



Protection of Conscience Project

www.consciencelaws.org

ADVISORY BOARD

Iain Benson, PhD
Professor of Law, University of
Notre Dame Australia;
Extraordinary Professor of Law,
University of the Free State,
Bloemfontein South Africa

J. Budziszewski, PhD
Professor, Departments of
Government & Philosophy,
University of Texas,
(Austin) USA

Shimon Glick, MD
Professor (emeritus, active)
Faculty of Health Sciences,
Ben Gurion University of the
Negev, Beer Sheva, Israel

Mary Neal, PhD
Senior Lecturer in Law,
University of Strathclyde,
Glasgow, Scotland

David S. Oderberg, PhD,
Dept. of Philosophy,
University of Reading, England

Abdulaziz Sachedina, PhD
Dept. of Religious Studies,
University of Virginia,
Charlottesville, Virginia, USA

Roger Trigg, MA, DPhil
Senior Research Fellow,
Ian Ramsey Centre for Science
and Religion, University of
Oxford, England

PROJECT TEAM

Human Rights Specialist
Rocco Mimmo, LLB, LLM
Ambrose Centre for Religious
Liberty, Sydney, Australia

Administrator
Sean Murphy

Revision Date: 2021 May 23



Presentación a la Asociación Médica Mundial Re: Código Internacional de Ética Médica revisión

22 Mayo de 2021

Resumen

Esta presentación responde a la solicitud de la Asociación Médica Mundial (AMM) de recibir opiniones de los ciudadanos acerca de un proyecto de revisión al Código Internacional de Ética Médica ("ICME", por sus siglas en inglés). Las enmiendas a los apartados 14 (Práctica centrada en el paciente) y 27 ("Objeción de conciencia") son la principal inquietud.

El apartado 14 (Práctica centrada en el paciente) expresa el principio fundamental del ICME. Las controversias actuales sobre la libertad de conciencia en lo relativo a la asistencia médica manifiestan, a menudo, un desacuerdo fundamental acerca del significado de los términos aquí empleados: "atención", "salud", "bienestar" y "máximo beneficio". El Proyecto recomienda que "atención" sea reemplazado por "recomendaciones y tratamiento".

Lo que se considera que constituye el "máximo beneficio" de un paciente puede ser discutido por una variedad de razones legítimas. El ICME debe indicar el papel y las obligaciones de los médicos especificando que las recomendaciones y los tratamientos deben ser solo aquellos que un médico "cree de buena fe" que constituyen el máximo beneficio de un paciente, en donde el término "crear" deja en claro que el criterio es el del médico y la noción de "buena fe" indica sensatez, buena voluntad y ausencia de duplicidad, prejuicio o discriminación.

El texto propuesto del Apartado 27 ("Objeción de conciencia") es anómalo en relación con la práctica médica porque ignora el papel de la conciencia en la medicina y adopta un marco analítico inadecuado y perjudicial. No intenta, ni siquiera sugiere cómo adecuar la integridad del médico y las solicitudes de los pacientes cuando estas difieren. Asimismo, resulta anómalo en relación con la política existente de la AMM y los apartados relacionados que son funcionalmente interdependientes en el ICME que se propone.

El Proyecto propone una modificación al Apartado 27 de modo que

- refleje el papel de la conciencia en la práctica médica;
- identifique conductas moralmente relevantes para la participación en procedimientos controvertidos;
- reconociendo el potencial de conflicto entre médicos y estado u otras autoridades, ponga en juego otras disposiciones del ICME;
- incluya una breve guía acerca de las obligaciones del médico de brindar información y garantizar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención.

El Proyecto recomienda que el ICME se complemente con la política de la AMM sobre la libertad de conciencia de los médicos. Insta encarecidamente a que una convención planificada de la AMM se centre en la conciencia en la práctica médica y no en la "objeción de conciencia".

UN INDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción	1
II.	Apartado 14: Práctica centrada en el paciente	
	Terminología.....	3
	"Máximo beneficio"	3
III.	Apartado 27: "Objeción de conciencia"	
	Conciencia en medicina	7
	Marco analítico inadecuado y perjudicial	8
	Distinciones fundamentales no reconocidas.....	9
	Conflicto con la política existente de la AMM sobre eutanasia / suicidio asistido	9
	Conflicto con disposiciones interdependientes del <i>ICME</i>	10
	Enmiendas recomendadas al Apartado 27	11
	Apéndice "A"Comentarios de la consulta de la AMM	
	Respuestas al proyecto en el formulario de comentarios de la consulta	13

Nota: El proyecto de consulta pública de la AMM acerca del ICME está solo en inglés y constituye el texto canónico. Los títulos y apartados modificados o comentados por el Proyecto se traducen aquí para ayudar a comprender la presentación del Proyecto. Las traducciones no han sido aprobadas por la AMM.

I. Introducción

- I.1 El Proyecto de Protección de Conciencia es una iniciativa sin fines de lucro, no confesional y de alcance internacional que ha abogado por la libertad de conciencia en la asistencia médica desde 1999. El Proyecto no toma una posición determinada en lo que atañe a la moralidad o aceptabilidad de los procedimientos o servicios controvertidos.
- I.2 Esta presentación responde a la solicitud de la Asociación Médica Mundial (AMM) de recibir opiniones de los ciudadanos acerca de un proyecto de revisión al Código Internacional de Ética Médica ("ICME", por sus siglas en inglés). Amplía las recomendaciones y comentarios del Proyecto en el formulario de opiniones de consultas públicas de la AMM (Apéndice "A").
- I.3 La presentación se basa notablemente en el impacto de la legalización en Canadá del suicidio asistido y la eutanasia ("EAS", por sus siglas en inglés) sobre aquellos profesionales que se oponen a los procedimientos, descritos en la revista *World Medical Journal (WMJ)* por médicos canadienses.^{1,2} También se basa en artículos de la WMJ (en coautoría con el administrador del Proyecto) que describen los orígenes de la *Declaración de Ginebra* y el *ICME*³ y la relación entre la revisión de la *Declaración de Ginebra* y la buena práctica médica.⁴
- I.4 Los siguientes apartados del proyecto del ICME son funcionalmente interdependientes y relevantes a la cuestión de la conciencia en la práctica médica (los títulos se agregan aquí por comodidad):
2. Deber principal de los médicos
 3. Integridad personal y profesional
 6. Primacía de los principios éticos
 9. Integridad del criterio médico
 14. Práctica centrada en el paciente*
 27. Objeción de conciencia*
 30. Colaboración ética
 39. Resistencia a la subversión legal de la ética
 40. Apoyo colegiado y resistencia a la opresión
- I.5 Las enmiendas recomendadas a los Apartados 14* y 27* son la inquietud principal de esta presentación. El debate incluye la consideración de las disposiciones funcionalmente interdependientes.
- I.6 Las enmiendas recomendadas a los Apartados 2, 5, 13, 16, 21 y 35 son colaterales al interés del Proyecto. Las razones por las que se solicitan las revisiones figuran en el formulario de opiniones de consultas públicas de la AMM y no requieren mayor elaboración.

