materia. Deben comprender que al tratar temas relacionados a la Salud se transforman en Agentes de Salud.

Art. 219 – Los miembros del Equipo de Salud que tengan actividad en el periodismo no científico deben respetar este Código, al igual que los Agentes de Salud.

Art. 220 – Los miembros del Equipo de Salud no deben permitir la exhibición de actos médicos en forma directa, o que hayan sido fotografiados o filmados, fuera del caso en que se considere conveniente a fines educativos o de divulgación científica. Si con la presentación de los documentos, o de la historia clínica se pudiera identificar a la persona del paciente, será necesaria la autorización previa del mismo por escrito.

Art. 221 – La información del estado de salud de una figura pública en el curso de una enfermedad, aguda o crónica, debe ser tratada como reserva. Nunca debe ser utilizada esta circunstancia para el beneficio personal del miembro del Equipo de Salud tratante o del periodismo en general.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 222 – El miembro jefe del Equipo de Salud de un centro o servicio sanitario, es responsable de establecer que las informaciones a los medios de comunicación sean adecuadas y discretas, no sólo las brindadas por él, sino también las producidas por las personas que trabajan en el mismo.

Art. 223 – La autorización del paciente a revelar el secreto médico, no obliga a los miembros del Equipo de Salud a hacerlo. En todo caso, éstos deben cuidar de mantener la confianza en la confidencialidad médica.

LIBRO III

DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIA HUMANA

CAPÍTULO 18

DE LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN EN HUMANOS

La investigación clínica o investigación con seres humanos, debe entenderse como estudios orientados hacia el avance del conocimiento médico, realizado por profesionales calificados, con experiencia en el tema y de acuerdo con un protocolo que establece el objetivo de la investigación, las razones de su empleo, la naturaleza y el grado de riesgos previstos y posibles, así como su relación con los beneficios que se esperan de sus resultados.

En este proceso es de rigor ético mantener vigentes los Códigos Internacionales que figuran como Anexos al presente Código de Ética de Salud y al de la Sociedad de Ética en Medicina. La investigación clínica cuenta con Principios Básicos que se enumeran a continuación:

Art. 224 – La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos universales aceptados y basarse en experimentos de laboratorio y en animales, correctamente realizados, así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 225 – El diseño y ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo “ad hoc” que se remitirá para consideración, comentarios y asesoramiento a un Comité Independiente del investigador y de la entidad patrocinadora, con la condición de que dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país y a las prescripciones de los códigos internacionales.

Art. 226 – La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente. La responsabilidad respecto al sujeto humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque haya acordado su consentimiento.

Art. 227 – La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente, a menos que la importancia de su objetivo esté en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

Art. 228 – Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Art. 229 – Deberá siempre respetarse el derecho a la integridad del ser humano sujeto a la investigación, adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre la integridad física, mental y de su personalidad.

Art. 330 – Los miembros del Equipo de Salud deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles, igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 231 – Al publicar los resultados de su investigación, el miembro del Equipo de Salud tiene la obligación de respetar su exactitud. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios reconocidos científicamente, no deben ser aceptados para su publicación.

Art. 232 – Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento pueda implicar.

Cada una de estas personas debe ser informada que posee libertad para no participar en el experimento, así como para anular en cualquier momento su consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico, el consentimiento voluntario y consciente del individuo, por escrito.

Art. 233 – Al obtener consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el miembro del Equipo de Salud debe ser especialmente cauto al respecto a que esa persona se halle en una situación de dependencia hacia él o dé el consentimiento informado bajo coacción.

En tal caso deberá obtener el consentimiento otro miembro del Equipo de Salud que no esté implicado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial.

Art. 234 – El protocolo de la investigación debe contener siempre una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios fundamentales en investigación clínica.

Art. 235 – Los sectores involucrados tiene obligaciones específicas que se describen en el articulado siguiente:

Inc. a) Patrocinador del estudio.

Inc. b) Investigador.

Inc. c) Monitor o Controlador.

Inc. d) Paciente.

Inc. e) Comité de Ética que aprobó el estudio

Inc. f) Autoridad Sanitaria.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 236 – El patrocinador del estudio es responsable de:

Inc. a) Implementar y mantener sistemas de información y control de calidad a través de procesos operativos estandarizados, mediante una auditoría.

Inc. b) Lograr acuerdo directo entre las partes para lograr acceso directo a los registros a fin de mantener la confidencialidad del voluntario y conducción del protocolo de acuerdo a la buena práctica clínica y las recomendaciones nacionales e internacionales.

