

**VI CONVENCION MEDICA
NACIONAL • REGLAMENTACION
SINDICAL • VIATICO
noticias PRACTICAN-
TES • OBJETIVOS
DE ORGANIZACION**

noticias

"LA CUESTION ES SOLO ENTRE LA LIBERTAD Y EL DESPOTISMO"

JOSE ARTIGAS



- ¿POR QUE LOS MEDICOS Y PRACTICANTES DEBEN REAFILIARSE A SU SINDICATO?
- ¿COMO SE OBTUVIERON LAS CONQUISTAS GENERALES DEL GREMIO LUEGO DE MEMCRABLES JORNADAS: Laudo de 1953; Convenio Colectivo y Laudo de 1960; Laudo del Grupo 50 en 1965; Ajuste del laudo por costo de vida en 1966, 67 y 68; Ajuste del viático por locomoción en 1972; Reducción de la vigencia de órdenes a consultorio (20 días) y domicilio (10 días) en 1973, etc.?
- ¿POR QUE A PESAR DE TODO LOS SALARIOS MEDICOS Y SUS CONDICIONES DE TRABAJO NO SON DECOROSAS, EXISTIENDO IMPORTANTES REIVINDICACIONES PLANTEADAS Y NO SATISFECHAS?
- ¿QUE ELABORARON LOS MEDICOS EN SEIS CONVENCIONES MEDICAS NACIONALES, luego de 50 AÑOS DE TRABAJO ORGANIZADO. CUALES SON SUS CONCLUSIONES PARA UNA ASISTENCIA CORRECTA; UN TRABAJO DIGNO, REALIZADO EN CONDICIONES HIGIENICAS Y REMUNERACIONES ADECUADAS; CUALES SON LAS NORMAS QUE DEBEN GARANTIZAR AL MEDICO Y A LA SOCIEDAD EN CUANTO AL DESEMPEÑO PROFESIONAL; CUALES AQUELLAS QUE POSIBILITEN UN RETIRO MEDICO ADECUADO?
- ¿CUAL SERA EL DESTINO PROFESIONAL EN EL "SISTEMA EFECTOR DE SALUD" que se proyecta?
- ¿COMO SERA EL SISTEMA DE TRABAJO, DE QUE ORDEN SERAN LAS REMUNERACIONES, CUAL SERA LA CALIDAD DE ASISTENCIA A PRESTAR?

...LLAMADO
SINDICATO
MEDICO DEL URUGUAY

MEDICOS Y PRACTICANTES
REAFILIESE
RETIRO Y RECEPCION
DE FORMULARIOS:
OFICINA DEL SINDICATO MEDICO
DEL URUGUAY
COLONIA 1938 Piso 2°
HORARIO: de 8 a 20.00 Hrs.

**LA
HORA
EXIGE**

**Unidad del Gremio
Participación Activa**

REG. AMIENTACION SINDICAL.

El Gobierno ha establecido una reglamentación de funcionamiento de los Sindicatos de la cual surge:

1o) La obligatoriedad de su inscripción como tal ante el Ministerio de Trabajo.

2o) La prohibición de toda otra actividad que no sea la defensa de la condición laboral y salarial de los afiliados.

Nosotros entendemos que los sindicatos deben participar en la discusión y toma de posiciones sobre los grandes problemas nacionales.

Es obvio que interesa considerar a un obrero de la lana, por ejemplo, la política de comercio exterior del país, por cuanto ella determina directamente el mantenimiento o no del nivel de desarrollo de la industria que lo ocupa. En el caso de los médicos, no sólo son los factores traumáticos y microbianos los comprometidos en la alteración de la salud, sino también los factores ecológicos que son físicos, químicos, socio-económicos y políticos. Y no solamente desde el punto de vista somático sino siquiátrico. Además, en el mundo entero está reconocida la responsabilidad social del médico por la asistencia que se presta, y ella sólo podrá ser cabalmente asumida considerando los factores antedichos.

Por eso los trabajadores han dado una respuesta clara: la enorme mayoría de los obreros se han reafiliado a sus viejos sindicatos, dando muestras de una clara conciencia gremial, en una demostración de que la fuerza de sus organizaciones son el fruto de la lucha conjunta de todos los trabajadores y no la imposición de "dirigentes políticos".

Fue liberado, luego de intensas gestiones y permanente acción del gremio, nuestro Tesorero, Dr. MANUEL LIBEROFF. El S.M.U. se congratula de la inmediata y espontánea solidaridad internacional recibida, encabezada por la brindada por la Asoc. Médica Mundial y todas sus filiales en los cinco continentes. También por los pronunciamientos de Amnesty Internacional y cientos de médicos individualmente en todo el mundo.