II. Apartado 14: Práctica centrada en el paciente

- II.1 El Apartado 14 expresa el principio fundamental del ICME y subyace al deber principal de los médicos (Apartado 2). Las disposiciones funcionalmente interdependientes de relevancia, incluyendo la disposición sobre la objeción de conciencia, fomentan, habilitan y protegen la práctica centrada en el paciente mediante el apoyo a la integridad personal y profesional.
- II.2 La primera recomendación del Proyecto se refiere a la terminología: que "atención" debe reemplazarse por "recomendaciones y tratamiento".
- II.3 La segunda recomendación aborda la naturaleza de la obligación del médico de actuar en función del "máximo beneficio" del paciente.

Terminología

- II.4 Los términos "atención", "salud", "bienestar" y "máximo beneficio" utilizados en el Apartado 14 resultan útiles sólo en la medida en que haya acuerdo sobre su significado. Las controversias actuales acerca de la libertad de conciencia en lo relativo a la asistencia médica manifiestan a menudo un desacuerdo fundamental sobre el significado de estos términos que no pueden ignorarse en la formulación de políticas.
- II.5 Por ejemplo, la eutanasia por inyección letal se describe con exactitud como un servicio, procedimiento o tratamiento. Llamarla servicio de salud, procedimiento médico o atención médica da fuerza normativa a disputadas "premisas metafísicas, filosóficas y morales que pueden ser objetadas racionalmente pero que no pueden ser validadas de forma empírica", entre ellas "la afirmación dogmática de que un ser humano puede estar mejor muerto".

En una sociedad libre y democrática, debería ser inaceptable obligar a los médicos a profesar este artículo de fe, o a demostrar su adhesión práctica matando o facilitando la muerte de un paciente.⁵

- II.6 No obstante, el uso irreflexivo de términos como "atención" o "salud" puede expresar o invitar a la aceptación incondicional de tales premisas y creencias subyacentes, lo que perjudica el debate, el razonamiento legal y la política desde el principio. El uso polémico de los términos ciertamente lo hace. Es importante reconocer que esto puede provocar de manera incidental o deliberada el tipo de subversión de la ética médica a la que, según se insiste en los Apartados 39 y 40, los médicos deben oponerse y resistirse.
- II.7 Al reemplazar "atención" por "tratamiento y recomendaciones", el ICME reconocerá los elementos tradicionales y no controvertidos de la práctica médica de una manera menos abierta al polémico uso indebido en relación con servicios o procedimientos controvertidos. Asimismo, la enmienda facilitará la defensa contra el tipo de subversión y opresión ética, legal y normativa contemplada en los Apartados 39 y 40

"Máximo beneficio"

- II.8 A pesar del acuerdo acerca de que se debe dar prioridad al "máximo beneficio" del paciente, lo que se considera que constituye el "máximo beneficio" del paciente puede ser discutido por

una variedad de razones legítimas, independientemente de las dificultades interpretativas adicionales introducidas por controvertidas creencias subyacentes (II .4–6). Una afirmación cada vez más persistente consiste en que aquello que constituye el máximo beneficio del paciente debe ser determinado por el paciente y no por el médico.

Los médicos pueden razonablemente estar en desacuerdo. Si a pesar de ello, los médicos se ven obligados a avanzar en la solicitud de un paciente, los conceptos de beneficio, daño y máximo beneficio se vuelven irrelevantes. Todo lo que queda es la petición del paciente, respaldada por el poder del estado para garantizar el cumplimiento.

Esto deja a los médicos en una posición de meros técnicos o funcionarios del estado, como engranajes de una máquina del estado que brinda servicios a pedido, y no de agentes morales responsables que, al igual que sus pacientes, deben establecer criterios acerca de los beneficios y daños y actuar en función de ellos. Impone una forma de servidumbre incompatible con la igualdad humana, la dignidad y la integridad personal y profesional.⁶

- II.9 En lo que atañe a la integridad profesional, se ha expresado gran preocupación con respecto al hecho de que desplazar la responsabilidad tradicional de la profesión médica de "tomar determinaciones médicas consideradas basadas en pruebas, conocimiento único y experiencia" de forma independiente equivale a "una sorprendente revocación del papel central del concepto médico y legal del estándar de atención."⁷
- II.10 Lo que cuenta como "máximo beneficio" debe determinarse caso por caso y no puede ser definido por el ICME. No obstante, el ICME debe indicar el papel y las obligaciones de los médicos a la hora de tomar esta determinación. Aquí la ley de obligación fiduciaria es informativa. Los médicos deben evaluar de forma imparcial y de buena fe qué es lo que constituye el máximo beneficio para el paciente, utilizando su propio criterio, sin convertirse en "títeres" que aceptan indicaciones de cualquier otra persona, incluyendo al paciente y aquellos organismos del estado reguladores de la profesión médica. Si, por lo tanto, concluyen que tomar la medida X no constituye el máximo beneficio para el paciente, la ley les exige que se nieguen.⁸
- II.11 El concepto de obligación fiduciaria tal como se desarrolla en las jurisdicciones de derecho consuetudinario no es fácilmente adaptable a las jurisdicciones de derecho civil, que articulan de diversas maneras deberes de atención, lealtad, fidelidad y buena fe para lograr fines similares.⁹ No está claro en qué medida las tradiciones del derecho consuetudinario o del derecho civil informan el actual proyecto del ICME. No obstante, parece que los requisitos de independencia y buena fe descritos en II.10 son comunes a ambos. Esta conclusión se sustenta en expectativas de la *Carta Europea de Ética Médica*¹⁰ y de los *Principios de la Ética Médica Europea*.¹¹ Asimismo, los requisitos de independencia y buena fe son plenamente acordes con el énfasis que hace el ICME en la prioridad del paciente (Apartados 2, 5, 7, 14-19, 21, 28, 31) y la independencia profesional (Apartados 3, 6, 9, 25, 27, 39 y 40).
- II.12 Por tanto, en el Apartado 14, el ICME debe especificar que las recomendaciones y tratamientos deben ser solo aquellos que un médico "cree de buena fe" que constituyen el

máximo beneficio de un paciente, en donde el término "creencia" deja en claro que el criterio es el del médico, y "buena fe" indica razonabilidad, buena voluntad y ausencia de duplicidad, prejuicio o discriminación.

III. Apartado 27: "Objeción de conciencia"

III.1 El texto propuesto del Apartado 27 es anómalo en relación con la práctica médica porque ignora el papel de la conciencia en la medicina y adopta un marco analítico inadecuado y perjudicial limitado a la "objeción de conciencia". Al hacerlo, no hace distinciones que, de reconocerlas, sugerirían cómo se pueden adecuar tanto la integridad del médico como el acceso del paciente a los servicios correspondientes. Por estas razones, también resulta anómalo en relación con la política existente de la AMM y los apartados relacionados que son funcionalmente interdependientes en el *ICME* que se propone.