Inc. c) Utilizar un protocolo aprobado por un Comité de Ética Independiente del Investigador, del patrocinador, del centro de investigación y de la autoridad de regulación.

Inc. d) Asegurar la información sobre seguridad y eficacia en relación a las condiciones experimentales sobre el paciente.

Inc. e) Asegurar que el producto experimental es apropiado para el desarrollo del fármaco.

Inc. f) Asumir la responsabilidad de informar al Comité de Ética y a la autoridad sanitaria de los eventos adversos que pudieran ocurrir.

Inc. g) Mantener la evaluación continua del producto experimental y notificar a la autoridad de regulación de los hallazgos que pudieran constituir eventos inesperados en el estudio.

Inc. h) Asegurar la firma conjunta del protocolo por parte de todos los involucrados en el experimento y luego controlar el cumplimiento de las normas por el personal calificado designado.

Inc. i) Seleccionar al investigador y/o institución a disponer de los recursos técnicos apropiados al estudio.

Inc. j) Obtener del investigador un compromiso firmado y fechado para conducir el estudio de acuerdo a las normas, los requerimientos de la autoridad regulatoria y el protocolo aprobado por el Comité de Ética, incluyendo informes, monitoreo, auditoría e inspecciones de rutina por entes autorizados.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 237 – El investigador es responsable de:

Inc. a) Contar con calificaciones apropiadas en lo que hace a la educación, entrenamiento y experiencia en el área experimental (currículum vitae actualizado).

Inc. b) Estar informado y aceptar del cumplimiento de las normas y regularizaciones vigentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 238 – El monitor es responsable de:

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

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

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

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

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

Art. 239 - La responsabilidad de los pacientes son:

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

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

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

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

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 240 – Las responsabilidades del Comité de Ética son:

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

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

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

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

Inc. e) Establecer y mantener escritos sus estándares, así como la situación de análisis de proyectos, llevando un registro refrendado por sus miembros de dictámenes que entrega. Inc. f) Exigir que ningún paciente sea incluido en un ensayo antes de haber emitido su aprobación por escrito tanto al comienzo como durante el desarrollo del mismo.

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

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

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

Art. 241 – Las responsabilidades de las Autoridades de Regulación son:

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

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

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

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

Art. 242 – Los niños no deben ser incluidos en protocolos que puedan ser realizados en adultos, si bien su inclusión pueda ser indispensable para la investigación de enfermedades infantiles y de alteraciones que le son propias.

Art. 243 – El pariente más próximo o su representante legal firmará el consentimiento informado, aunque es conveniente lograr su cooperación voluntaria cuando ella sea posible.

Art. 244 – Para la situación de personas con desórdenes mentales o de conducta, el investigador debe tener en cuenta:

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

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

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

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

Art. 245 – En las fases terminales de patologías como cáncer incurable o SIDA, no hay justificación ética ni científica para realizar pruebas clínicas con los métodos de "ciego único", con o sin placebo.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 246 – El patrocinio externo de un proyecto, tanto sea de etapas o el total del mismo, implica responsabilidades de la entidad huésped, sea nacional o internacional, con las autoridades competentes del país anfitrión.

Art. 247 – El financiamiento externo debe ser avalado por una revisión ética y científica compatible con la autorización exigida por las normas vigentes en el país financiador. Dicha versión requerirá de un comité “ad hoc” del país originario de los recursos, así como otro Comité Nacional local a fin de acordar objetivos de la investigación y sus condiciones de ajuste a requerimientos éticos, legales y científicos.

LIBRO IV

SITUACIONES ESPECIALES

CAPÍTULO 19

DE LA ANTICONCEPCIÓN

Art. 248 – El médico que indica el tratamiento anticonceptivo está obligado a informar al paciente sobre los distintos métodos utilizables para el control de la natalidad, su aceptabilidad, inocuidad, eficiencia y tolerancia.

Art. 249 – El médico no debe influir sobre la elección de un determinado método cuando varios sean viables.

Art. 250 – El médico se compromete a respetar las indicaciones y contraindicaciones, absolutas y relativas de cada método y a comunicarlas detallada y comprensiblemente de acuerdo con el nivel intelectual de los pacientes.

Art. 251 – Se deben respetar las disposiciones legales vigentes, o, los principios de leyes análogas, en el momento de indicar determinando método anticonceptivo.

