

Sistematización de los resultados de los primeros diez años del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay

Systematization of results from the first ten years of the Medical Ethics Tribunal of the Uruguayan Medical Association

Sistematização dos resultados dos primeiros dez anos do Tribunal de Ética Médica do Colégio Médico del Uruguay

Frances Borches Duhalde¹, Hugo Rodríguez Almada², Sylvia Gamero³

Resumen

Introducción: el Colegio Médico del Uruguay es el ámbito con competencia exclusiva para el juzgamiento de la responsabilidad ética de los médicos en Uruguay.

Objetivos: sistematizar los resultados de los primeros diez años de la vigencia de la colegiación obligatoria, conocer el número de denuncias y su evolución histórica, algunas características relevantes de las denuncias, los denunciados y los médicos denunciados por presuntos apartamientos de la ética médica, características y resultados de los procedimientos, así como relevar las normas éticas y jurídicas referenciadas por los tribunales en los fallos sancionatorios.

Material y método: se analizaron fuentes de información de acceso público: fallos del Tribunal de Ética y del Tribunal de Alzada, resoluciones del Ministerio de Salud Pública y datos de la actividad del Tribunal de Ética Médica contenidos en las memorias anuales del Colegio Médico del Uruguay.

Resultados: a la fecha de cierre del reporte se habían publicado 100 fallos firmes. Los denunciados fueron principalmente personas físicas (n=85), y, dentro de ellos, mayoritariamente médicos (n=56); los 29 restantes fueron pacientes, familiares de pacientes u otros miembros de la comunidad. Hubo 15 denuncias interpuestas por instituciones: 8 privadas y 7 públicas. La mayoría de las denuncias fueron promovidas por médicos o por instituciones médicas (n=63). Las denuncias involucraron a 131 médicos, de los cuales 89 fueron hombres (FR: 0,68); la edad promedio fue 52 años. Los fallos definitivos tuvieron por probado que 71 médicos habían cometido la falta ética denunciada.

Conclusiones: 1. Hubo cierta estabilidad en el número de denuncias admitidas, con tendencia al crecimiento. 2. El universo de los denunciados es más masculinizado y envejecido que el promedio, con mayor exposición en servicios de emergencia o internación, especialidades quirúrgicas o que ejecutan procedimientos invasivos, así como para los cargos de gestión, administración o políticos. 3. La mayoría de las denuncias instruidas y de las sanciones aplicadas derivaron

1. Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

2. Profesor Director del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

3. Ex Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: mlegal@fmed.edu.uy

Declaración de conflictos de intereses. Las Dras. Frances Borches Duhalde y Sylvia Gamero declaran no tener conflictos de intereses.

El Dr. Hugo Rodríguez Almada declara que integró el Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay durante el período del estudio. El trabajo no contó con financiación externa.

Servicio responsable: Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina - Universidad de la República. Uruguay.

Recibido: 23/6/23

Aprobado: 1/9/23

Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

de conflictos en la interna de los equipos de salud. 4. Las sanciones más graves derivaron de conflictos con pacientes o sus familias, y, en especial, de actos abusivos con connotación sexual. 5. Los fallos sancionatorios se fundaron en normas jurídicas diversas que en los últimos años incluyeron referencias a convenciones internacionales y legislación nacional de derechos humanos.

Palabras clave:

Ética médica
Tribunal de Ética Médica
Responsabilidad legal
Uruguay

Key words:

Medical ethics
Medical Ethics Tribunal
Legal responsibility
Uruguay

Palavras chave:

Ética médica
Tribunal de Ética Médica
Responsabilidade legal
Uruguai

Introducción

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) fue creado por la Ley N° 18.591 de 18 de septiembre de 2009 y es el ámbito con competencia exclusiva para el juzgamiento de la responsabilidad profesional ética de los médicos en Uruguay^(1,2).

La referida ley creó el CMU “*como persona jurídica pública no estatal, con el cometido de garantizar al médico y a la comunidad, el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido*” (art. 1). El Colegio cuenta con un Tribunal de Ética Médica (TEM) de cinco miembros al que la ley otorga competencia “*para entender en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio Médico del Uruguay*” (art. 24), cuyos fallos pueden ser objeto de recurso de revocación ante un Tribunal de Alzada, también de cinco miembros, cuyo fallo será inapelable (art. 30).

El TEM no actúa de oficio, sino ante denuncias que, a su vez, deben cumplir con las formalidades establecidas en el Reglamento de Procedimiento⁽³⁾.

En los casos en que haya recaído fallo definitivo sancionatorio con suspensión temporal del médico del Registro, el CMU lo deberá comunicar al Ministerio de Salud Pública (MSP) (art. 33).

El primer TEM del CMU se constituyó en 2012^(1,4). A la fecha, ha culminado su mandato el tercer ejercicio trienal del TEM y está en curso el cuarto^(5,6).

La actividad del TEM se conoce a través de las memorias del CMU, donde se han publicado los datos estadísticos generales de su funcionamiento en los tres primeros ejercicios (2012-2021), así como la publicación de sus fallos en el sitio web institucional⁽⁴⁻⁶⁾. Finalizados los dos primeros ejercicios, los autores publicamos el primer reporte sistematizado de los resultados de los procedimientos que tuvieron lugar en los prime-

ros seis años de actuación del TEM (2012-2018)⁽²⁾.

Tras ese reporte inicial hemos continuado la labor de sistematización de los resultados de los procedimientos tramitados ante el TEM desde su inicio y hasta la finalización de su décimo año de actuación, con la natural excepción de aquellos sobre los que a la fecha de cierre de este artículo (5/5/2023) no había recaído resolución definitiva, por lo que tenían carácter reservado (art. 36).

Además, el proceso de la casuística acumulada también permitió ajustar algunas variables respecto al primer reporte⁽¹⁾.

Objetivos

General: sistematizar los resultados de los procedimientos por responsabilidad ética de los médicos en Uruguay desde la vigencia de la colegiación obligatoria.

Específicos:

- Conocer el número de denuncias y su evolución histórica durante los diez primeros años de actuación del TEM del CMU (8/11/2012 a 8/11/2022).
- Describir algunas características relevantes de las denuncias, los denunciados y los médicos denunciados por presuntos apartamientos de la ética médica en el período de referencia.
- Sistematizar las características y los resultados de los procedimientos desarrollados a partir de las denuncias contra los médicos promovidas ante el TEM durante el período de referencia.
- Relevar las normas éticas y jurídicas referenciadas por los tribunales en los fallos sancionatorios.

Material y método

Se analizaron las siguientes fuentes de información de acceso público:

- Fallos del Tribunal de Ética y del Tribunal de Alzada disponibles en el sitio web del CMU⁽⁷⁾.

b) Resoluciones del MSP disponibles en el sitio web del CMU⁽⁷⁾.

c) Datos de la actividad del TEM contenidos en las memorias anuales del CMU⁽⁴⁻⁶⁾.

Si bien los fallos son publicados inicialmente identificando a los médicos denunciados y los denunciados (a excepción de las situaciones amparadas por el reglamento de procedimiento en las que se privilegia la protección de la intimidad de alguna de las personas intervinientes)⁽³⁾, igualmente se realizó un manejo anónimo de las partes del proceso, así como de las instituciones y los usuarios involucrados. De los casos que estaban en proceso al momento de finalizar el tercer ejercicio del TEM, no se incluyó ningún dato por tratarse de procedimientos con carácter secreto hasta tanto exista un fallo firme (art. 36).

Para conocer otros datos de la especialidad de los médicos denunciados, cuando ello no surge de los fallos, se recurrió a la información oficial y de acceso público que brinda el MSP en su sitio web⁽⁸⁾.