Conciencia en medicina

III.2 El papel fundamental de la conciencia en la práctica médica fue una destacada preocupación de los organizadores de la AMM y las asambleas que aprobaron por primera vez la Declaración de Ginebra y el *ICME*.^{12,13} Al revisar los orígenes de estos documentos, el administrador del proyecto y los coautores afirmaron y aplicaron la percepción de los fundadores de AMM::

[L]a práctica de la medicina es una iniciativa ineludiblemente moral. Los médicos primero consideran el bien de los pacientes, siempre procurando hacerles algún bien y protegerlos de los males. Por lo tanto, los puntos de vista morales o éticos son intrínsecos a la práctica de la medicina, y toda decisión relacionada con el tratamiento constituye una decisión moral, independientemente de si los médicos lo adviertan o no conscientemente. Exigir que los médicos no actúen sobre las convicciones morales es exigir lo imposible, ya que no se puede ejercer la medicina sin hacer referencia a las convicciones morales. (Referencias omitidas)¹⁴

III.3 Aquí resulta relevante una observación del Dr. Ewan Goligher, miembro asociado de la AMM y coautor de dos de los artículos de la *WMJ* citados en el presente documento. Señala que las objeciones a la objeción de conciencia en medicina afirman que

- a) impone los valores de los médicos a los pacientes,
- b) socava los estándares profesionales, y
- c) niega el acceso a la atención.

El Dr. Goligher señala que estas afirmaciones son en sí mismas "objeciones éticas basadas en la conciencia".

"Aquí la verdadera cuestión", dice, "no es si se debe ejercer la conciencia, sino más bien qué tipo de objeciones de conciencia resultan adecuadas y cuáles no."¹⁵

III.4 Por ejemplo, no surge ninguna dificultad desde la perspectiva de la libertad de conciencia cuando el único tema es la competencia clínica en relación con un servicio o procedimiento que el médico cree que constituye el máximo beneficio para el paciente. Facilitar u organizar para que el servicio sea proporcionado por un tercero es entonces una extensión natural de las

responsabilidades del médico con respecto al paciente y es acorde con la integridad moral profesional y personal del médico. La derivación efectiva en esta situación se convierte en una obligación, y negarse a ello o no hacer una derivación efectiva puede describirse como abandono. Esta es la base para el Apartado 21 del *ICME*.

- III.5 Por otro lado, aquellos médicos que se nieguen a proporcionar o hacer derivaciones efectivas para un tratamiento porque la evidencia de eficacia es insuficiente, están actuando de manera coherente con sus obligaciones éticas. Del mismo modo, aquellos médicos que concluyan que un tratamiento está médicamente contraindicado porque es perjudicial están éticamente obligados a negarse a proporcionar o facilitar ese tratamiento. Ambos tipos de negativas pueden describirse correctamente como ejemplos del ejercicio de la conciencia (u objeción de conciencia) basados en el criterio clínico. Una vez más, el Dr. Goligher:

En todos estos casos, no solo tengo una razón técnica, sino también una obligación moral, de no realizar tales intervenciones. Como tales, consituyen negativas inevitablemente basadas en la conciencia: No puedo ofrecer este tratamiento porque no sería ético de mi parte.¹⁶

Marco analítico inadecuado y perjudicial

- III.6 El Apartado 27 es irrelevante para la objeción de conciencia en las circunstancias descritas anteriormente porque ignora el papel de la conciencia en la medicina. Por la misma razón, no proporciona ni puede proporcionar orientación ética coherente sobre la objeción de conciencia por parte de los médicos. En ese sentido, es totalmente inadecuado.
- III.7 Además, el Apartado 27 asume claramente que lo que un médico en desacuerdo se niega a brindar es una “atención” o tratamiento médico moralmente o clínicamente aceptable y necesario. Acepta acríticamente como un hecho el mismo punto que suele cuestionarse en estos casos. Partiendo de la premisa de que los médicos en desacuerdo se equivocan al negarse a un procedimiento controvertido, concluye que su negativa solo puede tolerarse en circunstancias estrictamente limitadas. Esto no es simplemente inadecuado, sino un marco claramente prejuicioso que se presta al abuso moralmente partidista.
- III.8 Por último, al exigir una derivación eficaz, el Apartado 27 requiere una forma de colaboración que muchos médicos en desacuerdo razonablemente consideran inaceptable desde el punto de vista ético y que la AMM también considera inaceptable en relación con los procedimientos no éticos. De hecho, en relación con las actividades no éticas, la AMM identifica una serie de conductas moralmente relevantes que los médicos deben evitar, incluyendo la derivación,¹⁷ consentimiento, aprobación, facilitación o ayuda,^{18,19} brindar habilidades, instalaciones, suministros, sustancias o conocimientos, incluyendo información sobre la salud individual,²⁰ planificación, enseñanza o capacitación, preparación de informes,^{21,22} incitación²³ y afirmación o apoyo retrospectivo de prácticas no éticas.²⁴ Esto demuestra que el Apartado 27 es anómalo en relación con la política de la AMM, a la vez que inadecuado y perjudicial.

Distinciones fundamentales no reconocidas

- III.9 Los profesionales en desacuerdo suelen estar dispuestos a trabajar en cooperación con los pacientes y demás en relación con el acceso del paciente a los servicios siempre que la cooperación no implique colaboración: un acto que establece una conexión causal con los servicios a los que se oponen, o un apoyo de facto a ellos. Suelen estar dispuestos a proporcionar a los pacientes información que les permita tomar decisiones informadas y ponerse en contacto con otros profesionales de la salud.
- III.10 Las distinciones entre cooperación y colaboración y brindar información frente a brindar un servicio permiten un enfoque que se adapta tanto a los pacientes como a los médicos. No obstante, estas distinciones fundamentales resultan irrelevantes dentro del marco analítico adoptado en el Apartado 27, por lo que no se reconocen. Como consecuencia, el Apartado 27 no intenta ni siquiera sugiere cómo adecuar la integridad del médico y las solicitudes de los pacientes cuando estas difieren.
- III.11 Por otro lado, evitar, minimizar y manejar satisfactoriamente tales conflictos puede constituir un desafío, y el Apartado 27 identifica correctamente algunos de los temas que deben abordarse, como la salud del paciente y la continuidad del tratamiento médico. Esto no implica, sin embargo, que puedan abordarse adecuadamente en un apartado del *ICME*. Puede ser que las deficiencias del Apartado 27 reflejen un intento de lograr más de lo que realmente se puede lograr dentro de las limitaciones impuestas por la naturaleza misma del documento.

