

Hacia el primer código uruguayo de ética médica

Dr Omar França S J

Dr Omar França
Sacerdote Jesuita
Sección de Bioética
Universidad Católica
Montevideo - Uruguay

Ultimamente la ética médica se ha puesto en boca del público masivo en el Uruguay, trascendiendo los ambientes médicos. Los hechos acaecidos en el período de facto han inducido que la actitud tradicionalmente "ética" de los médicos se viera puesta en cuestión por motivo de todos conocidos. Eso ha llevado a que la VII Convención Médica Nacional decidiera poner en funcionamiento la primera comisión de "Ética médica" del Uruguay de estos últimos años. Este hecho, que en otros países es una situación normal—no sólo a nivel de las asociaciones profesionales— sino en cada hospital, todavía es considerado fuera de lo común en el Uruguay.

Los ambientes intelectuales de nuestro país, acostumbrados a pensar en esquemas positivistas desde un punto de vista filosófico, han desacreditado muy pronto en nuestra historia, lo que en otros países constituía una tradición muy benemérita: el Juramento Hipocrático. Este documento que era prometido por todos las profesionales que empezaban el ejercicio de su profesión ha perdido vigencia actualmente en la mayoría de los países, en los que se lo ha sustituido por Códigos de Ética que respondieran mejor a los nuevos desafíos de la práctica médica. Considerada la ética como el campo de lo subjetivo por el positivismo, la práctica médica quedó supeditada a las pocas leyes que reglamentan algunos aspectos de los dilemas éticos planteados por la salud (el positivismo jurídico transferido al campo de la medicina). Por su parte, la propia formación médica a lo largo de gran parte de este siglo ha llevado a que un determinado número de profesionales pensara—no sin cierta ingenuidad—que las ciencias médicas por sí solas, podían mostrar la forma "correcta" de actuar en cada una de las situaciones.

Había tradicionalmente en el Uruguay un cierto consenso sociológico de cual era el "estilo" de proceder de los médicos en relación a las distintas situaciones humanas. Inflúan en eso muchos factores. En primer lugar la sociedad, que le asignaba al médico una "forma de proceder", y anatemizaba otras actitudes. El médico, inserto en su sociedad, no podía menos que darse cuen-

ta de ese "reclamo" social y llevarlo a la práctica (a veces influido por el hecho que si no lo hacía, perdía clientes). Por otro lado, el ejemplo de maestros eminentes en nuestra Facultad de Medicina, hacían de modelos de conducta para las generaciones de profesionales que año tras año iban pasando por las aulas de Esculapio.

Este consenso social se ha resquebrajado progresivamente en los últimos 25 años, y nuestra sociedad tiene cada vez menos claro cuál es el "estilo" que debe tener el médico en la resolución de los problemas humanos. Las recientes generaciones de profesionales vienen de una sociedad cada vez más multiforme en sus valores éticos, ideológicos y políticos. Una apreciación global sobre las tendencias actitudinales de estos últimos años entre los médicos uruguayos podría indicarnos que los valores que se han ido afirmando como cada vez más predominantes entre nosotros son fundamentalmente: la competencia (individualismo), el confort (hedonismo) y la eficacia (utilitarismo). Las tres características indican una postura práctica influida en cierta manera por un "materialismo práctico e inmedatista". Esta actitud psicológica y ética al mismo tiempo, se contrapone a una concepción más humanista y comunitaria que es la reivindicada como esencial, a la práctica de la salud por eminentes médicos de nuestro medio y que cuentan con el aval de una larga tradición.

Frente a los rasgos antes descriptos sería iluso pensar que los médicos, que en este momento ya no cuentan con un Juramento Hipocrático, ni con una uniformidad ética a nivel social, ni con un Código de Ética, o con un cuerpo legal exhaustivo que regule su práctica, puedan actuar por sí solos con criterios éticos uniformes.

Probablemente alguno de los motivos anteriormente aludidos hayan llevado a que un número significativo de médicos venga insistiendo desde mucho antes del 73, que el gremio médico debía disponer de un Código de Ética. Esta reivindicación, poco apoyada durante mucho tiempo, ha sido puesta de relevancia en el año 84 en el que se comprobaron casos de médicos que participaron en torturas a prisioneros. Formada ese año la comisión de ética médica por la VII Convención Médica Nacional se creó una subcomisión para elaborar un Anteproyecto de Colegiación de los Médicos Uruguayos. Ese anteproyecto—creado por un grupo asesorado por abogados de gran categoría—es discutido por el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y luego aprobado por

Correspondencia:

Dr. Omar França S. J.
Sección de Bioética, Universidad Católica del Uruguay
Av. 8 de Octubre 2738, Montevideo-Uruguay

las Asambleas, tanto del SMU como de la Federación de Médicos del Interior.