Art. 252 – Se debe practicar el control evolutivo directo (por el médico tratante o quien lo suplante o sustituya) sobre los pacientes que efectúen tratamientos anticonceptivos.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 253 – No se puede proponer métodos esterilizantes (definitivos o reversibles) como tratamientos anticonceptivos cuando no exista una indicación médica precisa.

Art. 254 – El médico debe respetar los derechos personalísimos, de autonomía y dignidad de la persona humana en la elección del método por los pacientes.

Art. 255 – El médico deberá informar a los pacientes bajo tratamiento sobre eventuales efectos adversos descubiertos por la ciencia médica con posteridad a la instalación del método indicado y que antes no se conociera.

Art. 266 – El médico, de acuerdo con sus principios filosóficos, religiosos, morales y sus objeciones de conciencia, podrá excusarse de prescribir anticonceptivos o de colocar dispositivos intrauterinos u otros, debiendo igualmente en todos los casos informar al paciente de manera clara y veraz y referirlo a otro colega para el fin solicitado.

Art. 267 – Si el paciente abandona el seguimiento sin aviso al médico o no concurre a los controles o realiza subrepticamente otros tratamientos distintos al indicado, el médico tiene el derecho de dejar de atenderlo, quedando liberado de sus obligaciones.

CAPÍTULO 20

DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Art. 258 – Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera de ese plazo, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente. En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida; b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 259 – Las personas con capacidad de gestar tienen derecho a:

a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la ley 27.610 (ver art. anterior); b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud; c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley; d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces. Todo ello conforme lo establecido por la ley 27.610 (o la normativa vigente).

Art. 259 bis: Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se debe requerir el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, de conformidad con la normativa vigente. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

Art. 260 – Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, **en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento** y en las condiciones que se establecen en las leyes 27.619, 26.485, 26.529 y concordantes (o en la normativa vigente).

El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto: **Trato digno** respetando las convicciones personales y morales de la paciente; **privacidad**, generando el ambiente de confianza para obtener, transmitir y preservar la información y documentación clínica de la paciente; **confidencialidad** y resguardo del secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad;

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Autonomía de la voluntad, respetando las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva; **Acceso a la información** actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles; **Calidad** brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada. (O podemos solo enumerar sin explicar).

Art. 261: Respecto de la interrupción voluntaria del embarazo en personas menores de edad, debe considerarse que los mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento, mientras que las personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado conforme la normativa vigente.

De la misma manera se observará lo establecido en las leyes vigentes en cuanto a las personas con capacidad restringida, en lo referente al consentimiento informado y la asistencia del sistema de apoyo.

ESTE ARTÍCULO LO PONDRÍA AL FINAL– Art. 262: Las instituciones y organizaciones asistenciales (públicas, obras sociales, prepagas, privadas, etc.) respetarán la libertad de conciencia de los profesionales que deban intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo. (podemos sacarlo si te parece excesivo:

Los profesionales deben mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión y no se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria postaborto).

Los establecimientos de salud, ya sea privados o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 21

DE LA ABLACIÓN DE LOS ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRANSPLANTE

Art. 262 – La ética en el trasplante de órganos se rige por los siguientes principios:

Inc. a) Dignidad y respeto mutuo.

Inc. b) Justicia y solidaridad.

Inc. c) Confianza y consentimiento informado.

Art. 263 – 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.

Art. 264 – La solidaridad es la dimensión social del principio de la dignidad, implícita en la condición de igualdad de las personas, fomentando el desarrollo y la cooperación social.

Art. 265 – La distribución de los bienes escasos, como lo son los órganos para trasplante, implica ineludiblemente la aplicación de los principios de justicia distributiva, en pos de un equilibrio equitativo, sin distinciones arbitrarias en la asignación de derechos y deberes.

La transparencia, publicidad y el pluralismo se constituyen como garantías en la toma de decisiones en la distribución de recursos, desde la perspectiva en la igualdad de oportunidades.

Art. 266 – 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 posprincipios precitados.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 267 – La donación de órganos y tejidos implica el ejercicio de un derecho personalísimo, de naturaleza extrapatrimonial. La retribución por la dación generaría un sistema de desigualdad al establecer la ventaja económica como una prioridad de acceso, en desmedro de los miembros más desaventajados de la sociedad.

Art. 268 – La regla de confidencialidad, tanto de la identidad como los datos médicos del dador y receptor, debe ser respetada a fin de garantizar la confianza pública.