Conflicto con la política existente de la AMM sobre eutanasia / suicidio asistido

- III.12 La eutanasia y / o el suicidio asistido se consideran parte de la práctica médica en Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Suiza, Canadá, Colombia, Australia, Nueva Zelanda, partes de los Estados Unidos y (próximamente) España. Algunos miembros constituyentes anteriores y actuales de la AMM consideran que los procedimientos están de acuerdo con las buenas prácticas médicas. Parece probable que otros países y asociaciones médicas nacionales sigan su ejemplo.
- III.13 Algunos médicos de estos países, al igual que la AMM, siguen oponiéndose a la eutanasia y al suicidio asistido. Actualmente, los médicos no están obligados en ninguna parte a brindar procedimientos de eutanasia o suicidio asistido, pero dos organismos reguladores de la profesión médica en Canadá exigen que los médicos en desacuerdo colaboren con la muerte de sus pacientes mediante una derivación efectiva. A pesar de la oposición a la derivación efectiva por parte de la Asociación Médica Canadiense,²⁵ la postura de los médicos en desacuerdo en Canadá es complicada y poco convincente.^{26,27} Los médicos de otros países pueden eventualmente encontrarse en una posición similar.
- III.14 La AMM afirma claramente que esto es inaceptable: "Ningún médico debe ser obligado a participar en la eutanasia o el suicidio asistido, ni debe obligarse a ningún médico a tomar decisiones de derivación con este fin."²⁸ Por el contrario, el Apartado 27 pretende establecer una obligación ética de colaborar activa y deliberadamente en un procedimiento que un

médico considera que no es ético, sin excluir el homicidio y suicidio asistido médico planeado y deliberado.

III.15 Aquí resulta relevante recordar lo que motivó a los médicos a fundar la AMM:

Los delegados de la asociación médica nacional que regresaron [a] Londres en septiembre de 1946 se mostraron tensos y contradictorios con respecto a los planes de nacionalizar los sistemas de atención médica en Gran Bretaña y el Continente. Por un lado, acogieron con satisfacción el creciente interés en la medicina por parte de los gobiernos de todo el mundo. Por otro lado, les preocupaban las consecuencias de (como se expresó más adelante) transformar a todos los médicos en "funcionarios controlados por el estado". Concibieron una asociación médica internacional como apoyo a las asociaciones nacionales en defensa de los profesionales frente a las exigencias del gobierno.
(Referencias omitidas)²⁹

III.16 La política actual de la AMM sobre eutanasia y suicidio asistido apoya a los médicos en desacuerdo de la manera prevista por los fundadores de la Asociación. El Apartado 27 en su forma actual no sólo los abandona, sino que puede y seguramente la utilizará en su contra. Afirmar que el Apartado 27 no puede usarse de esta manera porque la AMM considera que la eutanasia / suicidio asistido no es ético sería una respuesta de miras estrechas y moralmente partidista que haría que el *ICME* resulte irrelevante en todas las jurisdicciones donde los procedimientos se consideran legales.

Conflicto con disposiciones interdependientes del *ICME*

III.17 El Apartado 27 socava todas las disposiciones funcionalmente interdependientes del *ICME* relacionadas con la práctica de la medicina con conciencia. En concreto, si los médicos se ven obligados por el Apartado 27 a colaborar en procedimientos que razonablemente consideran contrarios a las buenas prácticas médicas, perjudiciales para los pacientes o poco éticos, les resultará imposible

- "ejercer la profesión con conciencia, honestidad e integridad, ejerciendo siempre un criterio profesional independiente y manteniendo los más altos estándares de conducta profesional";(Apartado 3: Integridad personal y profesional)
- mantener su "compromiso con los principios éticos establecidos" en el *ICME*; (Apartado 6: Prioridad de los principios éticos)
- mantener incondicionalmente "sus sensatos criterios médicos profesionales" contra "instrucciones de personas que no son médicos", incluyendo pacientes, legisladores, organismos reguladores, especialistas en ética, etc. (Apartado 9: Integridad del criterio médico)
- "comprometerse con la prioridad de la salud y el bienestar del paciente y . . . ofrecer atención en función del máximo beneficio del paciente" (cuando, contrariamente a sus puntos de vista sobre la salud, el bienestar y el máximo beneficio, los médicos están obligados por el Apartado 27 a colaborar incluso con la muerte de sus pacientes);

(Apartado 14. Práctica centrada en el paciente)

- garantizar que “se respeten los principios éticos cuando se trabaja en equipo”; (Apartado 30: Colaboración ética)
- "prevenir requisitos éticos, legales o reglamentarios nacionales o internacionales que socaven" las obligaciones éticas (dado que el Apartado 27 proporciona un vehículo para que las autoridades nacionales, internacionales, éticas, legales y reglamentarias obliguen a los médicos a colaborar en procedimientos que razonablemente consideran que son contrarios a las buenas prácticas médicas, perjudiciales para los pacientes o poco éticos); (Apartado 39: Resistencia a la subversión legal de la ética)
- “apoyar a los demás miembros en el cumplimiento de” responsabilidades éticas o “tomar medidas para protegerlos de la influencia indebida, de la violencia y de la opresión”." (Apartado 40: Apoyo colegiado y resistencia a la opresión)

Enmiendas recomendadas al Apartado 27

III.18 Las enmiendas al Apartado 27 propuestas por el Proyecto establecen cuatro cambios:

- El marco analítico se amplía de modo que el Apartado 27 modificado aborda el ejercicio de la libertad de conciencia dentro de la práctica médica en relación con los procedimientos o servicios controvertidos.
- De acuerdo con los principios éticos reconocidos y otras políticas de la AMM, proporcionar, facilitar, recomendar y apoyar se consideran conductas moralmente relevantes en relación con los procedimientos o servicios controvertidos.
- La enmienda reconoce explícitamente el significativo potencial de desacuerdo ético entre los médicos y el estado u otras autoridades y da fuerza práctica a las disposiciones funcionalmente interdependientes del ICME identificadas en I.4 y III.17.
- El Apartado 27 enmendado incluye una breve guía acerca de las obligaciones del médico de proporcionar información que permita la toma de decisiones médicas informadas y garantizar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención.

III.19 Un apartado en el ICME puede establecer puntos clave, pero no puede abordar este tema de manera integral. El Proyecto recomienda que el Apartado 27 enmendado se complemente con una política independiente de la AMM sobre la libertad de conciencia de los médicos "para ayudar a los médicos a defender su integridad personal y profesional mientras brindan servicios médicos dentro del contexto de la práctica centrada en el paciente."³⁰

III.20 Será posible debatir una política de este tipo en la conferencia prevista para 2021 o 2022. No obstante, por razones que deberían ser evidentes en esta presentación, la conferencia debería estar dedicada al tema de la conciencia en la práctica médica y no a la "objeción de conciencia".