De forma muy acertada, el anteproyecto propone crear un Colegio de Médicos que incluya a todos los profesionales de la Medicina del Uruguay y que sea el responsable de aprobar y aplicar el Código de Ética Médica.

El objetivo del presente artículo es analizar los principales aspectos de los dos textos propuestos hasta el momento como base para llegar a aprobar un texto definitivo de Código de Ética Médica Nacional (CEM). Uno de esos textos (C1) es el asumido por la Subcomisión de la VII Convención Médica Nacional (1). El otro texto (C2) es el elaborado por la Academia Nacional de Medicina (2). Hay que destacar que mientras el C1 es un texto para la discusión y el aporte participativo, el C2 parece ser un texto más elaborado y definitivo.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS PROYECTOS DE CÓDIGO

Para facilitar este comentario nos referiremos a C1 (Código 1) para referirnos al Código de Ética y Deontología Médica elaborado por la subcomisión elegida por la VII Convención Médica Nacional. Y hablaremos de C2 (Código 2) para mencionar al proyecto planteado por la Academia Nacional de Medicina y enviado al SMU por el Ministerio de Salud Pública el 24 de marzo 1988. También haremos mención a otros códigos médicos del ámbito internacional, según las siguientes claves: CE=código español; CF=código francés; CV=código venezolano; CB=código brasileño; CBe=Código belga; GE= guía europea de ética médica (formulada por las distintas asociaciones de médicos que integran los países de la Comunidad Europea); CEE=código europeo de ética médica; CN=código norteamericano; CC=código chileno.

Cabe empezar este análisis señalando las denominaciones diferentes que cada uno de estos textos fuentes le dan a los códigos. Mientras que C2 se llama a sí mismo "Código de Ética Médica", el C1 se llama "Código de Ética y Deontología Médica". ¿Qué quiere señalarse con esta diferenciación entre la palabra "Ética" y "Deontología"?

Si nos atenemos al origen etimológico de las palabras y al sentido corriente que se le da a la palabra "ética", vemos que el término griego "ethos" (con épsilon) designaba el concepto de carácter o modo de ser. La historia posterior no le ha dado a esa palabra un sentido psicológico sino que la ha usado para referirse a la manera de actuar coherente, constante y permanente del hombre para realizar "lo bueno". Empleada como adjetivo, "ética" expresa una dimensión de la realidad en cuanto tiene que ver con la responsabilidad de las personas. Así, una acción médica es ética si es capaz de concretar y realizar en la práctica, los principios éticos de la profesión. Usada como sustantivo, la misma palabra da a entender un saber específico dentro de las disciplinas humanas,

que tiene como objeto la responsabilidad personal frente a lo que es "bueno" para el ser humano. En ese sentido el sustantivo ético denominaría el saber sistematizado que tiene el médico sobre las características de su responsabilidad de llevar a cabo la práctica "buena". Y esta contiene deberes y derechos a la vez que prohibiciones.

Por otra parte, el concepto "deontología" viene del griego: "deontos": deber y "logía": sabiduría, es decir, tratado sobre el deber. En este sentido, deontología es un término más restrictivo que el de "ética médica", y no agrega ningún nuevo contenido conceptual al sustantivo ética. Esa restrictividad está dada por plantear que sólo se trata del deber de los médicos pero no de sus derechos. Por otra parte, en el debate bioético internacional la palabra deontología está siendo asociada en los últimos años con una opción determinada dentro de las distintas corrientes o tradiciones éticas. Las éticas deontológicas tomadas en este sentido se contraponen a las éticas consecuencialistas, que son aquellas que tienen en cuenta la utilidad y los perjuicios que pueden acarrear las acciones para juzgar su validez moral.