Por tratarse de un reporte de datos públicos y no de una investigación en seres humanos, no cabe su presentación a un Comité de Ética de Investigación (Decreto 158/019). Igualmente, el TEM fue previamente informado de la preparación de este reporte y en sus sesiones del 1/2/2019 y del 4/12/2020 resolvió, respectivamente, tomar conocimiento del proyecto y considerar de interés su ejecución.

Se analizaron las siguientes variables.

I Sobre las denuncias

1. Fecha: día en que el TEM resolvió admitir la denuncia.
2. Número de denuncias admitidas con fallo firme.
3. Tipo de falta ética alegada:
 - a) En la relación con colegas, el equipo de salud o la institución asistencial.
 - b) En la relación con usuarios, pacientes o su familia.
4. Contexto del conflicto:
 - a) Asistencial: ambulatorio, urgencia/emergencia, internación.
 - b) No asistencial.

Se consideró asistencial cuando ocurrió en el curso de la asistencia a pacientes.
5. Tipo de denuncia:
 - a) Primaria.
 - b) Reconvención (cuando el denunciado contestó denunciando a su vez al denunciante).
6. Origen de la denuncia:
 - a) Realizada por un tercero.
 - b) Autodenuncia (cuando el propio médico solicitó al TEM el juzgamiento de una situación que lo involucró).

II Sobre los denunciados

1. Denunciante:

- a) Persona física (médico, no médico).
 - b) Persona jurídica (pública, privada).
2. Lugar geográfico donde se desarrolló el conflicto (departamento).
3. Asistencia letrada del denunciante:
- a) Sí.
 - b) No.

III Sobre los denunciados

1. Edad (medida en años cumplidos al momento de la denuncia).
2. Sexo:
 - a) Hombre.
 - b) Mujer.
3. Especialidad médica (se consideró la especialidad del médico denunciado o la involucrada en los hechos que originaron la denuncia, según la actividad realizada, no según la posesión del título de especialista):
 - a) Medicina (general, familiar y comunitaria, interna, emergencia, crítica, hematología, neurología, endocrinología, oncología, deportología, psiquiatría, cuidados paliativos).
 - b) Cirugía (general, pediátrica, neurocirugía, plástica y reparadora, vascular, cardíaca, traumatología, otorrinolaringología).
 - c) Pediatría (general, neonatología, oncología pediátrica, emergencia pediátrica, medicina crítica pediátrica, psiquiatría pediátrica).
 - d) Ginecología (ginecología, obstetricia, sexología).
 - e) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales (endoscopia, hemoterapia, transplantología, radioterapia, anestesiología, anatomía patológica, otros procedimientos estéticos invasivos).
 - f) Gestión (administración, cargos gerenciales y políticos).
 - g) Otras no asistenciales (medicina legal, certificaciones médicas).
4. Contó con asistencia letrada:
 - a) Sí.
 - b) No.

IV Sobre el procedimiento y los fallos

1. Duración del procedimiento (medida en meses, desde la fecha en que el TEM acogió la denuncia hasta la fecha en que se alcanzó un fallo firme por el TEM o por el Tribunal de Alzada, de así corresponder).
2. Resultado final del procedimiento:
 - a) Sin sanción.
 - b) Con sanción: advertencia, amonestación, sanción educativa, suspensión temporal del registro (se indica el lapso), según lo establecido en el art. 28 de la Ley N° 18.591.

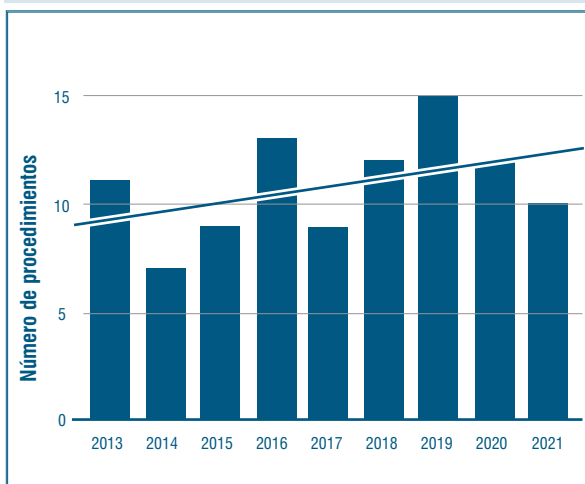
3. Consensualidad de los fallos del TEM:
 - a) Sí (unánime).
 - b) No (por mayoría).
4. Recurso de revocación contra el fallo del TEM:
 - a) Sí.
 - b) No.
5. Fallo del Tribunal de Alzada:
 - a) Confirmatorio.
 - b) Revocatorio (más severo, menos severo).
6. Consensualidad de los fallos del Tribunal de Alzada:
 - a) Sí (unánime).
 - b) No (por mayoría).
7. Confirmación de los fallos de suspensión temporal del Registro por el MSP:
 - a) Sí.
 - b) No.
8. Normas éticas, legales, sentencias y documentos citados en los fallos de los tribunales para fundar las sanciones aplicadas.

Resultados

A la fecha de cierre de este reporte (5/5/2023) se habían publicado 100 fallos firmes correspondientes a las denuncias admitidas en el período comprendido entre el 8/11/2012 y el 8/11/2022.

En la figura 1 se muestra la evolución por año de inicio del procedimiento. Las denuncias admitidas en 2013 incluyen las presentadas en 2012, antes de la designación del primer TEM. No se incluyen las dos denuncias admitidas en 2022, con fallo firme al momento de cierre de este reporte, debido a que la mayoría de esos casos permanecían reservados y su inclusión alteraría la percepción de la tendencia (sí se consideraron para el resto de las variables estudiadas).

Figura 1. Distribución de los procedimientos con fallo firme, según año de denuncia, excluyendo 2022 (n=98).



Los motivos alegados en las denuncias admitidas y con fallo firme (n=100) fueron faltas éticas en la relación con colegas, equipo de salud o institución (n=59) o en la relación con los usuarios, los pacientes o sus familias (n=41).

De las 100 denuncias, la mayoría corresponden a Montevideo (n=55). El resto a Canelones (n=9), Rivera (n=6), Maldonado (n=5), Durazno (n=4), Colonia (n=3), Flores (n=3), Treinta y Tres (n=3), Cerro Largo (n=2), Lavalleja (n=2), Río Negro (n=2), San José (n=2), Paysandú (n=1), Rocha (n=1), Salto (n=1) y Tacuarembó (n=1).

Hubo 3 denuncias (FR: 0,03) promovidas por los propios médicos involucrados (autodenuncia) y 7 (FR: 0,07) fueron reconveniones.

De las 100 denuncias interpuestas (que involucraron a un total de 131 denunciados), la mayoría fueron promovidas por médicos o por instituciones médicas (n=63); el resto fueron promovidas por personas físicas no médicas (n=37).

Los hechos por los que fueron denunciados los 131 médicos se originaron en servicios de emergencia/urgencia (n=27; FR: 0,20), de internación (n=24; FR: 0,18), ambulatorio (n=18; FR: 0,14); el resto (n=62; FR: 0,47) no corresponde porque no pueden relacionarse con hechos propiamente asistenciales.

Los denunciantes fueron principalmente personas físicas (n=85), y, dentro de ellos, mayoritariamente médicos (n=56); los 29 restantes fueron pacientes, familiares de pacientes u otros miembros de la comunidad. Hubo 15 denuncias interpuestas por instituciones: 8 privadas y 7 públicas.

La mayoría de los denunciantes contó con asistencia letrada (n=58), incluidas todas las promovidas por personas jurídicas. Si se consideran solamente las denuncias promovidas por personas físicas (n=85), la mitad (FR: 0,51) compareció con abogado.