Art. 269 – La definición y los criterios médicos convalidados científicamente que se utilizan para la determinación de la muerte no deben estar condicionados a propósitos distintos de aquellos que garanticen la protección y el debido cuidado de las personas.

Art. 270 – Con relación a la naturaleza del cuerpo humano y de sus órganos y de sus tejidos se hace imprescindible el respeto y cuidado de los mismos, de acuerdo a las cosmovisiones culturales sobre el valor simbólico del cuerpo en cuanto a su disposición final. Luego de la ablación debe garantizarse un cuidado atento y respetuoso del cadáver, recomponiendo su indemnidad física y estética, a fin de preservar la integridad del mismo.

Art. 271 – La hipótesis de dación de órganos entre personas vivas debe limitarse a aquellos sujetos que se encuentran relacionados por afinidad o consanguinidad. En el supuesto de que se amplíe a sujetos no relacionados deberá preservarse debidamente la regla de confidencialidad, y se deberá garantizar la no comercialización de órganos.

Art. 272 – 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.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 22

DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE ADICTO

Art. 273 – Considerado durante muchos años e la categoría de vicio y atribuido a minorías étnicas, el abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas devino en las sociedades contemporáneas, un problema socio sanitario de enorme gravedad debido a su pasividad y a sus características de proceso multifactorial, en el cual participan una estructura psíquica (el sujeto), una sustancia (tóxica psicoactivo) y un momento histórico (contexto sociocultural).

Las circunstancias señaladas hacen muy complejas las posibilidades de intervención sanitaria en el campo de la drogodependencia en sentido estricto.

Art. 274 – En condición ética inexcusable el respeto a la autodeterminación que se configura sobre las siguientes premisas:

Inc. a) Reconocimiento del derecho a ser asistido cuando sea su voluntad salvo que exista riesgo de vida inminente para sí o para terceros, de acuerdo a las normas legales vigentes (alteración de la función judicial-alienado de hecho o de derecho).

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

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

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

Art. 275 – Toda persona asistida tiene derecho y configura además un deber ético para quien o quienes la tratan, el respeto al secreto profesional, que garantiza su intimidad y preserva el ejercicio de sus derechos y dignidad como persona.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 276 – Esta obligación ética de confidencialidad, incluye al personal administrativo que maneja archivos de historias clínicas.

Art. 277 – La reserva antemencionada puede ser levantada en caso de necesidad de manejo de la información para evitar daños para sí o para terceros, debiendo notificarse al asistido de tal circunstancia.

Art. 278 – En caso de interés científico, la divulgación de datos deberá ser aprobada por el paciente (Curador o Juez) y se adoptarán las precauciones que eviten identificación individual o grupal.

CAPÍTULO 23

DEL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Art. 279 – Como en toda ética médica aquí priman las normas generales que sobre el tema se han descrito en los diversos capítulos de este código, si bien la psiquiatría posee otras especiales teniendo en cuenta el estado de incapacidad educativa en que puede encontrarse el paciente por su su estado de enfermedad o alteración de la psiquis.

Art. 280 – La determinación de que una persona padece una enfermedad mental, se realizará de acuerdo a estrictas normas médicas aceptadas internacionalmente y dentro de lo estipulado por los códigos de los Derechos Humanos.

Art. 281 – Cuando a un psiquiatra se le solicite la evaluación mental de una persona, es un deber ético informar a los interesados sobre el propósito de su intervención, así como sobre los resultados obtenidos y el uso de los mismos en la conducta terapéutica dentro de los límites de la comprensión del evaluado.

Art. 282 – Los miembros del Equipo de Salud relacionados al área de la Psiquiatría deben cumplir las normas nacionales e internacionales y las del presente Código

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

para llevar a cabo investigaciones.

CAPÍTULO 24

DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la más importante epidemia de dimensión universal que azota a las naciones de la era industrial y ya sean ellas avanzadas, en desarrollo o subdesarrolladas, ninguna queda excluida.

La forma de propagación a través de los aspectos más personales de la vida configura una problemática que confronta las políticas de salud de los estados soberanos, en lo que hace a los aspectos públicos y privados que en esta situación se encuentran íntimamente interconectados, aunque enfrentados a nivel del límite de "lo personal" y "lo público".

En el presente Código se considerarán la discriminación de los infectados, la confidencialidad y sus límites y el ejercicio de los poderes del Estado para limitar la propagación de la enfermedad, cuya difusión constituye ya un peligro para la civilización.