A fin de aclarar nuestra propia postura respecto a esta distinción, no está de más señalar nuestra distancia respecto a la concepción que hay en ciertos ambientes respecto a la "ética profesional". Los médicos de esos ambientes asocian la ética con la etiqueta es decir con las buenas maneras o modales que debe guardar el médico, en relación a sus pacientes y a sus colegas. Por el contrario reservan el término deontología para los deberes. Creemos que confundir ética con etiqueta o buenos modales es banalizar y ridiculizar el profundo sentido que tiene la palabra ética. Aunque estamos convencidos que no es ese el significado que le quiere dar el C1 a la distinción entre ética y deontología (3) pensamos que lo más adecuado es denominarlo simplemente "Código de ética" sin más. Desde el momento que la palabra "ética" usada como sustantivo es el conjunto sistematizado de principios o preceptos de responsabilidad frente a "lo bueno" o "lo correcto", no es necesario especificarlo con la palabra deontología, que en cierta manera supone una restricción y una toma de postura previa, como dijimos arriba. En todo caso cabe hacer la distinción entre lo que es la forma éticamente "correcta" de entablar la relación dual médico-paciente y lo que son las "etiquetas" deseables del comportamiento entre colegas. No obstante, tampoco nos parece adecuada la formulación de la GE que distingue entre "ética" y "comportamiento profesional". Creemos en cambio, que el CEE está en lo cierto cuando establece que "las reglas de etiqueta profesional fueron introducidas en el interés del paciente. Ellas fueron designadas para evitar que los pacientes fueran implicados como víctimas de las maniobras deshonestas entre médicos". Esta es —nos parece a nosotros— la postura correcta desde el punto de vista ético, puesto que lleva a focalizar el objetivo único del código en la relación médico-paciente y no en la relación médico-médico, que como bien dice el CEE sólo tiene sentido a la luz de la primera y no con independencia de ella.

ALGUNOS ACIERTOS NOTORIOS EN AMBOS CODIGOS

Sin buscar ser exhaustivos en nuestro análisis, pretendemos señalar solamente aquellos aspectos que nos parecen bien logrados en cada uno de los dos textos uruguayos antes mencionados. (Los números entre paréntesis corresponden a los artículos del código que se cita).

Código 1

I. Desde un punto de vista formal.

La característica más relevante en este sentido es —por un lado—, su brevedad y por otro, la ordenación temática simple y coherente en 7 capítulos, con los siguientes temas: 1. Ambito de Aplicación; 2. Deberes generales; 3. Deberes hacia los pacientes; 4. Deberes en medicina social; 5. Deberes hacia los colegas; 6. Deberes hacia otras profesiones; 7. Disposiciones varias.

II. En cuanto a la relación médico-paciente y médico-sociedad.

a. El código parte de una postura humanista, de respeto a la vida y a la persona humana (C-1:2-3,21).

b. Hace una rotunda afirmación de los derechos de la persona humana y de que no se puede tolerar ni colaborar con lo que implique su violación (C-1:2, 4, 5).

c. Temas concernientes a la vida humana como es el aborto terapéutico está tratado desde una postura de defensa de la vida permitiendo el aborto sólo cuando se trata de la única posibilidad para salvar la vida de la madre. Esta posición es la mantenida por la tradición moral católica y generalmente admitida por la mayoría de los códigos de ética médica.

d. Aunque no lo especifica en términos más operativos, señala explícitamente que todo médico debe consagrar al paciente el tiempo necesario para su atención (C-1:22).

e. En el ejercicio de la medicina en instituciones colectivas, el C1 señala la necesidad de un contrato por escrito, que debe ser refrendado por el Colegio y las gremiales respectivas. De esta forma (C-1:36) se asegura el derecho del médico a tener garantías para poder brindar una digna atención a los pacientes.

f. Señala la responsabilidad económica del médico cuando trabaja en las instituciones médicas colectivas, instándolo a que debe ajustar sus actos y prescripciones a lo necesario, (aunque la redacción del art. 35 debe perfeccionarse).

III. En cuanto a la relación con los colegas

a. El C1 se ocupa de reglamentar cómo debe entablar-se la relación del médico con otros colegas en las instituciones de medicina colectiva, que ciertamente ocupa la mayoría de la actividad médica, por lo menos en

Montevideo. De esa forma establece cómo debe ser el papel del médico supervisor, el tratante (o de cabecera), el certificador (C-1:38-41), y el médico perito (C-1:42-44). Reglamenta también cómo deben hacerse las consultas entre médicos o cuando se trata de qué paciente pide consultar con otro que no sea el tratante (C-1:47-55) (4)

Código 2

I. En lo formal

a. Nos parece interesante el intento de separar por un lado los derechos, por otro los deberes y por otro las prohibiciones a las que está sujeta la práctica médica.

b. También es muy útil la síntesis de cuál es la doctrina ética del código por medio de un decálogo de preceptos que introduce el texto. Este procedimiento (que seguramente está inspirado en el CN) le da al código las ventajas de lo breve y escueto, y le permite después, entrar en detalles más específicos.