Las 100 denuncias fueron dirigidas contra un total de 131 médicos, de los cuales 89 fueron hombres (FR: 0,68) y 42 mujeres (FR: 0,32).

Al momento de la denuncia, los médicos denunciados tenían una edad promedio de 52 años (rango: 25-81).

Las especialidades de los médicos denunciados en relación con los hechos alegados se presentan en la tabla 1.

La mayoría de los médicos denunciados recurrió a asistencia letrada durante el proceso (n=91; FR: 0,69). La proporción se mantiene similar si se cuentan solo los médicos que resultaron sancionados (n=71): 50 comparecieron con asistencia letrada (FR: 0,70).

La duración media del proceso entre la admisión de la denuncia y el fallo definitivo fue de 10,6 meses (rango: 1,4-20,9).

Tabla 1. Especialidades médicas (n=131).

Médicas	45 (FR: 0,34)
Quirúrgicas	30 (FR: 0,23)
Procedimientos especiales	20 (FR: 0,15)
Gestión	13 (FR: 0,10)
Pediátricas	11 (FR: 0,08)
Ginecología	10 (FR: 0,08)
Otras no asistenciales	2 (FR: 0,01)

Los fallos de los casos juzgados por el TEM que cuentan con resolución definitiva (n=100) fueron recurridos en 39 ocasiones; en un caso no fue admitido por el Tribunal de Alzada por motivos procesales. Si se consideran los médicos sancionados en primera instancia (n=71), 39 de ellos presentaron recurso de revocación ante el Tribunal de Alzada (FR: 0,55).

La mayoría de los fallos del Tribunal de Alzada ratificaron el del TEM. De los 13 fallos revocatorios del Tribunal de Alzada, 7 resultaron más severos que el de primera instancia (aplicó una sanción o la elevó) y en 6 casos resultó más indulgente para con el denunciado (revocó una sanción o la disminuyó).

Los 100 fallos del TEM fueron unánimes en su casi totalidad (n=97). Los fallos de segunda instancia (n=38) fueron mayoritariamente unánimes (n=29; FR: 0,76).

Según los fallos definitivos sobre la conducta de los 131 médicos denunciados, en la mayoría (n=71; FR: 0,54) se tuvo por probada la falta ética denunciada.

Las sanciones recibidas se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Tipo y número de sanciones firmes (n=71).

Tipo de sanción	n (FR)
Advertencia	46 (FR: 0,65)
Amonestación	12 (FR: 0,17)
Sanción educativa	1 (FR: 0,01)
Suspensión del Registro por 30 días	3 (FR: 0,04)
Suspensión del Registro por 90 días	2 (FR: 0,04)
Suspensión del Registro por 6 meses	3 (FR: 0,04)
Suspensión del Registro por 8 meses	1 (FR: 0,01)
Suspensión del Registro por 1 año	2 (FR: 0,04)
Suspensión del Registro por 6 años	1 (FR: 0,01)

Todos los fallos correspondientes a los 71 médicos sancionados se fundaron en la Ley N° 18.591 y el Decreto 83/010. En 29 de ellos se especificaron transgresiones específicas a alguna de las disposiciones de la Ley N° 19.286 (Código de Ética Médica del CMU) (ver detalle en el anexo 1). Las sanciones también tomaron como referencia otras normas, como la Ley N° 18.335 (Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud) y su reglamentación (Decreto 274/010), el Decreto 258/992 (Reglas de conducta médica y derechos de los pacientes). Otros casos se fundaron en instrumentos internacionales, como la Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los derechos de las mujeres (CEDAW) y la Convención de Belém do Pará, así como en la Ley N° 17.187 (Lucha contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación), la Ley N° 19.684 (Integral para personas trans) y la Ley N° 19.580 (Violencia hacia las mujeres basada en género) (ver detalle en el anexo 2). Otros documentos citados en los considerandos de los fallos sancionatorios fueron el Juramento Hipocrático, la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y otras normas de asociaciones profesionales internacionales o extranjeras (Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Principios de Ética Médica de la Asociación Psiquiátrica Americana, el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Canadiense). En dos casos fueron citadas sentencias de la Suprema Corte de Justicia: N° 129/1997 (sobre el derecho a la identidad sexual) y N° 122/2016 (sobre perspectiva de género).

En dos casos el fallo del Tribunal de Alzada fundamentó la aplicación de sanciones en la inconducta procesal de los médicos denunciados en algunas expresiones contenidas en sus escritos de revocación, que valoró como agravante para la contraparte, para el TEM y pasible de sanción.

Los fallos firmes de suspensión del registro (n=12) fueron elevados al MSP para su control de legalidad, según lo establecido en la normativa. En un caso, el MSP mantuvo la suspensión, aunque modificó en menos el tiempo de la suspensión, lo que motivó una demanda contenciosa anulatoria ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo por parte del CMU, pendiente de resolución.

Discusión

Los resultados de los diez primeros años de vigencia del régimen legal de responsabilidad ética de los médicos en Uruguay muestra una sensible estabilidad en el número de denuncias. Si bien la gráfica muestra una pendiente descendente, ello obedece a que la mayoría de las denuncias admitidas en 2022 no aparecen en

ese año, por no tener carácter público al cierre de la recolección de datos de este reporte. Podría llamar la atención la ausencia de un crecimiento franco de las denuncias, por tratarse el CMU de una institución cuyo conocimiento público y el de sus mecanismos formales de procesamiento de las denuncias han sido progresivamente conocidos por los abogados, el público y los propios médicos. Obviamente, la cifra de denuncias con fallo firme (n=100) no incluye las que estaban en proceso al cierre de este reporte, las no admitidas y aquellas en que las partes desistieron tras haber sido admitidas por el TEM.

Confirmando lo ocurrido en el primer sexenio de funcionamiento del TEM, la mayor parte de las denuncias correspondió a conflictos entre médicos, otros integrantes del equipo de salud o con las instituciones, y los fallos revelan la presencia de comportamientos disruptivos. Esta cuestión fue abordada en un estudio nacional, publicado en 2014, que mostró que el 88,5% del personal de salud presencié este tipo de comportamientos y el 60% lo sufrió⁽⁹⁾. Se confirmó así lo que surgió en el estudio previo, en cuanto a una subutilización de vías alternas de resolución de conflictos, en especial de la conciliación prevista en la misma ley que creó el TEM (art. 10, Ley N° 18.591)⁽¹⁾. Ello, pese a que desde mucho antes de la creación del CMU el Sindicato Médico del Uruguay había promovido el estudio de las experiencias en medios alternos para la resolución de conflictos en el ámbito asistencial⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En concordancia con lo anterior, se confirma que el artículo 71 del Código de Ética Médica, que hace referencia al valor de la buena relación entre colegas, haya sido el más recurrente en los fallos de los tribunales⁽¹⁾.

El repaso de las normas mencionadas en los fallos del TEM recuerda que no solo es de aplicación el Código de Ética Médica, tal como lo establece su artículo 81, sino también otras normas jurídicas, como la Ley N° 18.335 y su reglamentación dada por el Decreto 274/010 o el Decreto 258/992. En el último período, la naturaleza de algunas de las denuncias determinaron que los fallos incorporaran en sus fundamentos diversas legislaciones en derechos humanos, internacionales, interamericanas y nacionales, normativa ética de referencia internacional o extranjera, así como a la jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia. Esto podría reflejar una nueva actitud, al menos de parte de la sociedad, ante las culturas o prácticas discriminatorias, sexistas o transfóbicas.