Art. 283 – Constituye grave falta ética de los miembros del Equipo de Salud, discriminar a personas afectadas de SIDA, negándoles derechos, beneficios o privilegios, cuando los riesgos para la salud sean sólo teóricos o cuando la conducta de las personas es socialmente adecuada, visto que el riesgo de transmisión del HIV en los medios comunes es remoto.

Art. 284 – Los miembros del Equipo de Salud deben respetar al máximo el principio de confidencialidad en los pacientes con SIDA, aún en las situaciones de exigencia legal de notificación con fines preventivos, adoptando todas las medidas posibles para cumplir con las leyes y con la ética de la profesión, en lo que hace al secreto médico.

Art. 285 – La situación de la confidencialidad se presenta especialmente compleja en caso que la persona infectada haga correr peligro a terceros y se niegue a dar a conocer su estado o impida al Equipo de Salud hacerlo, invocando el secreto

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

profesional. Es ético que en estas condiciones, los miembros del Equipo de Salud actúen a través del criterio del mal menor, recurriendo a la autoridades sanitarias y si fuera necesario a la justicia para solicitar recurso de amparo para terceros y para sí mismo por violar la confidencialidad, dado que esta es de su competencia y no imposible por la ley.

Art. 286 – Éticamente son de primera prioridad:

Inc. a) Los programas de educación para toda la población.

Inc. b) las pruebas voluntarias de control.

Inc. c) La información a quienes piden consejo.

Inc. d) La prevención y el tratamiento de quienes utilizan sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO 25

DEL CUIDADO DEL PACIENTE INCURABLE

Art. 287 – Deberá tenerse en cuenta la diferencia que existe entre:

Inc. a) Paciente incurable.

Inc. b) Paciente incurable, en estado crítico.

Inc. c) Paciente incurable, en estado terminal.

Art. 288 – En todas estas categorías rige el principio general señalado en la Declaración de Venecia: “El deber del médico es curar y cuando sea posible aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes”

Art. 289 – Paciente crítico es un enfermo que presenta grave riesgo de vida, pero que conserva posibilidades de recuperación, mediante medidas terapéuticas de cuidados especiales y aplicación de tecnología de alta complejidad, generalmente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Art. 290 – Paciente terminal es aquel que presenta daño irreversible, que lo conducirá a la muerte en breve plazo. Ingresando en una Unidad de Cuidados Intensivos, significa arbitrar medidas para intentar prolongar el proceso de morir.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 291 – En el paciente terminal deben aplicarse las medidas que permitan una muerte digna, sin que se justifiquen procedimientos que prolonguen el sufrimiento. La exigencia de conducta médica ética significa evitar la insistencia o ensañamiento terapéutico en una situación de vida irrecuperable.

Art. 292 – Es necesario, además, recordar que no existiría una diferencia de responsabilidad moral individual, así como operacional, entre “actuar” y “dejar de actuar” y que la autorización primaria para una u otra conducta, proviene del paciente y su derecho al ejercicio de la autonomía que le es inherente.

Art. 293 –El ejercicio de la autonomía puede efectuarse mediante testamento, directa comunicación entre el paciente y el equipo médico o por su familia en caso de incompetencia que implica:

Inc. a) Inexistencia de completa lucidez mental.

Inc. b) Incapacidad de comprender la información que se le suministra.

Inc. c) Imposibilidad de adoptar una decisión voluntaria.

Art. 294) Las decisiones del equipo médico en lo que hace a la abstención o retiro de los medios de soporte vital, deberán ser discutidas y compartidas con el grupo asistencial y en caso de dudas o desacuerdos, resultará pertinente la consulta con un Comité de ética.

Art. 295 – La abstención o retiro de los medios de soporte vital no significará bajo ningún concepto privar al paciente de las medidas que le proveen confort físico, psíquico y espiritual, trasladándolo si fuera necesario, al área de cuidados paliativos.

Art. 296 – Si ocurrieran opiniones contrarias entre el equipo médico y los familiares, será éticamente apropiado que se adopten algunas de las siguientes posibilidades:

Inc. a) Consulta con otro médico propuesto por la familia.

Inc. b) Consulta con un Comité de Ética.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Inc. c) Traslado del paciente a otra Institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.

Inc. d) Solicitud por el equipo médico, de intervención judicial.

Art. 297 – Respetar los principios morales y/o religiosos de cada paciente en el momento de la muerte.