II. En cuanto a la relación médico-paciente y médico-sociedad

a. También parte de una postura humanista de defensa de la vida y de la persona humana (Precepto ético fundamental), pero no se conforma con enunciarlo como criterio general sino que detalla las variadas actitudes concretas necesarias para que esa relación se entable de forma satisfactoria y digna (C-2:1-2, 15-29, 47-51).

b. No sólo postula que el médico debe defender los derechos humanos sino que establece que tiene la obligación de denunciar la tortura (C-2:10). Los derechos humanos forman parte de un capítulo especialmente dedicado en el cual establece sin lugar a dudas cuales son las responsabilidades del médico al respecto (C-2:3-14).

c. Se ocupa ampliamente y de forma detallada de la confidencialidad o secreto médico, enumerando varias de las circunstancias en que el médico puede enfrentarse a dilemas especiales (C-2:30-42).

d. Tematiza de forma explícita lo que es el punto clave en la bioética actual internacional: el libre consentimiento informado. Especifica cuales son las condiciones y circunstancias en que debe hacerse (C-2:43-46).

e. Aunque disperso en varios temas, se refiere a la protección especial de algunos grupos particularmente frágiles, como por ejemplo: los menores (C-2: 36-38,59-60).

f. En los temas concernientes a la vida humana, dedica capítulos exclusivos a tres de ellos particularmente importantes por los dilemas que suscita en la práctica: 1. la eutanasia (C-2: 70-82); 2. transplantes de órganos y tejidos (C-2: 83-91); 3. las investigaciones clínicas con humanos (C-2: 92-97).

g. Tiene un capítulo especial para señalar la función social del médico o medicina social: cooperar con la

con otros agentes de salud para mejorar servicios, etc. (C-2: 98-103).

h. Insiste en que ciertos hábitos o "vicios" (drogas y alcohol) son perjudiciales para la responsabilidad técnica del médico (C-2:16).

i. Establece claramente que es inmoral acumular pacientes en un tiempo inextensible, quitándole a otros el mínimo tiempo necesario (C-2:123,3).

III. En cuanto a la relación con sus colegas

a. Dada la importancia que tiene la práctica profesional en las instituciones de asistencia colectiva se ocupa de reglamentar cómo debe entablarse la relación entre el médico consultante y el tratante (C-2: 54-58).

b. Detalla ciertas actitudes humanas positivas en la relación médico-médico (C-2: 61-64).

CARENCIAS Y DESACIERTOS

Código 1

a. No especifica las circunstancias del secreto profesional. No es necesario decir en un código de ética que el médico debe actuar de acuerdo a lo establecido por la ley, (5) ya que hacer lo contrario, es cometer un delito penado por la justicia. Por otra parte, además que la ley en vigencia en este momento no tiene por qué ser la más adecuada, pueden haber circunstancias que le exigen al médico guardar secreto mucho más allá de las prescripciones de una ley positiva determinada. De ahí que sea necesario especificar en qué circunstancia le es lícito romper la confidencialidad.

b. No se dice casi nada sobre el Consentimiento válido, categoría esta que es decisiva en la medicina contemporánea. No utilizarla en cualquier acto médico implicaría una actitud paternalista que no está acorde con la reivindicación de los "derechos de los pacientes" tal como se reconoce en muchos países (CE 22, CBE 33, CEE 4). Puede verse por ejemplo que en el art. 26 se habla de que el médico puede "no informar" al paciente en caso de diagnóstico fatal, pero se hace silencio sobre la obligación ética de informarle –como criterio general– de todas las acciones médicas que se le hacen a la persona (6).

c. Hace poca insistencia en la función social del médico: o sea, al papel que debe jugar en la práctica de la medicina preventiva y en la custodia y cuidado de la salud pública (CBe. 104-112). La referencia del art. 23 a que debe preocuparse en "imponer el respeto de las reglas de higiene y profilaxis" nos parecen insuficientes. Por otra parte, el capítulo dedicado a los deberes de los médicos en materia de medicina social, se refieren a la práctica en las IAMC, pero no a la responsabilidad social del médico en la sociedad ni a su papel fundamental en la promoción de la "salud para todos". El resto del capítulo se dedica a plantear cómo debe entablarse la relación entre el médico supervisor, certificador y o perito, pero

no sobre su función social. Tampoco hace mención a la responsabilidad que tiene el médico en la conducción, participación y elaboración de los criterios de atención de salud en las instituciones colectivas. Así como el médico tiene el derecho de participar en la gestión de salud, las instituciones tienen el deber de asignarle un lugar definido y real en ellas. Este es uno de sus derechos, que debería ser reivindicado por un código de ética.

d. Tiene un desarrollo insuficiente de cuál debe ser la conducta frente a los dilemas éticos que se le plantean al médico que trabaja contratado en las instituciones médicas colectivas. Aunque el C1 tiene ciertos artículos que buscan atender a esta forma de práctica, nos parecen todavía muy escasos.