Apéndice "A"

Comentarios de la consulta de la AMM

Respuestas al proyecto en el formulario de comentarios de la consulta

Nota: El proyecto de consulta pública de la AMM acerca del *ICME* está solo en inglés y constituye el texto canónico. Los títulos y apartados modificados o comentados por el Proyecto se traducen aquí para ayudar a comprender la presentación del Proyecto. Las traducciones no han sido aprobadas por la AMM.

	Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS	Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: <u>negrita / subrayado</u> Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i>	Razones / comentarios
	<i>Internacional de Ética Médica de la AMM</i>		
	Preámbulo Preamble		
1	The World Medical Association (WMA) has developed the International Code of Medical Ethics as a canon of ethical principles for the members of the medical profession worldwide. In concordance with the Declaration of Geneva and the WMA's entire policy apparatus, it defines and elucidates the professional duties of physicians toward their patients, other physicians and healthcare professionals, themselves, and society as		

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p>a whole. The International Code of Medical Ethics should be read as a whole and each of its constituent paragraphs should be applied with consideration of all other relevant paragraphs. Consistent with the mandate of the WMA, the Code is addressed to physicians. The WMA encourages others who are involved in healthcare to adopt these principles.</p>		
	<p>Principios generales General principles</p>		
<p>2</p>	<p>The primary duty of the physician is to promote the health and well-being of individual patients by providing competent, compassionate care in accordance with good medical practice. The physician also has a responsibility to contribute to the health of the populations they serve and society as a whole. In providing medical care, the physician must respect the dignity and rights of the patient.</p>	<p>El deber principal del médico es promover la salud y el bienestar de cada paciente brindándoles tratamiento médico y atención de manera competente y compasiva de acuerdo con las buenas prácticas médicas. Asimismo, el médico tiene la responsabilidad de contribuir a la salud de las poblaciones a las que atiende y a la sociedad en su conjunto. Al brindar atención médica, el médico debe respetar la dignidad y los derechos del paciente.</p>	<p>El deber principal de un médico como tal es proporcionar tratamiento médico y atención complementaria, no simplemente atención. La revisión esclarece este punto y también resulta conveniente por las razones dadas en relación con las revisiones recomendadas a los Apartados 14 y 21.</p> <p>Los Apartados 13 and 15 establecen la obligación de respetar la dignidad y los derechos del paciente, por lo que no es necesario referirse a la obligación en el</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
		<p><i>[El Apartado 2 refleja el principio ético unificador del Código expresado en el Apartado 14].</i></p>	<p>Apartado 2. La eliminación de la oración final mantiene el énfasis del Apartado 2 en el deber principal de los médicos, que parece ser su eje central.</p>
<p>3</p>	<p>The physician must practise with conscience, honesty, and integrity, while always exercising independent professional judgment and maintaining the highest standards of professional conduct. /</p>	<p><i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i></p>	<p>[Traducción] El médico debe ejercer su profesión con conciencia, honestidad e integridad, ejerciendo siempre un criterio profesional independiente y manteniendo los más altos estándares de conducta profesional.</p>
<p>4</p>	<p>Physicians must not allow their professional judgment to be influenced by the possibility of benefit to themselves or their institution. They must recognise and avoid, whenever possible, or otherwise declare and manage real or potential conflicts of interest.</p>		
<p>5</p>	<p>The physician must practise medicine fairly and justly and provide care without engaging in discriminatory conduct or bias on the basis of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race,</p>	<p>El médico debe ejercer la medicina de manera justa y equitativa y brindar atención sin incurrir en conductas discriminatorias o prejuicios por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, género,</p>	<p>La revisión pretende ser coherente con las revisiones recomendadas a los Apartados 2, 14 and 21.</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p>sexual orientation, social standing or any other factor. Care should be provided based on the patient's medical needs.</p>	<p>nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, condición social o cualquier otro factor. Deberá brindarse atención tratamiento y recomendaciones en función de las necesidades médicas del paciente.</p>	
<p>6</p>	<p>The physician is obliged to be aware of applicable national ethical, legal, and regulatory norms and standards, as well as relevant international norms and standards. Such norms and standards must not reduce or eliminate the physician's commitment to the ethical principles set forth in this document.</p>	<p><i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i></p>	<p>[Traducción] El médico está obligado a conocer las normas y estándares éticos, legales y reglamentarios nacionales aplicables, así como las normas y estándares internacionales pertinentes. Tales normas y estándares no deben reducir ni eliminar el compromiso del médico con los principios éticos establecidos en este documento.</p>
<p>7</p>	<p>The physician must strive to use health care resources in a way that optimally benefits the patient, in keeping with fair, just, and prudent stewardship of the shared resources with which the physician is entrusted.</p>		
<p>8</p>	<p>When providing professional certification, physicians must only certify</p>		

	Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS	Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i>	Razones / comentarios
	what they have personally verified.		
9	Physicians must take responsibility for their medical decisions and must not alter their sound professional medical judgments on the basis of instructions from non-physicians. However, physicians should consult with other health care professionals when appropriate.	<i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i>	[Traducción] Los médicos deben asumir la responsabilidad de sus decisiones médicas y no deben cambiar sus sensatos criterios médicos profesionales según instrucciones de personas que no son médicos. No obstante, los médicos deberán consultar con otros profesionales de la salud cuando resulte pertinente.
10	Physicians should offer help in medical emergencies, while considering their own safety and competence, and the availability of other options for care.	<i>[“Atención” (en lugar de “tratamiento”) resulta adecuado en este contexto porque la ayuda para la que un médico es competente y puede brindar puede no ser un tratamiento o intervención médica. Cfr. Apartados 2, 5, 14, 21]</i>	[Traducción] Los médicos deben ofrecer ayuda ante emergencias médicas, contemplando su propia seguridad y aptitud, y la disponibilidad de otras opciones de atención.
11	Physicians must engage in continuous learning throughout their professional lives in order to maintain and develop their professional knowledge and skills.		
12	Physicians should strive always to practise medicine in ways that are environmentally sustainable with a view		