Art. 298 – Respetar las decisiones adoptadas en vida con respecto a qué hacer con sus restos.

CAPÍTULO 26

DE LA EUTANASIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO

Art. 299 – El paciente terminal tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica convencional o no convencional dentro de las normas aceptadas, para evitar el sufrimiento tanto psíquico como físico, utilizando para ello, todo tipo de soporte que configure el respeto al derecho inherente a su dignidad de persona.

Art. 300 – Toda medida tendiente a aliviar los padecimientos físicos o psíquicos de un paciente deberá ser proporcionada al cuadro que esté presente y exclusivamente destinada a paliarlos de manera eficaz. Se optará siempre por el método menos nocivo para la salud del asistido, entre aquellos que produzcan similares resultados.

Art. 301 – En estas situaciones, el médico debe respetar estrictamente el Principio de Autonomía de sus pacientes, configurando excepciones especiales: Inc. a) Los menores de edad.

Inc. b) Los discapacitados mentales con diagnóstico psiquiátrico realizado por un especialista.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 302 – En caso que las medidas paliativas a adoptar supusieran una disminución de la resistencia física o mental del paciente, deberá contarse con su acuerdo libre y expreso – actual o previamente formalizado, o, el consentimiento de sus representantes legales en su defecto, y con la opinión concordante de los médicos distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se las practicare.

Art. 303 –Es contraria a la ética médica y se considerará falta grave la deficiente medicación paliativa de los síntomas físicos y psíquicos padecidos por pacientes afectados por grave enfermedad o accidente, cuando obrare consenso de los mismos o de sus representantes legales para suministro proporcionado y eficaz.

Art. 304 – El paciente terminal tiene derecho a solicitar que se evite el ensañamiento terapéutico para prolongar su vida, lo cual el médico tiene deber ético de aceptar, respetando siempre los valores de la persona humana.

Art. 305 –En ningún caso el médico está autorizado a abreviar o suprimir la vida la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo, pero nunca provocársela.

Art. 306 – Es conforme a los dictados de la ética médica la abstracción 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 inmediatamente a raíz de una grave enfermedad o accidente, cuando se las juzgare desproporcionadas, tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implantación o mantenimiento ocasionara el 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 m;edicos distintos del tratante.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 307 – Es conforme a los dictados de la ética médica el retiro de los medios artificiales de reanimación en el caso de pacientes en estado vegetativo permanente, juzgados tales por dictamen concordante de dos médicos distintos del tratante.

Art. 308 – 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 casos de gravidez de la asistida en el interés superior del niño por nacer.

Art. 309 – Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, las medidas de higiene y cuidados propios de la situación del paciente se mantendrán hasta tanto se comprobare su muerte en los términos de la ley.

Art. 310 – El médico individualmente o como integrante del equipo del tratante, tiene el derecho de requerir el amparo judicial en su resguardo del derecho supremo a la vida frente a la negativa del paciente, sin capacidad de discernimiento y volición constatadas en junta médico de aceptar una conducta terapéutica propuesta y factible científicamente de salvar su vida.

Art. 311 – No está permitido al médico bajo ninguna circunstancia por ser contrario a la ética y a la ley, las realizaciones de procedimientos conformen la figura legal de Suicidio Asistido.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

LIBRO V

DE OTROS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE SALUD

CAPÍTULO 27

CONSIDERACIONES GENERALES

Art. 312 – El desarrollo moderno de la Atención de la Salud, ha requerido la formación de personal calificado para cubrir las necesidades de PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN en la población. El nivel de Educación superior, universitario o no universitario, ha dado en nuestro país una adecuada respuesta a las demandas y así como hoy existen más de 35 títulos diferentes para la formación técnico profesional en el área de la Salud.

Art. 313 – De acuerdo a los criterios sustentados en el presente Código con respecto al significado y composición del Equipo de Salud, todos los que tienen que ver con éste poseen responsabilidades éticas, aunque en distinto grado en relación con las actividades que realizan y de acuerdo a lo señalado en los libros I, II, III, IV y V.

Art. 314 – Siendo la Salud responsabilidad de todo aquellos profesionales y no profesionales no pertenecientes a las profesiones de las Ciencias Médicas al actuar en Salud, se transforman en Agentes de Salud por lo que deben privilegiar los intereses de la población sobre los particulares cuando actúen en salud.