La confirmación de que buena parte de las personas físicas denunciadas haya comparecido sin asistencia letrada sugiere, muy especialmente cuando no se trata de médicos, que la denuncia no tuvo la mera finalidad de obtener prueba para promover un ulterior reclamo judicial. Es más, como ya había sido observado en el estudio precedente, algunas de las denuncias que cul-

minaron en sanciones se basaron en conflictos previamente judicializados y en algún caso ya laudados en condena para el médico⁽¹⁾. Ello parecería indicar que a la sanción ética se le asigna un valor reparatorio propio. En este sentido, parece importante reconocer que los conflictos de los médicos con los usuarios y sus familias tienen una etiopatogenia diversa sobre la que se podría actuar en beneficio de un mejor ejercicio profesional^(9,14,15).

La alta participación de Montevideo en el total de las denuncias está en sintonía con la desigual distribución de la población y de los médicos en el país, aunque no es tan pronunciada (67% de médicos en Montevideo y 55% de las denuncias)⁽¹⁶⁾. Al igual que en el estudio inicial, el tamaño del universo abarcado no permite un análisis más afinado por región o por departamento⁽¹⁾.

En cuanto a los médicos denunciados, resulta significativo que el perfil de edad y sexo de los denunciados no se correspondan con el de los médicos en ejercicio, tal como surgió en el estudio precedente⁽¹⁾.

Desde el punto de vista etario, la población denunciada, con una edad promedio de 52 años, es más envejecida que la del padrón de los médicos colegiados, que alcanza los 46 años⁽¹⁶⁾. Este dato ratifica lo encontrado en el estudio previo, a la vez que coincide con la larga experiencia de juzgamiento ético en Brasil, que muestra que el estar en la plenitud del ejercicio profesional puede operar como un factor de riesgo para recibir reclamos éticos y legales^(1,17). Esto, unido al hallazgo de conductas disruptivas, obliga a reflexionar sobre la incidencia de las formas de organización del trabajo médico como un posible factor etiopatogénico de los conflictos que dieron lugar a las denuncias, en tanto condiciona la relación clínica, el relacionamiento interpersonal entre los integrantes del equipo de salud y la propia calidad de vida de los profesionales⁽⁹⁾.

Por su parte, la falta de correspondencia entre el perfil del sexo de los denunciados y el de la población médica colegiada es aún más evidente que en cuanto a la edad. Los datos obtenidos hasta 2017 mostraban que las mujeres ocupaban el 60% del padrón^(16,18).

Esto resulta confirmado por la conformación actual del padrón de médicos colegiados. Pese a ello, las denuncias contra médicos varones más que duplican las que involucraron a médicas. Si bien en este fenómeno podría incidir el diferente grado de feminización de las especialidades, y que a su vez tienen diferente participación dentro del total de las denuncias, parece lejos de poder explicarlo. Además, no solo hay muchas menos médicas denunciadas, sino que las sanciones que conllevan la suspensión en el registro que habilita ejercer la profesión fueron casi todas aplicadas a hombres (10/12). Y las más graves, aquellas que determinaron inhabilitaciones por un lapso mayor a un mes, recayeron exclusivamente sobre médicos (9/9). En este último

grupo predominan las sanciones por comportamientos sexuales inadecuados o abusivos cometidos por médicos contra usuarias (5/9). Esta comprobación parece justificar la preocupación presente en la literatura científica extranjera global por el problema del acoso y el abuso sexual llevado a cabo por médicos⁽¹⁹⁻²⁴⁾.

En la serie en análisis, 3 de los 5 médicos sancionados por este tipo de conducta eran psiquiatras. Este aspecto coincide con un estudio norteamericano de 1998 que informó que la psiquiatría, además de la psiquiatría pediátrica, la ginecología y la medicina familiar y general, mostraron mayores tasas de sanciones por transgresiones de connotación sexual contra pacientes⁽²⁴⁾.

En cuanto a las especialidades involucradas en los hechos denunciados, muestra una importante diversidad, si bien sigue existiendo una sobrerrepresentación de las especialidades quirúrgicas y de procedimientos invasivos en relación con su participación en el total del padrón médico y en el número de los actos médicos que se realizan⁽¹⁸⁾.

Otro resultado significativo respecto de las especialidades es que casi el 10% de los médicos denunciados ocupaba alguna responsabilidad política, de gestión, o administración, lo que excede el porcentaje de médicos que asumen estos cargos. La misma proporción se mantiene si se consideran los médicos finalmente sancionados. Todas estas denuncias corresponden a conflictos entre colegas, derivados de la toma de decisiones desde posiciones de poder. Lo anterior denota que la ocupación de cargos y responsabilidades de poder supone una mayor exposición, no solo de ser denunciado, sino también sancionado.

Por otra parte, los servicios de emergencia y de internación parecen más expuestos a la generación de conflictos en relación con el ámbito de la asistencia ambulatoria. Por un lado, esto podría estar relacionado con una mejor calidad de la relación clínica en la asistencia ambulatoria y de primer nivel de atención; en efecto, es bien conocido el rol de la mala comunicación médico-paciente en la génesis de conflictos y reclamos. Por otra parte, las peculiares condiciones de actuación en la emergencia (carga de trabajo, escaso tiempo para la toma de decisiones, gravedad de las situaciones clínicas), puede comprometer la adecuada comunicación así como la calidad de la relación entre el equipo de salud con el paciente y la familia. Además, la complejidad organizacional del segundo y tercer nivel de atención, unido a las condiciones de trabajo médico en nuestro país, con multiempleo y altas cargas horarias semanales, podría favorecer los conflictos entre el personal de salud y el desarrollo de conductas disruptivas⁽⁹⁾.

Casi la tercera parte de los médicos sancionados compareció sin abogado. Esta proporción se mantiene si se consideran solo las que acarrearán suspensión en

el registro. Esto podría señalar un error de percepción sobre la trascendencia de la denuncia o también una suerte de negación de la situación denunciada. En este sentido, se mantuvo lo hallado en el estudio inicial⁽¹⁾.

El tiempo promedio de duración de los procedimientos fue de 10,6 meses, lo que supone una duración bastante extensa, pero dentro de los plazos reglamentarios. En consonancia con el principio del derecho a un proceso de duración razonable, el artículo 45 del Decreto 83/010 establece que la instrucción deberá quedar finalizada dentro de 180 días hábiles. El propio Reglamento de Procedimiento del TEM consagra, entre otros principios, el del debido proceso, el de amplia defensa y el de un proceso de duración razonable⁽³⁾. También establece que la instrucción deberá quedar finalizada dentro de los 180 días hábiles a partir de la resolución que declara admisible la denuncia, según lo previsto en el artículo 45 del Decreto 83/2010. Este plazo puede prorrogarse por 60 días hábiles mediante resolución fundada en la complejidad del caso o de la obtención de la prueba (nótese que los testigos no médicos no tienen obligación de comparecer y que los tiempos de respuesta a las pruebas por oficio solicitadas a instituciones públicas o privadas no dependen del TEM). Se debe tomar en cuenta que la duración promedio (10,6 meses) incluye el mes completo de receso reglamentario del TEM, así como que el Reglamento de Procedimiento otorga a las partes la posibilidad de solicitar prueba complementaria por 30 días, derecho a alegar (10 días), vista previa en todos los casos en que recaiga alguna sanción y derecho al recurso de alzada (10 días para interponerlo y 30 para producir el fallo definitivo), según lo establecido en el artículo 30 de la Ley N° 18.591.

La proporción de denuncias que prosperaron y terminaron con sanción es mayor a la encontrada en otras series, como la publicada por el Tribunal Nacional de Ética Médica del Colegio Médico de Chile para el período 1996-2021, en que solo en el 9% de los casos se concluyó que el reclamo era justificado, o un reporte danés de la Junta Nacional de Quejas de Pacientes de 2013 que informó que el 27% de los médicos generales denunciados resultaron sancionados^(24,25). Las diferencias con estos resultados están necesariamente influidas por las singularidades culturales, legales e institucionales de cada país.