e. Hay ausencia de reconocimiento de los derechos de los pacientes cuando están en situación de internación (CBe 151-152; CE 87-95). No se dice nada sobre el deber del médico de ser colaborador en la salvaguardia de esos derechos. (No nos referimos aquí a la protección de los derechos humanos fundamentales sino el derecho al consentimiento válido, a la información, a la muerte digna, al trato no discriminatorio por motivos económicos, etc.)

f. Hay silencio (!) respecto a cuatro temas de enorme relevancia en la medicina uruguaya:

-la práctica consciente y explícita de la eutanasia (entendiendo esta como la búsqueda de matar activamente, no la de dejar morir con dignidad).

-la investigación clínica (especialmente la que se hace en los hospitales públicos, que son aquellos donde se atiende a las clases económicamente más desprotegidas).

-no menciona cómo proceder respecto a los casos de "aborto eugénico" que son los que en realidad provocan conflictos éticos en la práctica médica, y que se prestan por sus mismas características a las mayores arbitrariedades al margen de la ley.

-no menciona la práctica de esterilización irreversible de mujeres y hombres.

Código 2

a. La división entre deberes, derechos y prohibiciones, si bien es correcta como sistematización lleva a repetir en distintos capítulos, varias prescripciones que conviene que estén juntas y abreviadas. Eso hace al texto más largo y tedioso de lo que sería de desear en cuanto a su lectura.

b. No insiste lo suficiente en la función social del médico y en los dilemas éticos que plantea la práctica médica en las instituciones colectivas (7).

c. Parece muy peligroso un artículo como el 11.2. (8)

d. El art. 12 es muy ambiguo. Creemos que podría establecerse lo siguiente en su lugar: "el médico debe respetar la negativa de un paciente libre y responsable, cuando éste se opone a recibir un tratamiento médico por motivos religiosos o de otra índole".

e. Los artículos 22-23 para ser válidos no deberían estar dentro de la sección de deberes del médico, sino más bien en la que concierne a sus derechos. Nadie puede negar el derecho que tiene un profesional a hacer lo que establecen estos artículos. Más aún habría que decir que los pacientes tienen el derecho de saber cuál es exactamente la capacitación que tiene el médico que lo va a atender, aún en la asistencia colectiva. En ese sentido tiene plena validez que al paciente se le brinde la posibilidad de saber cuál es el título y especialidad del médico que lo atiende.

f. La actitud paternalista por parte de ciertos médicos está claramente expresada en el art. 33 cuando establece que "como norma" hay que no decir al paciente el pronóstico fatal de su enfermedad. Eso va en contra del "libre consentimiento informado" planteado por el mismo C2 en los art. 43-46. (9)

g. El art. 35 también parece indicio de una postura paternalista frente a la autonomía del paciente. Este, aunque esté enfermo continúa con el derecho a exigir que el médico comunique a terceros lo referente a su enfermedad (especialmente si eso es importante por los efectos legales, económicos o religiosos).

h. Creemos que el artículo 39 es inaceptable tal como está. Nos parece que todo diagnóstico genético prematrimonial debe contar con un previo acuerdo escrito entre paciente y médico de que si hay taras hereditarias, se informará de ello al cónyuge para que este tome la decisión de casarse o no. Si el paciente no está de acuerdo con esta condición —previa a todo examen—, pensamos que un médico no debería hacer el estudio.

i. En el art. 45.1 está ya comprendido el 43.2, y podría eliminarse sin pérdida alguna y evitando reiteraciones.

j. Como bien subraya el equipo de los Dres Morquio y otros (texto citado), este capítulo sólo se preocupa de las retribuciones económicas en la medicina privada, pero no establece los derechos del médico a la justa retribución por su trabajo en las IAMC u otras instituciones públicas o privadas.

k. Creemos que para este tipo de dilemas es que debe establecerse la creación e institucionalización de las "comisiones de bioética" en los centros de asistencia. Pensamos que hay que afirmar con énfasis que no basta que el médico tenga en cuenta la opinión de la familia (si el paciente ha perdido la autonomía conciente), ya que esta —no menos que cualquier extraño— también puede obrar, en ciertas condiciones, en perjuicio del paciente. El médico tratante sólo, tampoco es garantía de solidez ética. De ahí que consideramos imprescindible la configuración de las comisiones éticas interdisciplinarias e interculturales en donde nunca debería faltar un psicólogo,

un abogado y un sacerdote o ministro religioso (Cfr. AMM Declaración de Lisboa 1981 f).