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p>to minimising environmental health risks to current and future generations.</p>		
	<p>Deberes para con el paciente Duties to the patient</p>		
<p>13</p>	<p>A physician must always provide medical treatment with the utmost respect for human dignity and life.</p>	<p>Un médico siempre debe brindar tratamiento médico con demostrar el máximo respeto por la dignidad y la vida humana en el ejercicio de la medicina.</p>	<p>La práctica de la medicina conlleva interacciones con personas que implican más que proporcionar tratamiento médico. La revisión sugerida se opone a un énfasis reduccionista en la técnica o la función. Dirige la atención hacia la necesidad de respetar a todas las personas como tales, distintas pero sin menoscabar su autonomía y sus derechos (Apartado 15).</p>
<p>14</p>	<p>The physician must commit to the primacy of patient health and well-being and must offer care in the patient's best interest.</p>	<p>El médico debe comprometerse con la prioridad de la salud y el bienestar del paciente y debe ofrecer atención sólo las recomendaciones y el tratamiento que el médico crea de buena fe que consitituyen el máximo beneficio del paciente.</p> <p><i>[Obsérvese que los términos "salud",</i></p>	<p>"Atención" es un término demasiado amplio y cargado. En Canadá y en otros lugares incluye la eutanasia; los médicos que se niegan a colaborar son acusados de no brindar "atención". La revisión sugerida es más precisa y menos abierta a un polémico uso indebido.</p> <p>Las obligaciones fiduciarias de los</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
		<p><i>“bienestar” y “máximo beneficio” no resultan de utilidad cuando los significados de los términos resultan controvertidos. Véanse II.4 a II.7 en esta presentación.]</i></p> <p><i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i></p>	<p>médicos les exigen determinar de forma independiente y de buena fe qué es lo que constituye el máximo beneficio del paciente, incluso si el paciente u otras personas no están de acuerdo. La revisión sugerida incorpora estos elementos clave y garantiza que no se pueda imponer a un médico en desacuerdo una evaluación del “máximo beneficio”. Véanse II.8 a II.12 en la presentación adjunta.</p>
<p>15</p>	<p>The physician must respect the autonomy and rights of the patient, including the right to accept or refuse treatment in keeping with the patient’s values and preferences.</p>		
<p>16</p>	<p>Physicians must obtain patients’ voluntary informed consent prior to treatment, ensuring that patients receive and understand the information they need to make independent, well-informed decisions about their care.</p>	<p>Los médicos deben obtener el consentimiento informado voluntario de los pacientes antes del tratamiento, garantizando que los pacientes reciban y comprendan la información que necesitan para tomar decisiones independientes y bien informadas sobre su atención.</p> <p><u>Cuando presenten una opinión</u></p>	<p>Los pacientes suelen asumir que las recomendaciones de un médico se corresponden con la visión general de la profesión. Rara vez saben si no lo son. La divulgación garantiza que la toma de decisiones del paciente esté debidamente informada. La misma recomendación se hace en relación con el Apartado 35, que</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
		<p><u>contraria a la opinión generalizada de la profesión, deberán indicarlo.</u></p>	<p>aborda las declaraciones públicas de los médicos en lugar de las consultas entre el médico y el paciente. La incorporación recomendada corresponde a la versión 2004 del <i>Código de Ética</i> de la Asociación Médica Canadiense.</p>
<p>17</p>	<p>In emergencies, where the patient is not able to participate in decision making, physicians may initiate treatment in the best interests of the patient without prior informed consent.</p>		
<p>18</p>	<p>When a patient has substantially limited, undeveloped, impaired or fluctuating decision-making capacity, the physician must work with the patient’s trusted surrogate, if available, to make decisions in keeping with the patient’s preferences, when those are known or can reasonably be inferred, or in the patient’s best interests, when the individual’s preferences cannot be determined, always in keeping with the principles set forth in this Code.</p>		

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
<p>19</p>	<p>Physicians should be considerate of and collaborate with others, where available, who are central to the patient’s care, including family members, significant others, or other health care professionals in keeping with the patient’s preferences and best interest.</p>	<p><i>[“Atención” (en lugar de “tratamiento”) es apropiado en este contexto. Cfr. Apartados 2, 5, 14, 21]</i></p>	<p>[Traducción] Los médicos deben ser considerados y colaborar con otras personas, cuando estén disponibles, que resulten fundamentales para la atención del paciente, incluyendo a los miembros de la familia, otras personas importantes u otros profesionales de la salud de acuerdo con las preferencias y el máximo beneficio del paciente</p>
<p>20</p>	<p>When medically necessary, the physician must communicate with other physicians and health professionals who are involved in the care of the patient or who are qualified to assess or recommend treatment options. This communication must respect patient confidentiality and be confined to necessary information.</p>		
<p>21</p>	<p>If any aspect of caring for the patient is beyond the capacity of a physician, the physician must consult with or refer the patient to another physician or health professional who has the necessary ability.</p>	<p>Si cualquier aspecto de la atención tratamiento médico que necesita el paciente está más allá del capacidad apitud de un médico, el médico debe consultar o derivar al paciente a otro médico o profesional de la salud que cuente con la aptitud necesaria.</p>	<p>"Atención" es un término demasiado amplio. En Canadá y en otros lugares, "atención" incluye dar muerte de forma legal a pacientes por inyección letal.</p> <p>“Capacidad” también es un término demasiado amplio. Este apartado parece</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
			<p>referirse a los conocimientos específicos o a la experiencia o capacidad técnica en relación con el tratamiento médico que el médico considera necesario para la salud del paciente. Las revisiones sugeridas logran el propósito del apartado con mayor precisión y menor probabilidad de malentendidos o interpretaciones erróneas.</p>
<p>22</p>	<p>The physician must respect a patient’s right to confidentiality, even after a patient has died. It may be ethical to disclose confidential information when the patient consents to it or, in exceptional cases, when disclosure is necessary to safeguard a significant and overriding ethical obligation and the patient does not or cannot consent to that disclosure. This disclosure must be limited to the minimal necessary information.</p>		
<p>23</p>	<p>If a physician is acting on behalf of or reporting to any third parties with respect to the care of a patient, the physician</p>	<p><i>[“Atención” (en lugar de “tratamiento”) es apropiado en este contexto. Cfr. Apartados 2, 5, 14, 21]</i></p>	<p>[Traducción] Si un médico actúa en nombre de terceros o se reporta a ellos en lo que atañe a la atención de un paciente,</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p>must inform the patient accordingly. At the outset of an interaction, the physician must disclose to the patient the nature and extent of those commitments and must obtain prior consent for the interaction with the patient to continue.</p>		<p>el médico debe informar al paciente al respecto. Al comienzo de una interacción, el médico debe revelar al paciente la naturaleza y el alcance de esos compromisos y debe obtener previo consentimiento para que continúe la interacción con el paciente.</p>
<p>24</p>	<p>Physicians must refrain from intrusive advertising and marketing and ensure that all information used by them in advertising and marketing is correct and not misleading. Physicians may not participate in advertising or marketing of products related to their professional activity.</p>		
<p>25</p>	<p>The physician should not allow commercial, financial, or other conflicting interests to take precedence over the physician’s professional judgment.</p>		
<p>26</p>	<p>When providing medical consultation or</p>		