Art. 315 – Siendo tan numerosas las actividades vinculadas al Equipo de Salud, no se detallan en particular con el objeto de evitar exclusiones involuntarias, dando por entendido que la nómina abarcaría a todas las que directamente o indirectamente puedan tener significado en el curso de la Salud Humana. Sin embargo, se considera necesario explicitar algunas que corresponden a profesionales técnicos con responsabilidad primaria, resaltando sólo los puntos que les son específicos, pero no los excluye de los otros articulados del presente Código.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

CAPÍTULO 28

CONSIDERACIONES PARTICULARES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Art. 316 – Los profesionales, los técnicos y auxiliares de esta profesión deben prestar sus servicios en las siguientes condiciones: Inc. a) A todas las personas que lo soliciten

Inc. b) Respetando la dignidad de personas que le es insita.

Inc. c) Sin poner reparos por las convicciones religiosas, morales o éticas de los requirentes, ni por su estado físico o mental.

Inc. d) Puede excusarse por incompatibilidad surgidas de condiciones como las señaladas en el inc. c) informando al superior de tal situación.

Art. 317 – Debe velar por la tranquilidad y la seguridad del paciente, tratar de aliviar sus sufrimientos y cooperar con los familiares en los requerimientos razonables de éstos.

Es contrario a la ética propiciar o colaborar en la eutanasia activa.

Art. 318 – El secreto profesional es una responsabilidad ética y legal del personal de enfermería. Si participare en una investigación, le caben las prescripciones señaladas en el Libro III del presente Código.

Art. 319 – En caso de requerirse su declaración como testigo, deberá informar a su superior jerárquico y requerirá el asesoramiento jurídico que corresponda.

Art. 320 – Debe mantener sus conocimientos actualizados tanto en la atención personal como en los cuidados del medio ambiente y el uso de sustancias tóxicas.

b) Del Instrumentador Quirúrgico

Art. 321 – El Instrumentador Quirúrgico asistirá al paciente desde que ingresa al quirófano, conocerá la historia clínica y el acto quirúrgico inmediato, previendo la posibilidad de cambios en el plan inicial.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 322 – Debe evitar, cualquiera fuera la causa, abandonar al paciente durante el acto operatorio, ni delegar en personas, algunas funciones que le son propias.

c) De los Kinesiólogos

Art. 323 – La responsabilidad de la atención Kinésica es indelegable, no pudiendo asignar asistencia a personal auxiliar ni personal idóneo, aunque fueren estudiantes de la carrera, para realizar las actividades de su responsabilidad.

Art. 324 – El kinesiólogo deberá confeccionar la correspondiente historia clínica, resguardando la privacidad de la misma.

e) De los Psicólogos

Art. 325 – Dada la evolución social moderna, su rol es particularmente significativo en los siguientes temas:

Inc. a) Cuidado del paciente adicto.

Inc. b) Cuidado del paciente demente.

Inc. c) Cuidado del paciente con SIDA.

Inc. d) Cuidado del paciente incurable.

Inc. e) Cuidado del paciente en situación pre y post trasplante.

Art. 326 – En vista de la gravedad de los problemas citados en el artículo precedente.

f) De la Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria

Art. 327 – El profesional deberá practicar la profesión siguiendo normas y principios científicos reconocidos, y realizar su actividad considerando que dependerá de su juicio profesional para cumplir con la obligación de proteger la salud, la seguridad y el bienestar de las persona y la integridad y seguridad del hábitat físico, instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Art. 328 – 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 razones de seguridad o protección de la salud de las personas, o integridad y/o seguridad del hábitat físico, instalaciones y equipamiento de los establecimientos de salud, requieran su divulgación.

g) De los Administradores, Auditores y otros profesionales del área

Art. 329 – Los economistas, contadores, administradores y los otros profesionales relacionados a los Servicios de Salud están obligados y en especial a defender el principio ético de JUSTICIA en relación a la asignación de los recursos y al contralor de los procedimientos.

h) De los Nutricionistas

Art. 330 – Los nutricionistas deben en especial preservarse de la influencia comercial que pretender ejercer los proveedores de insumos.

Art. 331 – Deberán prestar atención a la calidad de los productos que manejan en su quehacer, especialmente en aquellos que se prestan a situaciones conflictivas por su origen transgénico.

h) De las Obstétricas

Art. 332 – Su accionar profesional no es autónomo, estando estrictamente vinculado al trabajo en conjunto con el especialista.

i) De los Profesionales en Servicio Social

Art. 333 –Particularmente aquellas vinculadas a la confidencialidad de la información obtenida.