l. Aunque el diagnóstico puntual de muerte es un asunto técnico la decisión sobre cuales son los criterios mínimos que deben aplicarse para juzgar si un enfermo está vivo o muerto deja de ser un asunto médico y pasa a ser ético y jurídico. De ahí que creemos que es un acierto que los médicos informen a los familiares de los pacientes sobre cuales son los criterios de diagnóstico de muerte que aplican al presunto fallecido, independientemente de que haya o no haya ley al respecto.

m. No creemos que sea operativo el exigir que los médicos ejerzan la medicina en lugares donde sus capacidades sean más necesarias (art. 99). Aunque esta aspiración sería deseable, no puede imponerse como deber de todo médico. En cambio creemos que bien merece formularse como derecho del médico el poder ejercer la medicina allí donde sea más necesario para la sociedad. El estado debería garantizar ese derecho y esa alta motivación ética.

n. Creemos que un código puede —y debería— establecer un número máximo de pacientes por encima del cual un médico nunca tendría que aceptar brindar la asistencia. Ese número debería ser incluido en cualquier contrato entre médico e institución sanitaria y ser aprobado oportunamente por el consejo respectivo del Colegio. El art. 123.3 tal como está redactado es inoperante.

Ambos códigos tomados en conjunto

Ambos códigos carecen de precisiones respecto a ciertos dilemas éticos que se dan en la práctica y que los códigos de otros países los han integrado en sus preceptos. Los plantearemos en forma de pregunta y señalando cuando corresponda, el código médico que ya lo ha integrado como parte de su praxis.

a. ¿Cuál es la responsabilidad social del médico en lo que respecta a la medicina preventiva y a la salud pública (que vaya más allá que la declaración obligatoria de enfermedades contagiosas)? (CBe 104-112) ¿La decisión de la OMS de "Salud para todos en el año 2.000", es algo que compete solamente al poder político (que tiene que garantizarlo) o también al médico? ¿De que manera corresponde instar al médico a que participe de esta aspiración universal de salud?

b. ¿Acaso no es deber del médico participar en la organización de la asistencia sanitaria y de la prevención, en la institución donde trabaja? ¿No debería estar incluida esta condición en todo contrato que el Colegio de Médicos reconozca como válido para sus miembros?

c. ¿Cómo proceder en caso de huelga de los médicos? (CE 30)

d. ¿Cómo proceder en casos de tratamientos onerosos? (CE 30)

e. ¿Cómo debe proceder un médico al que se le ofrece el puesto de otro colega que haya sido despedido injustamente, desde el punto de vista ético, (pero en el marco de la ley)? (CV 70)

f. ¿No correspondería que hubiera un reglamento específico o un estatuto que normatizara la práctica de los médicos certificadores y peritos, que estuviera aprobado por el colegio de médicos y garantizado por el código? (CBe 120)

g. ¿No correspondería que el contrato de trabajo de un médico en un centro hospitalario estuviera aprobado por el CM? (CBe 120)

h. ¿No sería sumamente necesario que el código de ética prescribiera la existencia de "Comisiones de ética médica" para cada gran hospital o para un grupo definido de ellos, como el mejor medio de resolver los dilemas éticos planteados por la praxis?

i. ¿No sería necesario incluir "por oficio" a los practicantes, en los Consejos médicos en los que se trate de la planificación en la gestión y asistencia sanitaria? (CBe170)

j. ¿No es de fundamental importancia para el control ético de la práctica médica, que los profesionales redacten con rigurosidad técnica las historias clínicas de cualquier paciente? Con esto estamos planteando que las historias clínicas son instrumentos éticos, además de científicos. (CE 34)

k. ¿No es parte de la ética el control por parte de los colegas, de las condiciones mentales y físicas del médico que ejerce? (CV 20)

l. ¿No conviene hacer una referencia explícita a la prohibición de toda manipulación de la conciencia humana para obtener información por medio de fármacos? (CE 129-130)

m. ¿No es importante una clara prohibición de la esterilización irreversible de mujeres u hombres sin su consentimiento? (CV 51, CE 115).

n. ¿No conviene una prescripción explícita respecto al secreto en caso de instituciones colectivas y compañías de seguros? ¿Cómo puede defenderse el médico si es coaccionado a romper ese secreto por medio de los nuevos sistemas de registro informático de datos médicos? (CE 47)

o. ¿No sería especialmente útil la mención –aunque sea en nota marginal o artículo extranumerario– que la práctica médica uruguaya tendría que atenerse –como nivel ético mínimo– a los siguientes códigos internacionales:

–Declaración universal de los Derechos Humanos de la ONU 1948.