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p>treatment in the form of telemedicine, the physician must ensure that this form of communication is medically justifiable and that the necessary medical care is guaranteed, particularly through the manner in which diagnostic assessment, medical consultation, treatment and documentation are carried out. The physician is also obligated to inform the patient about the particularities of receiving medical consultation and treatment via communications media. Wherever helpful, physicians must aim to provide medical consultation and treatment to patients through direct, personal contact.</p>		
<p>27</p>	<p>Physicians have an ethical obligation to minimise disruption to patient care. Conscientious objection must only be considered if the individual patient is not discriminated against or disadvantaged, the patient’s health is not endangered, and undelayed continuity of care is ensured through effective and timely referral to another qualified physician.*</p>	<p>Los médicos Cada médico en particular tiene la obligación ética de minimizar la interrupción de la atención al paciente. La objeción de conciencia solo debe considerarse si ese paciente en particular no es discriminado o desfavorecido, si la salud del paciente no está en peligro y si la continuidad sin demoras de la atención está garantizada mediante la derivación</p>	<p>Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes. Véase la Parte III de esta presentación para un análisis detallado del Apartado 27.</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: <u>negrita / subrayado</u> Eliminaciones: <u>alineado</u> Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p><i>* This paragraph will be debated in greater detail at the WMA’s dedicated conference on the subject of conscientious objection in 2021 or 2022. However, comments on this paragraph are also welcome at this time.</i></p> <p><i>* Este apartado se debatirá con mayor detalle en la conferencia exclusiva de la AMM sobre el tema de la objeción de conciencia en 2021 o 2022. No obstante, los comentarios sobre este apartado también son bienvenidos en este momento.</i></p>	<p>efectiva y oportuna a otro médico calificado. — <u>negarse a proporcionar, facilitar, recomendar o apoyar intervenciones que razonablemente consideren ineficaces, perjudiciales, discriminatorias o poco éticas, a pesar de los requisitos, normas o estándares éticos, legales o reglamentarios contrarios. Deben proporcionar la información necesaria para permitir una informada toma de decisiones y seguir brindando el tratamiento y la atención necesarios no relacionados con una intervención controvertida para garantizar que la salud del paciente no esté en peligro.</u></p>	
<p>28</p>	<p>Appropriate professional boundaries must be maintained. Physicians must not engage in a sexual relationship with a current patient and must never engage in abusive or exploitative relationships with a patient.</p>		
<p>29</p>	<p>In order to provide care of the highest standard, physicians must attend to their</p>	<p><i>[“Atención” (en lugar de “tratamiento”) es apropiado en este contexto. Cfr.</i></p>	<p>[Traducción] Para poder brindar una atención del más alto nivel, los médicos</p>

	Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS	Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i>	Razones / comentarios
	own health, well-being and abilities. This includes seeking appropriate care to ensure that they are able to practise safely.	<i>Apartados 2, 5, 14, 21]</i>	deben ocuparse de su propia salud, bienestar y habilidades. Esto incluye buscar la atención adecuada para garantizar que puedan ejercer la profesión de forma segura.
	Deberes para con otros médicos y profesionales de la salud Duties to other physicians and health professionals		
30	The physician must engage with other physicians and health professionals in a respectful and collaborative manner. Physicians must also ensure that ethical principles are upheld when working in teams.	<i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i>	[Traducción] El médico debe relacionarse con otros médicos y profesionales de la salud de manera respetuosa y colaborativa. Los médicos también deben asegurarse de que se respeten los principios éticos cuando trabajan en equipo.
31	The physician should respect colleagues' patient-physician relationships and not intervene unless needed to protect the patient from harm. This should not prevent the physician from recommending alternative courses of action considered to be in patients' best		

	Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS	Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i>	Razones / comentarios
	interests.		
32	Physicians should report conditions or circumstances which impede them from providing care of the highest standards, including violence against physicians and other health personnel, inappropriate working conditions, and any other unsustainable stress factors.	<i>["Atención" (en lugar de "tratamiento") es apropiado en este contexto. Cfr. Apartados 2, 5, 14, 21]</i>	[Traducción] Los médicos deben informar las condiciones o circunstancias que les impiden brindar una atención del más alto nivel, incluyendo la violencia contra los médicos y demás personal de salud, condiciones de trabajo inadecuadas y cualquier otro factor de estrés insostenible.
33	Due respect should be granted to teachers and students of medicine and other health professionals.		
	Deberes para con la sociedad Duties to society		
34	Physicians must support fair and equitable provision of health care. This includes addressing inequities in health and care, the determinants of those inequities, as well as violations of the rights of patients and health care professionals.	<i>["Atención" (en lugar de "tratamiento") es apropiado en este contexto. Cfr. Apartados 2, 5, 14, 21]</i>	[Traducción] Los médicos deben apoyar la prestación justa y equitativa de la asistencia sanitaria. Esto incluye abordar las inequidades en la salud y la atención, los determinantes de tales inequidades, así como las violaciones a los derechos de los pacientes y los profesionales de la salud.

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
<p>35</p>	<p>Physicians play an important role in matters relating to the health and safety of the public, health education and health literacy. In fulfilling this responsibility, physicians should be prudent in discussing new discoveries, technologies, or treatments in non-professional, public venues and should ensure that their statements are scientifically accurate. Physicians should be especially careful to distinguish in their public comments between evidence-based scientific information and their own personal opinions.</p>	<p>Los médicos desempeñan un papel importante en cuestiones relacionadas con la salud y la seguridad del público, la educación sanitaria y la alfabetización sanitaria. En el cumplimiento de esta responsabilidad, los médicos deben ser prudentes al debatir nuevos descubrimientos, tecnologías o tratamientos en lugares públicos no profesionales y deben garantizar que sus declaraciones sean científicamente precisas.</p> <p>Los médicos deben tener especial cuidado en distinguir en sus comentarios públicos entre información científica basada en pruebas y sus propias opiniones personales. <u>Cuando presenten una opinión contraria a la opinión generalizada de la profesión, deberán indicarlo.</u></p>	<p>Se hace la misma recomendación en relación con el Apartado 16, que aborda las consultas entre el médico y el paciente en lugar de las declaraciones públicas de los médicos. La incorporación recomendada corresponde a la versión 2004 del <i>Código de Ética</i> de la Asociación Médica Canadiense.</p>
<p>36</p>	<p>Physicians should avoid acting in such a way as to weaken public trust in the medical profession. To maintain that trust, physicians must hold themselves and fellow physicians to the highest</p>		

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
	<p>standards of professional conduct and be prepared to report unethical or incompetent behaviour.</p>		
<p>37</p>	<p>Physicians should share their medical knowledge and expertise for the benefit of patients and the advancement of healthcare.</p>		
<p>38</p>	<p>Physicians have a duty to support the conduct of scientifically sound medical research in keeping with the ethical principles of the Declaration of Helsinki.</p>		
	<p>Deberes de los médicos como miembros de organizaciones médicas profesionales Duties of the physician as members of professional medical organisations</p>		
<p>39</p>	<p>As members of professional medical organisations, physicians shall follow, protect, and promote the ethical principles of this code. They shall help prevent national or international ethical, legal, or regulatory requirements that undermine any of the duties set forth in this document.</p>	<p><i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i></p>	<p>[Traducción] Como miembros de organizaciones médicas profesionales, los médicos deben seguir, proteger y promover los principios éticos de este código. Ayudarán a prevenir requisitos éticos, legales o reglamentarios nacionales o internacionales que socaven cualquiera de los deberes establecidos en</p>