En todo caso, resulta significativo que la mayoría de los fallos del TEM no fueron recurridos (FR: 0,61). Si se toma el universo de los médicos sancionados en primera instancia (n=71), como era esperable, los recursos de revocación fueron más frecuentes (n=37; FR: 0,54). Además, no solo la mayoría de los fallos de alzada ratificaron los que emitió el TEM, sino que la casi totalidad fueron suscritos por unanimidad de sus cinco miembros, tanto en primera como en segunda instancia. Los fallos revocatorios cuyo contenido fue más seve-

ro para con el médico denunciado correspondieron, tal como se desprende de las normas procesales, a recursos interpuestos por los denunciantes.

Las posibles sanciones a los médicos denunciados están establecidas en el artículo 28 de la Ley N° 18.591, en el siguiente orden de gravedad creciente: a) advertencia, b) amonestación, c) sanción educativa y d) suspensión temporal en el registro por un máximo de diez años. El tenor de la gran mayoría (n=23; FR: 0,70) de las sanciones aplicadas (advertencia) parece expresar una intención educativa hacia el colectivo médico con una penalización de carácter moral, confirmando lo que surgió del estudio previo⁽¹⁾. En 14 casos el TEM entendió que la gravedad de la transgresión ética justificaba la suspensión temporal en el registro, dos de los cuales fueron revocados por el Tribunal de Alzada (en un caso quedó sin sanción y en otros la sustituyó por una sanción educativa). La mayoría de los casos que culminaron con fallo firme de sanción grave con suspensión temporal se originaron en denuncias por conflictos de los médicos con los pacientes o sus familiares (9/12); la mayoría de estos (5/9) se debió a conductas inapropiadas de índole sexual.

Conclusiones

1. La experiencia de los diez primeros años de juzgamiento de la responsabilidad ética de los médicos en el contexto de la colegiación obligatoria muestra cierta estabilidad en el número de denuncias admitidas, con una cierta tendencia al crecimiento.
2. El universo de los médicos denunciados es más masculinizado y envejecido que el promedio de la profesión, con mayor exposición en los servicios de emergencia o internación, las especialidades quirúrgicas o que ejecutan procedimientos invasivos, así como para los cargos de gestión, administración o políticos.
3. Se confirma que la mayoría de las denuncias instruidas y de las sanciones aplicadas derivaron de conflictos en la interna de los equipos de salud.
4. Las sanciones más graves, que llevaron a la suspensión temporal del registro, derivaron de conflictos con los pacientes o sus familias y, en especial, derivadas de actos abusivos con connotación sexual.
5. Los fallos sancionatorios se fundaron en normas jurídicas diversas que en los últimos años incluyeron referencias a algunas convenciones internacionales y legislación nacional de derechos humanos.

Agradecimiento

Al secretario administrativo del TEM, abogado Enzo

Casella Pascuariello, por su colaboración con los autores.

Abstract

Mandatory medical membership is the exclusive jurisdiction for the adjudication of ethical responsibilities of physicians in Uruguay.

Objectives: To systematize the results of the first ten years of mandatory membership, to learn about the number of complaints and their historical evolution, to identify relevant characteristics of the complaints, the complainants, and the physicians accused of alleged breaches of medical ethics, to examine the features and outcomes of the proceedings, and to document the ethical and legal standards referenced by the courts in punitive rulings.

Method: Publicly accessible sources of information were analyzed, including rulings from the Ethics Tribunal and the Court of Appeal, Resolutions from the Ministry of Public Health, and data regarding TEM's (Tribunal de Ética Médica or Medical Ethics Tribunal) activities found in the annual reports of the CMU (Colegio Médico del Uruguay or Medical Association of Uruguay).

Results: As of the report's closing date, 100 final rulings had been published. The reporting individuals were primarily individuals (n=85), with most of them being medical professionals (n=56). The remaining 29 reporting individuals included patients, patients' family members, or other community members. There were 15 complaints filed by institutions: 8 private institutions and 7 public institutions. Most of the allegations were initiated by physicians or medical institutions (n=63). The reports involved 131 physicians, of whom 89 were male (male-to-female ratio: 0.68), with an average age of 52 years. The final rulings established that 71 physicians had committed the alleged ethical misconduct.

Conclusions: 1. There was a degree of stability in the number of admitted allegations, with a trend toward growth. 2. The group of individuals who were reported is characterized by a higher proportion of males and tends to be older compared to the average. They also have a greater exposure to emergency or inpatient services, surgical specialties, or fields involving invasive procedures, as well as holding positions in management, administration, or politics. 3. Most of the investigations and sanctions issued stemmed from conflicts within healthcare teams. 4. The most severe sanctions resulted from conflicts with patients or their families, particularly those involving abusive acts with sexual connotations. 5. The punitive rulings were based on various legal standards, including recent references to international conventions and national human rights legislation.

Resumo

A filiação médica obrigatória ao Colegio Médico del Uruguay (CMU) é a área de competência exclusiva para julgar a responsabilidade ética dos médicos no Uruguai.

Objetivos: sistematizar os resultados dos dez primeiros da vigência da adesão obrigatória, conhecer o número de reclamações e a sua evolução histórica, algumas características relevantes das reclamações, os denunciadores e os médicos denunciados por supostos desvios à ética médica, características e resultados dos procedimentos, bem como destacar os padrões éticos e legais mencionadas pelos tribunais nas decisões sancionatórias.

Material e método: foram analisadas fontes de informação de acesso público: acórdãos do Tribunal de Ética e do Tribunal da Relação, Resoluções do Ministério da Saúde Pública e dados sobre a atividade do Tribunal de Ética Médica constantes dos relatórios anuais do CMU.

Resultados: até a data de encerramento do relatório, 100 decisões finais foram publicadas. Os reclamantes eram, em sua maioria indivíduos (n=85) e, entre eles, principalmente médicos (n=56); os 29 restantes eram pacientes, familiares de pacientes ou outros membros da comunidade. Quinze denúncias foram apresentadas por instituições: 8 privadas e 7 públicas. A maioria das reclamações forma iniciadas por médicos ou instituições médicas (n=63). As denúncias envolveram 131 médicos, dos quais 89 eram homens (FR: 0,68); a idade média era de 52 anos. As decisões finais provaram que 71 médicos haviam cometido os desvios éticos relatados.

Conclusões: 1. Verificou-se alguma estabilidade no número de reclamações admitidas, com tendência ao crescimento. 2. O universo dos denunciados é mais masculino e mais velho que a média, com maior exposição a serviços de urgência ou de internação, especialidades cirúrgicas ou que realizam procedimentos invasivos, bem como a cargos de gestão, administração ou políticos. 3. A maioria das queixas apresentadas e das sanções aplicadas decorrem de conflitos no seio das equipes de saúde. 4. As sanções mais graves derivam de conflitos com pacientes ou seus familiares e, especialmente, de atos abusivos com conotações sexuais. 5. As decisões de sanção foram baseadas em diversas normas legais, que nos últimos anos incluíram referências a convenções internacionais e legislação nacional em matéria de direitos humanos.