–Declaración de Ginebra 1948 de la As Mundial de Médicos.

–Código internacional de Ética Médica de la 35 Asamblea de la Asoc Mundial de Médicos reunida en Venecia en 1983.

–20 principios de atención médica de todo Sistema Nacional de Salud (adoptada por la 35 Asamblea de la Asoc Mundial de Médicos. Venecia 1983).

–Declaración sobre Investigación médica de la AMM Helsinki 1964-Tokio 1975-Venecia 1983.

–Declaración de Sidney sobre la muerte AMM 1983.

–Declaración sobre enfermedades terminales. AMM Venecia 1983.

–Recomendaciones de la AMM sobre la práctica médica en zonas rurales. Helsinki 1964-Venecia 1983.

–Declaración sobre el aborto terapéutico de la AMM Oslo 1970. Venecia 1983.

–Recomendación sobre el uso de computadores en medicina de la A MM Múnich 1973-Venecia 1983.

–Declaración sobre la participación de los médicos en la tortura de la AMM Tokio 1975.

–Recomendación sobre el uso y maluso de las drogas psicotrópicas. AMM Tokio 1975-Venecia 1983.

–Declaración sobre la contaminación ambiental de la AMM San Pablo 1976-Singapur 1984.

–Declaración de principio sobre el cuidado médico en los deportes AMM Lisboa 1981.

–Declaración sobre los derechos de los pacientes AMM Lisboa 1981.

–Declaración sobre los derechos humanos y libertades individuales de los profesionales de la medicina AMM Bruselas 1985.

–Recomendación sobre el comercio de órganos vivos: AMM Bruselas 1985.

p. ¿Cómo debe proceder el médico en caso de catástrofe y peligro público? (CE 10)

q. ¿Cómo debe proteger la orden de los médicos a grupos humanos especialmente desatendidos por la sociedad: ancianos, niños, deficientes físicos-mentales, recién nacidos con malformaciones? (CN 2.02 y 2.14).

r. ¿Qué criterio discriminatorio adoptar para decidir quién va a recibir donaciones de órganos: edad, utilidad social, ocupación? (CN 2.03)

s. ¿Es lícito que un médico practique inseminación artificial o fecundación in vitro a lesbianas, viudas o solteras? ¿Cómo debe proceder con los embriones sobrantes? Mientras no hay un consenso respecto a estos temas

¿debe quedar librado a la decisión de cada médico que esté en condiciones de aplicar estas tecnologías? (CN 2.04-05).

t. ¿Tiene el médico el deber de explicar a las nurses y enfermeras las razones técnicas y éticas de los procedimientos que aquellas lo requieran? (CN 3.02).

u. ¿Cuál debe ser el papel del equipo médico de un hospital respecto al conjunto de la vida hospitalaria? (CN 4.05)

v. ¿No es importante que se establezcan cuáles son las sanciones que cabe aplicar en caso de infracción? O en su defecto ¿no correspondería establecer cómo instrumentar la reglamentación de las sanciones?

CONCLUSIONES Y BALANCE FINAL

Creemos que los dos textos propuestos con la intención de llegar a ser reconocidos como el código de ética nacional son incompletos. Ambos adolecen de un defecto que en general es característico de muchos códigos éticos de la actualidad: centrarse en la responsabilidad hacia el paciente desde el punto de vista de lo que debe hacer el médico, pero apenas subrayando los derechos que tienen los pacientes y los derechos del propio médico. Un código de ética no es un documento que importe solo al médico como profesional, es una especie de "Carta magna" a partir de la cual todo paciente es informado sobre cuales son las condiciones que debe tener esa relación dual. De ahí que el surgimiento de un código de ética no debería estar restringido al interior de la profesión médica. Tendría que buscarse canales de expresión del resto de la sociedad, que es la que va a "aceptar" esa ética cuando contrate los servicios de una institución médica o de un médico en particular. Nada de esto parece haberse hecho hasta el momento en el proceso de redacción de los códigos 1 y 2. El hecho de que hayan colaborado en su redacción eminentes abogados no implica abrirse a escuchar la opinión de los sectores de la sociedad que no son médicos sobre cómo debe entablarse la relación médico-paciente.