	<p>Texto revisado actual (a abril de 2021) SUJETO A CAMBIOS</p>	<p>Enmiendas propuestas Comentarios específicos Incorporaciones: negrita / subrayado Eliminaciones: alineado Solo comentarios: <i>[cursiva]</i></p>	<p>Razones / comentarios</p>
			<p>este documento.</p>
<p>40</p>	<p>As members of professional medical organisations, it is the task of physicians to support fellow members in upholding the responsibilities set out in this code and to take measures to protect them from undue influence, from violence and from oppression.</p>	<p><i>[Los Apartados 3, 6, 9, 14, 27, 30, 39 y 40 son funcionalmente interdependientes.]</i></p>	<p>[Traducción] Como miembros de organizaciones médicas profesionales, es tarea de los médicos apoyar a sus compañeros en el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en este código y tomar medidas para protegerlos de influencias indebidas, violencia y opresión.</p>

Notes

1. Rene Leiva et al, “Euthanasia in Canada: A Cautionary Tale” (2018 Sep) 64:3 World Med J 17, online: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/10/WMJ_3_2018-1.pdf#page=19> [Leiva et al].
2. Leonie Herx, Margaret Cottle & John Scott, “The Normalization of Euthanasia in Canada: the Cautionary Tale Continues” (2020 Apr) 66:2 World Med J 28, online:<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/04/wmj_2_2020_WEB.pdf#page=30> [Herx et al].
3. Sean Murphy et al, “The WMA and the Foundations of Medical Practice: Declaration of Geneva (1948), International Code of Medical Ethics (1949)” (August, 2020) 66:3 World Med J 2 [WMJ Foundations], online: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/08/wmj_3_2020_WEB.pdf#page=4>.
4. Sean Murphy et al, “The Declaration of Geneva: Conscience, Dignity and Good Medical Practice” (December, 2020) 66:4 World Med J 43, [WMJ Conscience] online: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/12/wmj_4_2020_WEB.pdf#page=43>.
5. WMJ Foundations, supra note 3 at p 5–6.
6. Ibid.
7. Trudo Lemmens, Mary Shariff, & Leonie Herx, “How Bill C-7 will sacrifice the medical profession’s Standard of Care” (11 February, 2021) Policy Options, online: <<https://policyoptions.irpp.org/magazines/february-2021/how-bill-c7-will-sacrifice-the-medical-professions-standard-of-care/>>.
8. *Canadian Aero Service Ltd. v. O'Malley*, [1974] SCR 592, 1973 CanLII 23 (SCC) at 606; *McInerney v MacDonald*, [1992] 2 SCR 138, 1992 CanLII 57 (SCC) at 139, 149, 152; United Kingdom, Law Commission, Report No. 350 Fiduciary Duties of Investment Intermediaries (Williams Lea Group for HM Stationery Office, 2014), Law Commission [UKLCR350] at para 3.53, note 107, citing *Selby v Bowie* (1863) 8 LT 372, *Re Brockbank* [1948] Ch 206.
9. Martin Gelter & Geneviève Helleringer, “Fiduciary Principles in European Civil Law Systems”(2018 March) European Corporate Governance Institute Law Working Paper No. 392/2018, online: <https://ecgi.global/sites/default/files/working_papers/documents/finalgelterhelleringer_0.pdf>.
10. Conseil Européen Ordres Médecins, “European Charter of Medical Ethics” (10 June, 2011) *Conseil Européen Ordres Médecins* (website), at Principles 6, 8, 11, 15, online: <http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/en-european_medical_ethics_charter-adopted_in_kos.pdf>.

11. International Conference of Medical Professional Associations and Bodies with Similar Remits, "Principles of European Medical Ethics" (6 January 1987) *Conseil Européen Ordres Médecins* (website), at Articles 2, 5, 24, online:
<http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/european_medical_ethics_principles-1987-1995_ceom_cio_0.pdf>.
12. *WMJ Conscience*, *supra* note 4 at 41.
13. *WMJ Foundations*, *supra* note 3 at 3.
14. *WMJ Conscience*, *supra* note 4 at 42.
15. CMDA Canada, "Understanding Conscience in Health Care" (21 April, 2021), online: YouTube <<https://www.youtube.com/watch?v=KyakqSesnGA>> at 00h:04m:01s to 00h:04m:48s [*Goligher*].
16. *Ibid* at 00h:05m:54s to 00h:07m:16s
17. La Asociación Médica Mundial, "Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica" (21 noviembre, 2019), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>> [*AMM Eutanasia*].
18. La Asociación Médica Mundial, "Declaración de Hamburgo de la AMM sobre el Apoyo a los Médicos que se Niegan a Participar o a Tolerar la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes" (10 noviembre 2017), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-hamburgo-de-la-amm-sobre-el-apoyo-a-los-medicos-que-se-niegan-a-participar-o-a-tolerar-la-tortura-u-otras-formas-de-trato-cruel-inhumano-o-degradante/>> en apartado 1.
19. La Asociación Médica Mundial, "Declaración de Tokio de la AMM Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas" (22 marzo, 2017), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-tokio-de-la-amm-normas-directivas-para-medicos-con-respecto-a-la-tortura-y-otros-tratos-o-castigos-cruelles-inhumanos-o-degradantes-impuestos-sobre-personas-detenidoas-o-encarceladas/>> en apartado 1, 5, 9.
20. *Ibid* en apartado 2, 5
21. La Asociación Médica Mundial, "Resolución sobre la prohibición de la participación de médicos en la pena de muerte" (19 noviembre, 2018), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/es/policias-post/propuesta-de-la-resolucion-sobre-la-prohibicion-del-medico-a-participar-en-la-pena-de-muerte/>>.

22. La Asociación Médica Mundial, “Resolución sobre la Prohibición de los exámenes anales Forzados para probar las relaciones sexuales con personas del mismo sexo ” (17 octubre, 2017), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-sobre-la-prohibicion-de-los-examenes-anales-forzados-para-probar-las-relaciones-sexuales-con-personas-del-mismo-sexo/>> en apartado 6.
23. *Ibid* en apartado 2.
24. La Asociación Médica Mundial, “Declaración de la AMM sobre la Donación de órganos y tejidos ” (2 julio, 2020), *AMM* (website), online:
<<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-donacion-de-organos-y-tejidos/>> en apartado 34–36.
25. Canadian Medical Association, “Submission to the College of Physicians and Surgeons of Ontario Consultation on CPSO Interim Guidance on Physician-Assisted Death” (13 January, 2016), *Protection of Conscience Project* (website), online:
<<https://www.consciencelaws.org/background/policy/associations-013.aspx>>.
26. *Leiva et al, supra* note 1.
27. *Herx et al, supra* note 2.
28. *AMM Eutanasia, supra* note 17.
29. *WMJ Foundations, supra* note 3 at 2.
30. *WMJ Conscience, supra* note 4 at 44.