Bibliografía

1. Gamero S, Borches Duhalde F, Rodríguez Almada H. Responsabilidad ética de los médicos en Uruguay: resultados del primer sexenio de funcionamiento del Tribunal de Ética Médica. Rev Méd Urug 2019; 35(2):120-28. doi: 10.29193/RMU.35.2.4.
2. Rodríguez Almada H. Introducción a la responsabilidad profesional de los médicos y las instituciones asistenciales. En: Medicina Legal: derecho médico. Montevideo: Oficina del Libro-FEMUR, 2017:101-10.
3. Colegio Médico del Uruguay. Reglamento de procedimiento del Tribunal de Ética Médica. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/reglamento-de-procedimiento-del-tribunal-de-etica-medica/> [Consulta: 5 mayo 2023].
4. Colegio Médico del Uruguay. Memoria ejercicio 2012-2015. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/07/ejercicio-2012-2015-1-1.pdf> [Consulta: 5 mayo 2023].
5. Colegio Médico del Uruguay. Memoria del CMU 2015-2018. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/08/Memoria-del-CMU-2015-2018.pdf> [Consulta: 1º octubre 2022].
6. Colegio Médico del Uruguay. Memoria del CMU 2018-2021. Disponible en: https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2021/09/Memoria-del-CMU_2018-2021.pdf [Consulta: 5 mayo 2023].
7. Colegio Médico del Uruguay. Fallos emitidos por el Tribunal de Ética. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/fallos-emitidos-por-el-tribunal-de-etica/> [Consulta: 12 abril 2023].
8. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Infotítulos - Consultas sobre registro de profesionales de la salud. Disponible en: <https://www.gub.uy/tramites/infotitulos-consultas-registro-profesionales-salud>. [Consulta: 4 mayo 2023].
9. Godino M, Barbato M, Ramos L, Otero M, Briozzo L. Encuesta nacional de comportamientos disruptivos en el equipo de salud. Rev Méd Urug 2014; 30(4):235-46. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v30n4/v30n4a04.pdf> [Consulta: 5 mayo 2023].
10. Sindicato Médico del Uruguay. Métodos alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Montevideo: SMU, 2001. Disponible en: <https://smu.org.uy/publicaciones/libros/conc-med/conc-med.pdf> [Consulta: 4 mayo 2023].
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Memoria del V Simposio Internacional CONAMED. Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. México DF: CONAMED, 2000:180 p.
12. Etxeberria Gabilondo F. Alternativas extrajudiciales en la responsabilidad médica: la experiencia del arbitraje médico en España. En: Rodríguez Almada H, coord. Derecho médico. Montevideo: BdeF, 2001:305-15.
13. Ramírez A. La experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México. En: Rodríguez Almada H, coord. Derecho médico. Montevideo, BdeF, 2001:331-42.
14. Rodríguez Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Méd Urug 2001; 17:17-23. Disponible en: <https://www.rmu.org.uy/revista/2001v1/art4.pdf> [Consulta: 5 mayo 2023].

15. Rodríguez Almada H. De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Méd Urug* 2006; 22(3):167-8. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Consulta: 5 mayo 2023].
16. González Mora F, Barbero Portela M, Barrero Salgado G, Batthyany Dighiero K, coord. *La profesión médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay*. Montevideo: Colegio Médico del Uruguay, 2018. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/06/Libro-perfil-profesional.pdf> [Consulta: 16 febrero 2023].
17. Gomes JC, Drumund JG, França GV. *Erro médico*. 3ª ed. Montes Claros: Unimontes, 2001.
18. Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. Afiliados activos al 31.12.2017, por edad sexo y profesión. Disponible en: <http://www.cjppu.org.uy/download.php?m=g&i=886> [Consulta: 5 mayo 2023].
19. Mulvihill N. Professional authority and sexual coercion: a paradigmatic case study of doctor abuse. *Soc Sci Med* 2022; 305: 115093. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.115093.
20. Clemens V, Brähler E, Fegert J. #patientstoo – Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: a representative study. *Epidemiol Psychiatric Sci* 2021; 30:e50. doi: 10.1017/S2045796021000378.
21. Bismark M, Studdert D, Morton K, Paterson R, Spittal M, Taouk Y. Sexual misconduct by health professionals in Australia, 2011-2016: a retrospective analysis of notifications to health regulators. *Med J Aust* 2020; 213(5):218-24. doi: 10.5694/mja2.50706.
22. Otero Ruiz E, Guzmán Mora JF. Delitos sexuales en el acto médico. *Gaceta Jurisprudencial* 2013; 3:9-20. Disponible en: https://tribunalwebsite.s3.amazonaws.com/media/Gaceta_Delitos_Sexuales.pdf [Consulta: 16 febrero 2023].
23. Dehlendorf C, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *JAMA* 1998; 279(23):1883-8. doi: 10.1001/jama.279.23.1883.
24. Merello L, Novoa F. Reclamos contra la conducta ética en el ejercicio de la medicina. Análisis de las causas ingresadas a un Tribunal de Ética del Colegio Médico de Chile. *Rev Méd Chile* 2021; 149(12):1694-8. doi: 10.4067/s0034-98872021001201694.
25. Birkeland S, Christensen Rd, Damsbo N, Kragstrup J. Process-related factors associated with disciplinary board decisions. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:9. doi: 10.1186/1472-6963-13-9.

Contribución de autores

Los tres autores participaron en la recolección de los datos, su análisis, la redacción del texto y su revisión. La Dra. Sylvia Gamero lo hizo durante los primeros seis años del estudio y los Dres. Hugo Rodríguez Almada y Frances Borches Duhalde durante todo el período.

ORCID

Frances Borches Duhalde <http://orcid.org/0000-0002-4759-3830>
Hugo Rodríguez Almada <http://orcid.org/0000-0002-7330-6508>
Sylvia Gamero <http://orcid.org/0000-0002-7656-2507>

Anexo 1

En este anexo se transcriben los artículos de la Ley N° 19.286 (Código de Ética Médica) que fueron citados en los fallos firmes en los que los tribunales de Ética Médica y de Alzada que intervinieron dispusieron sanciones a los denunciados.

Se indica, por orden, número de artículo del Código de Ética Médica, número de fallos firmes que invocaron la violación a la norma y su texto completo.

Artículo	Nº de citas	Texto
2	5	<p>a) Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando integralmente los derechos humanos.</p> <p>b) Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad.</p> <p>c) El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni para el exterminio del ser humano, ni para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral de sus semejantes.</p> <p>d) El médico, en el marco de su actuación profesional, debe promover las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano. Para ello se basará en una formación profesional reconocida y se guiará por las normas y principios éticos establecidos en este Código.</p> <p>e) El médico debe procurar siempre el más alto nivel de excelencia de conducta profesional.</p>
3	13	<p>Es deber del médico, como profesional de la salud, seguir los siguientes principios y valores fundamentales:</p> <p>a) Respetar la vida, la dignidad, la autonomía y la libertad de cada ser humano y procurar como fin el beneficio de su salud física, psíquica y social.</p> <p>b) No utilizar el ejercicio profesional para manipular a las personas desde un punto de vista de los valores.</p> <p>c) Posibilitar al paciente el encuentro con otro profesional idóneo si él no está en condiciones de ayudarlo dentro de sus conocimientos específicos.</p> <p>d) Hacer, como profesional de la salud y como miembro del Colegio Médico del Uruguay, todo lo que esté dentro de sus posibilidades para que las condiciones de atención sanitaria sean las más beneficiosas y no estigmatizantes para sus pacientes y para la salud del conjunto social sin discriminación alguna.</p> <p>e) Respetar el derecho del paciente a guardar el secreto sobre aquellos datos que le pertenecen y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, las que no podrá revelar sin autorización expresa del paciente.</p> <p>f) Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia profesional en su servicio específico a la sociedad.</p> <p>g) La búsqueda de lucro económico u otros beneficios nunca deberá ser la motivación determinante en su forma de ejercer la profesión. Asimismo, no deberá permitir que motivos de orden económico u otros intereses influyan en la recomendación profesional referida a sus pacientes, procurando también que la provisión de medios idóneos de diagnóstico y tratamiento sean éticamente adecuados.</p> <p>h) Ser veraz en todos los momentos de su labor profesional para que los pacientes y la sociedad tomen las decisiones que les competen.</p> <p>i) Concertar y utilizar el progreso científico y tecnológico de la medicina de tal manera que el humanismo esencial de la profesión no resulte desvirtuado.</p> <p>j) Valorar el trabajo de equipo tanto en su labor de servicio a la salud de sus pacientes como de la población en general.</p>
4	1	<p>El médico tiene responsabilidad en la calidad de la asistencia tanto a nivel personal, como en promoverla a nivel institucional. Es su deber exigir las condiciones básicas para que ella sea garantizada efectivamente en beneficio de las personas, así como reclamar ante los organismos competentes si persisten las condiciones insuficientes en las instituciones. Los médicos que ocupen cargos de dirección deberán proporcionar a los médicos prestadores de la asistencia los recursos humanos y de infraestructura necesarios para que el servicio se preste adecuadamente.</p>