El C2 desde el punto de vista formal es excesivamente detallado, bajando en algunos puntos casi a nivel de reglamento legal. En cuanto a su contenido tiene indudables aciertos y toca varios de los temas más debatidos en el ámbito internacional médico. Pero tiene como dificultad una pernicioso confusión entre lo que es "ética médica" (la forma ética de entablar la relación médico-paciente) y la "etiqueta médica" la forma de relacionarse de unos médicos y otros. Tal como lo plantea certísimamente el CEE "las reglas de etiqueta profesional fueron introducidas en el interés del paciente. Ellas están destinadas a evitar que los pacientes se conviertan en víctimas de las maniobras deshonestas que se den entre los médicos" (CEE:28).

El C1 es más escueto y breve pero hace silencio sobre temas demasiado importantes como para que se lo pueda considerar satisfactorio. Por otra parte tiene un

planteo todavía excesivamente "paternalista" en la relación médico-paciente, y no plantea con suficiente énfasis el rol social del médico. Da la impresión que este texto —tal como está redactado en este momento— considera cómo se da la práctica en la realidad, pero no es suficientemente crítico de las deficiencias éticas que esta está planteando constantemente en el Uruguay.

A manera de aporte final para este debate nacional, pensamos que la formulación del CEE (1987) tiene indudables aciertos: la brevedad, la exhaustividad, la precisión, el buen enfoque, el pluralismo. Un código de ética que retome la mayoría de los artículos del código europeo en su formulación breve y luego los explicita en algunos detalles, necesarios para interpretar mejor su contenido y apropiarlos a la realidad uruguaya, parece ser la fórmula más aceptable para nosotros.

NOTAS

1. Elaborado por los abogados: Dr Raymundo Artecona, Dr Enrique Echeverría, Dr Helios Sarthou; y los médicos: Dr Aquiles Delfino y Dr Eduardo Yannicelli.

2. Este código parece ser el mismo asumido por el Ministerio de Salud Pública como "elaborado por esta secretaría de estado" y enviado al Dr Alberto Cid, presidente del Sindicato Médico del Uruguay para su estudio y corrección en 60 días a partir del 24 de marzo de 1988. El texto enviado al SMU es el que tendremos en cuenta para el análisis y le denominaremos C2. Sin desconocer que es legal el procedimiento que ha usado el ministerio, llama la atención que sea el poder político el que proponga al cuerpo médico cual debe ser el Código de Ética. En la tesitura contraria parece estar el Editorial de Noticias en su número de junio de 1989, cuando afirma que el CEM "debe ser elaborado por los médicos a través de mecanismos de la más amplia participación..." "No puede separarse la existencia del CEM de la existencia del Colegio de Médicos del Uruguay. Basta simplemente señalar que en ausencia del Colegio, el Código de Ética sería aplicado seguramente por el MSP, organismo político. Esto se opone terminantemente a la voluntad expresada por el cuerpo médico del país, como se establece clara y rotundamente en el anteproyecto de Colegiación elaborado y elevado al Parlamento en 1986 por el SMU y la Federación Médica del Interior, el cual contó con la aprobación de autoridades sindicales médicas y de las asambleas generales de socios" (p. 5) El mismo editorial informa que el Anteproyecto de Colegiación elaborado por la subcomisión de ética médica de la VII Convención Médica Nacional ha elevado al Parlamento en el año 1986, un anteproyecto de colegiación que no ha sido todavía considerado (setiembre 1988).

3. La GE tiene otra distinción entre ética y deontología. Por un lado considera que "ética" sería el conjunto de principios inalterables de la práctica médica, como por ejemplo: la defensa de la vida, la búsqueda de aliviar el sufrimiento, el respeto por la persona humana, la confidencialidad de los datos, etc. Por el contrario, "deontología" serían las modalidades del ejercicio profesional. Para la Guía Europea de Ética médica, mientras la "ética" sería inmutable, la "deontología" sería una "liturgia adaptable" a las circunstancias cambiantes. No estamos de acuerdo en esta división por los motivos que damos en el texto.

4. Los artículos 38-40 son cita casi textual del CF 80, 82 y 83. Los artículos 45-53 del C1 son cita casi textual (con muy leves modificaciones) de los artículos 50-58 del CF de 1979.

presentan serios riesgos. El médico no substituirá su propia definición de calidad de vida por aquella del paciente". En este último caso, la aclaración "especialmente" para los casos en que suponen "serios" riesgos, implica que es un deber para todas las intervenciones en general.

7. Estamos fundamentalmente de acuerdo en esto con la opinión barajada por los Dres Morquio, Gómez Haedo, Cirilo y

8. Estamos de acuerdo con el informe antes citado por lo que dice respecto a este artículo.

9. Cfr la declaración de Lisboa de la AMM 1981 en la que se dice en la sección c. que el paciente tiene el derecho a aceptar o rechazar tratamiento después de recibir adecuada información.