Art. 334 – Configura falta ética la discriminación basada en el conocimiento de aspectos privados de las personas bajo su atención.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

LIBRO VI

DE LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS

CAPÍTULO 29

DE LOS AGENTES DEL CONFLICTO ÉTICO

DE LOS REQUISITOS DE LA DENUNCIA Y DE SU PROCEDIMIENTO

Art. 335 – Toda persona pública o privada que se considere fundadamente afectada, por la acción u omisión a los principios éticos descritos en este Código de Ética, derivados de la conducta de alguno o algunos de los agentes de salud comprendidos en el presente Código, podrá efectuar la denuncia correspondiente, en Sede Administrativa y/o Judicial.

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

REFERENCIAS

- 1946 Código de Nürenberg (Fija pautas para la experimentación médica con seres humanos)
- 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas.
- 1948 Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra (Adoptado como Juramento en las Facultades de Medicina.
- 1949 Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica.
- 1950 Código para Enfermeras. Asociación Americana de Enfermeras, reactualizado en 1976.
- 1955 Código de Ética Médica. Confederación Médica de la República Argentina (con 17 capítulos que abordan múltiples temas éticos y deontológicos de la práctica profesional)
- 1961 Código de Ética Médica del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y reactualizado en 1986.
- 1964 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki.
- 1968 Asociación Médica Mundial. Declaración de Sydney (establece pautas sobre la definición y determinación de la muerte)
- 1970 Asociación Médica Mundial. Declaración de Oslo (postulado sobre el aborto terapéutico)
- 1973 Declaración de los Derechos del Paciente. Asociación Americana de Hospitales.
- 1975 Asociación Médica Mundial. Declaración de Tokio-Helsinki II (actualización Helsinki I. Principios básicos sobre investigación biomédica en seres humanos, investigación clínica e investigación no terapéutica)
- 1975 Asociación Médica Mundial. Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes o castigos impuestos sobre personas detenidas o encarceladas.
- 1975 Declaración Médica Mundial. Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal (hace referencia al alivio del sufrimiento, el uso de medios extraordinarios y

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

el uso de órganos para trasplantes)

- 1975 Recomendaciones relativas a los Derechos de los Enfermos y los moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa
- 1977 Recomendación relativa a la situación de los enfermos mentales. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.
- 1977 Implicancia éticas específicas de la psiquiatría. Declaración de Hawai. Asociación Mundial de Psiquiatras.
- 1981 Normas y Regulaciones sobre la Investigación en fetos, mujeres embarazadas, fecundación in vitro y prisioneros. Código de Regulaciones Federales de los EEUU (establece las conductas básicas para la protección de sujetos de la investigación humana, sus garantías, el funcionamiento de los Comités Institucionales de Revisión de la Investigación, los requisitos para el consentimiento informado de adultos y de niños y funcionamiento de los Comités de Ética)
- 1982 Propuesta de directrices internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos. OMS-CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) Reactualizado en 1993. Ginebra.
- 1983 Declaración sobre Ética en Medicina. Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina. Quito.
- 1984 Informe Warnock Comité of Inquiry into Human Fertilization and Embriology. Presentado en el Parlamento Británico.
- 1984 Asociación Médica Mundial. Declaración sobre maltrato y abandono del niño. Singapur.
- 1992 American College of Physicians Ethics manual.
- 1995 Asociación Médica Mundial. Declaración sobre los derechos del Paciente. Lisboa.
- 1996 Manual de Ética y Deontología del Cirujano. Asociación Argentina de Cirugía. 1996 Declaración de Manzanillo sobre implicancias éticas y jurídicas de las investigaciones sobre el Genoma Humano. Programa Latinoamericano del Genoma Humano.
- 2001 Código de ética de la Asociación Médica Argentina

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas

Sanatorio Colegiales S.A Tel (54-11) 45564800 (int. 2235)

Fax: (54-11) 45564835

e-mail: info@sanatoriocolegiales.com.ar

Fecha	Versión	Revisión	Motivo
03/2019	1.0	0.0	Emisión Original
03/2022	2.0	0.0	Actualización Libro IV Cap. 20 por legislación actual. Cambio numeración capítulos del 11 al 19 por errados

Preparado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Rizzi Roxana Abogada	Dra. Lacunza María Cristina Directora Médica	Lic. Zalis Eduardo Director de Admón y Finanzas