Artículo	Nº de citas	Texto
13	2	<p>Todo médico tiene el deber de:</p> <p>a) Dar una información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan al paciente, incluyendo las alternativas disponibles en el medio.</p> <p>b) Comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado para ese determinado paciente.</p> <p>c) En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla.</p> <p>d) Respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión. El médico podrá solicitar al paciente o a sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y en caso que no se lograra, dejar constancia en la historia clínica.</p> <p>e) Mantener informado al paciente de los cambios eventuales en el plan diagnóstico o terapéutico y en caso de su traslado a otro servicio o centro asistencial, informarle de los motivos del mismo.</p>
18	1	<p>Se considera falta ética toda publicidad engañosa o desleal. El médico no debe inducir a engaño a la sociedad propiciando procedimientos o productos comerciales cuya eficacia no está comprobada científicamente.</p>
20	1	<p>El médico tiene la obligación de:</p> <p>a) Guardar secreto ante terceros de la consulta y de todo aquello que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.</p> <p>b) Aceptar asistir a un paciente que no quiere o no puede revelar su identidad en determinadas circunstancias.</p> <p>c) Preservar la confidencialidad de los datos revelados por el paciente y asentados en historias clínicas, salvo autorización expresa del paciente.</p> <p>d) Propiciar el respeto a la confidencialidad por parte de todos los trabajadores de la salud. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos.</p>
21	1	<p>El secreto profesional debe respetarse aun en la redacción de certificados médicos con carácter de documento público. El médico tratante evitará revelar públicamente la patología concreta que aqueje a un paciente, así como las conductas diagnósticas y terapéuticas adoptadas. No es éticamente admisible que, exigiendo las instituciones públicas o privadas una conducta contraria, el médico ceda ante esta presión indebida. El médico queda liberado de la responsabilidad del secreto solo si el paciente lo consiente explícitamente. El médico certificador procurará el cumplimiento estricto de este artículo y denunciará al Colegio Médico del Uruguay cualquier tipo de presión institucional en contrario.</p>
22	4	<p>a) El respeto a la confidencialidad es un deber inherente a la profesión médica.</p> <p>b) Solo podrá ser relevado en los casos establecidos por una ley de interés general o cuando exista justa causa de revelación. Se consideran, por ejemplo, como justa causa de revelación las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peligro vital inminente para el paciente (por ejemplo, riesgo de suicidio). - Negativa sistemática del paciente de advertir a un tercero acerca de un riesgo grave para la salud de este último (contagio de enfermedades transmisibles, por ejemplo). - Amenaza concreta para la vida de terceros. - Defensa legal contra una acusación de un paciente.
24	2	<p>El ejercicio clínico de la medicina requiere el vínculo directo con el paciente. La complementación de la asistencia médica a distancia a través de los medios de comunicación, como la telemedicina, seguirá los principios de este Código.</p>
26	3	<p>Todo médico tiene el deber de:</p> <p>a) Guardar y respetar la intimidad del cuerpo y de las emociones del paciente cuando es interrogado, examinado o tratado.</p> <p>b) Facilitar que el paciente logre el diálogo a solas con sus seres queridos.</p> <p>c) Exigir en todos los actos médicos el respeto al pudor y la intimidad del paciente por parte del equipo de salud.</p> <p>d) Procurar que el paciente reciba el apoyo emocional necesario y facilitarle el acceso a la ayuda espiritual o religiosa que este requiera.</p>

Artículo	Nº de citas	Texto
28	3	La relación médico-paciente implica un acuerdo mutuo, de ahí que el médico tiene la obligación de: a) Aceptar el derecho del paciente a la libre elección de su médico. b) Aceptar la consulta solicitada por el paciente con otro médico sin que se perjudique la continuidad de su asistencia. c) No abandonar arbitrariamente la asistencia del paciente. En caso que entienda haber motivos justificados para dejar de atenderlo, tiene la obligación de asegurar la continuidad de su asistencia. d) Asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones ofreciendo explicación clara, honrada, constructiva y adecuada.
29	4	El médico deberá siempre respetar al ser humano que ha confiado en él. Los actos médicos que emprendan no serán nunca simples gestos técnicos, sino que se integrarán con todos los valores esenciales de la relación médico-paciente.
31	1	Es éticamente inadmisibles que el médico: a) Reciba una retribución de cualquier índole por concepto de solicitar a terceros consultas, exámenes, porque terceros prescriban o utilicen medicamentos, aparatos, o por enviar a su paciente a un lugar de tratamiento o que participe en dicotomía de honorarios. b) Soborne o entregue un provecho indebido a cualquier persona, sea quien fuere, en el ejercicio de su profesión. c) En ejercicio de un mandato electivo o de una función administrativa, haga valer su posición en beneficio propio. d) Se derive pacientes a sí mismo, de manera directa o indirecta, generando para sí un nuevo acto médico o cualquier otro tipo de beneficio que lo involucre en forma personal, institucional o empresarial y que no esté justificado por la autonomía del paciente y en el mayor beneficio de este. e) No utilice todos los medios aceptados por la comunidad médica para beneficio de sus pacientes por privilegiar beneficios personales.
35	2	a) El médico tiene derecho a prescribir el medicamento que considere más conveniente y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que crea más acertado, en armonía con las prácticas reconocidas por la comunidad médica. b) Si el paciente exigiera del médico un procedimiento diagnóstico o terapéutico que este, por razones científicas o éticas juzgase inadecuado o inaceptable, el médico deberá explicar debidamente su posición. En caso de no ser aceptada su explicación, podrá excusarse de actuar.
66	1	El médico debe respetar el derecho de la persona a retirarse de la investigación en cualquier momento sin que le cause perjuicio, debiendo el médico hacer lo necesario para que no se vea afectada la relación clínico-asistencial con el equipo de salud.
69	5	a) Como investigador, el médico nunca suprimirá datos discordantes con sus hipótesis o teorías, ni falsificará ni inventará datos. La debida transparencia y obligada declaración pública ante potenciales conflictos de intereses no solo representa una salvaguarda de la relación entre médico y paciente, sino también de la confianza que el público en general deposita en la profesión médica y en la investigación biomédica. b) En su comunicación científica no ocultará los aportes recibidos de otros autores ni intentará minimizar los méritos de estos. Nunca se atribuirá trabajos que no hayan sido realizados por él. El plagio científico es una falta ética. c) El médico debe comunicar sus hallazgos científicos en un ambiente calificado para valorarlo. Solo después podrá divulgarlo públicamente. Será objetivo y veraz, no creando falsas esperanzas ni sobrevalorando sus hallazgos.
70	1	Los datos obtenidos en investigaciones son confidenciales y solo se puede revelar la identidad del sujeto de investigación con autorización expresa de este. Las comunicaciones y publicaciones deben garantizar el anonimato de los integrantes de la población investigada.
71	26	La buena relación humana entre los colegas es fundamental por su valor en sí misma, por su repercusión en la asistencia de los pacientes y para la convivencia en el ámbito del trabajo colectivo. No son éticas la difamación y la injuria ni los comentarios capaces de perjudicar al colega en el ejercicio de su profesión, más allá de las consideraciones que pueda hacer la Justicia.

Artículo	Nº de citas	Texto
72	4	La relación médico-médico para la asistencia de un paciente deberá conducirse con mutuo respeto, decidiendo en acuerdo la conducta a seguir en cada caso.
75	2	Como integrante del equipo de salud, el médico respetará el trabajo y la independencia de otros profesionales y exigirá reciprocidad. La jerarquía dentro del equipo deberá ser permanente pero no podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. El médico solo es responsable de aquellos actos del equipo que le incumbe controlar personalmente.
76	1	En su relación con instituciones públicas o privadas: a) El médico actuará con responsabilidad técnica y lealtad a las normas que tiendan a la mejor atención de los pacientes. b) Pondrá en conocimiento de la dirección de la institución las deficiencias, incluidas las de orden ético, que menoscaben esa correcta atención, denunciándolas al Colegio Médico del Uruguay si no fueran atendidas.
79	2	Constituye una obligación de todos los médicos colegiados cumplir las disposiciones establecidas en este Código y contribuir a que sean adoptadas y respetadas por la totalidad de sus integrantes.
80	1	El médico colegiado debe cumplir también las resoluciones de los órganos directivos y los fallos de los tribunales del Colegio Médico del Uruguay, sin perjuicio de poder ejercer las acciones legales que correspondieren.
81	4	La enunciación de principios, normas y deberes hechos por este Código no implica el desconocimiento de otros inherentes a los derechos y libertades fundamentales y a las bases éticas de la medicina.

Anexo 2

En este anexo se transcriben los artículos de las normas y documentos diversos de la Ley N° 19.286 (Código de Ética Médica) que fueron citados en los fallos firmes en los que los tribunales de Ética Médica y de Alzada que intervinieron dispusieron sanciones a los denunciados.

Se indica, por orden, la norma, el número de fallos firmes que invocaron la violación y su texto completo.

Norma	Nº	Texto
Ley N° 18.335	1	Art. 11 - Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica. En la atención de enfermos psiquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.
	1	Art. 17 - Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a: A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos. B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica. C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles. D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

Norma	Nº	Texto
Ley Nº 18.335	1	<p>E) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.</p> <p>F) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.</p>
	2	<p>Art. 18 - Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:</p> <p>A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.</p> <p>B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente, así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud. En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con consentimiento de los familiares, se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber). Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.</p> <p>C) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.</p> <p>D) Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita. En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario. La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y solo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. También podrá ser solicitada directamente al prestador de salud por el Ministerio Público cuando se trate de la historia clínica de una víctima de un delito cuya investigación tenga bajo su dirección, siempre que recabe previamente el consentimiento de aquella o, en su caso, de la familia, y a los solos efectos de la acción penal. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.</p> <p>E) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste. En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.</p> <p>F) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar", impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.</p> <p>G) Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.</p> <p>H) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.</p> <p>I) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.</p>
Ley Nº 17.817	1	<p>Art. 1 - Declárase de interés nacional la lucha contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación.</p>

Norma	Nº	Texto
	1	Art. 2 - A los efectos de la presente ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción, preferencia o ejercicio de violencia física y moral, basada en motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional o étnico, discapacidad, aspecto estético, género, orientación e identidad sexual, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.
Ley Nº 19.580	1	Art. 2 - Las disposiciones de esta ley son de orden público e interés general. Declárase como prioritaria la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes, debiendo el Estado actuar con la debida diligencia para dicho fin.
Ley Nº 19.684	1	Art. 1 - (Derecho a la identidad de género). Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro. Este derecho incluye el de ser identificado de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia y la consonancia entre esta identidad y el nombre y sexo señalado en los documentos identificatorios de la persona.
	1	Art. 2 - Declárase de interés general el diseño, promoción e implementación de políticas públicas y de acciones afirmativas en los ámbitos público y privado, dirigidas a las personas trans que residen en el territorio de la República reconociéndose que han sido históricamente víctimas de discriminación y estigmatización por su condición de tales.
Decreto 274/010	2	Art. 16 - El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud.
	1	Art. 25 - En los casos de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, el consentimiento informado deberá otorgarse por escrito, firmado conjuntamente por el profesional de la salud y el paciente. La información deberá incluir: a) Identificación y descripción del procedimiento. b) Objetivo que se pretende alcanzar. c) Beneficios que se esperan alcanzar. d) Consecuencias probables de la realización y de la no realización del procedimiento. e) Riesgos frecuentes. f) Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento de acuerdo con el estado de la ciencia. g) Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente. h) Advertencia sobre interacciones y contraindicaciones con otros procedimientos, tratamientos y medicamentos respecto de la situación actual del paciente. i) Advertencia sobre restricciones a su estilo de vida e incomodidades que puede aparejar. j) Procedimientos alternativos, incluso los no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud, sus riesgos y beneficios.
		Art. 27 - Todo paciente tiene derecho a que se lleve una historia clínica completa, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.
	2	Art. 28 - Los servicios de salud tienen el derecho y el deber de llevar la historia clínica de cada uno de sus pacientes, en forma escrita o electrónica. Los trabajadores de la salud tienen el derecho y el deber de consignar bajo su firma en la historia clínica los datos e información referidos al paciente y a su proceso de atención que sean determinados por las disposiciones vigentes.
	1	Art. 29 - El correcto llenado de la historia clínica forma parte de la atención a la salud, siendo de responsabilidad del trabajador de la salud actuante la realización del registro correspondiente de manera completa, ordenada, veraz e inteligible.

Norma	Nº	Texto
	3	<p>Art. 30 - La historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma:</p> <p>a) Los responsables de la atención a la salud del paciente y el personal administrativo vinculado a dicha atención incluyendo, en las hipótesis a que refiere el literal D del artículo 51 de la Ley Nro. 18.211, a los del Fondo Nacional de Recursos.</p> <p>b) El paciente o las personas que sean por él autorizadas.</p> <p>c) El representante legal del paciente declarado judicialmente incapaz.</p> <p>d) En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad del paciente, su cónyuge, concubino o el pariente más próximo.</p> <p>e) El Ministerio de Salud Pública, incluyendo la Junta Nacional de Salud, cuando lo consideren pertinente. Los servicios de salud y los trabajadores de la salud deberán guardar reserva sobre el contenido de la historia clínica y no podrán revelarlo a menos que fuere necesario para el tratamiento del paciente o mediare orden judicial o conforme a lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley N° 18.335.</p>
Decreto 258/992	3	<p>Art. 1 - El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo a los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra. Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio, poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada.</p>
	2	<p>Art. 3 - El médico debe mantener en el ejercicio de su profesión una conducta pública y privada irreprochable, absteniéndose de toda actividad extramédica que signifique menoscabo para la profesión.</p>
	1	<p>Art. 7 - El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrara en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente en las condiciones más apropiadas que sea posible. Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.</p>
	1	<p>Art. 11 - El médico debe mantener con sus colegas y colaboradores un trato correcto y solidario, respetando los ámbitos de actuación y especialización profesional de estos. Cuando trabaja en equipo, debe efectuar la distribución de tareas según la calificación de cada integrante, impartiendo las instrucciones pertinentes y contando con la correspondencia cuidadosa de quienes integran el equipo.</p>
	1	<p>Art. 15 - El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aun cuando de ello se deriven perjuicios para él o sus colegas. Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública.</p>
	1	<p>Art. 17 - El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos.</p>