Luego de cuatro meses de reclusión no se en-



contraron razones para invocar proceso. Ello reafirma nuestro concepto sobre la intachable conducta moral, gremial y profesional de nuestro socio, a quien el gremio acompañará en su destino.

"NOSOTROS POR EL SINDICATO, EL SINDICATO POR TODOS", rezaba un mural. Y los hechos están mostrando que esto es una realidad indiscutida.

Los médicos nos encontramos ante una clara alternativa. Durante 50 años hemos forjado, levantado con nuestro esfuerzo un poderoso S.M.U.

Es sin duda hoy la organización profesional más poderosa del país, la que ha marcado rumbos durante su constante lucha.

Atento siempre ante todos y cada uno de los problemas del país, ha sido defensor constante de libertades públicas. Inserto en la problemática Universitaria ha sido paladín en la lucha por la Autonomía o la vez que ha aportado en esfuerzo en la construcción de una Universidad al servicio del pueblo. Parte integrante de la dirección de la Facultad de Medicina, ha colaborado en la estructuración de sus planes de estudio, investigación y docencia.

Por último, como gremio, su acción y su pujanza han estado puestas al servicio del Sindicato, cada uno de sus integrantes defendiendo sus derechos, rechazando las injusticias, solucionando uno y mil conflictos.

Todos los médicos saben por experiencia, que el S.M.U. ha estado siempre presente allí donde surge un problema haciendo valer su fuerza moral en defensa de los intereses justos de sus afiliados.

Pero eso, en estos 50 años de vida, agrupa la enorme mayoría de los profesionales de Montevideo y gran parte del Interior y está firmemente hermanado con la Federación Médica del Interior. Todo intento de división del gremio ha fracasado por eso.

Por otra parte, el S.M.U. está metido en el corazón de nuestro pueblo. Preocupado permanentemente en la defensa de su salud ha contribuido con su esfuerzo a impulsar soluciones sobre la realidad sanitaria nacional. Las resoluciones de la Vto. Convención Médica Nacional, son el fruto del esfuerzo constante de todo el gremio, Capital e Interior.

Por todo esto, ante la nueva realidad impuesta, el gremio debe dar una vez más una clara respuesta. Reafiliarse es reafirmar la trayectoria seguida por varias generaciones médicas; es romper todo intento de división. Es continuar una línea principista. Es mantener no sólo la unidad del gremio, sino también la vinculación con nuestro pueblo, junto al cual debemos forjar un futuro de felicidad para nuestro querido Uruguay.

En momentos en que muchos abandonan el camino, buscando en otros lares, horizontes más propicios para su acción, nosotros decimos: en el Uruguay, junto a todo nuestro pueblo, volcando todo el peso de un gremio consciente de su responsabilidad.

Por eso, hoy más que nunca la tarea de reafiliación de todos los profesionales médicos más que un acto de fe; es una reafirmación de la disposición a luchar y defender principios fundamentales que inspiraron toda la trayectoria del gremio médico.

SECTOR SALUD

Generalmente hemos encarado la consideración de los problemas estructurales de la salud ya sea con una actitud de denuncia o con la manifestación de los principios generales de doctrina que deben satisfacer las reformas estructurales que se decidan.

No hemos precisado, sin embargo, el o los modelos estructurales que consideremos pertinentes, ni en consecuencia hemos dado los pasos que la táctica recomiende, para lograr, aunque sea en forma parcial, los objetivos que nos proponemos.

Este problema nos parece de la mayor importancia y le adjudicamos prioridad dentro de los problemas de la salud.

Sabemos perfectamente las limitaciones de orden general que existen para lograr modificaciones estructurales en la salud, que sean realmente adecuadas y luego dotar los organismos de acuerdo a las exigencias actuales de la medicina. Pero es tarea específica de los médicos, aunque no exclusiva, precisar sus aspiraciones en estos temas. Por lo menos para saber lo que queremos, concretar nuestros objetivos, tratar de poner a prueba como hipótesis de trabajo, el modelo estructural por que optemos.

La estructura sanitaria tiene íntima relación con la educación médica y con las condiciones laborales del médico.

La estructura sanitaria condiciona, determina, como factor principalísimo el tipo de médico que se forma.

No es nuestra voluntad, por mejor intencionada y orientada que esté la determinante del médico que formamos; sino que es la estructura sanitaria la que mediante el mercado de trabajo, mediante las condiciones laborales que ofrece, quien determina orientaciones, líneas de actividad. Es la estructura sanitaria al imponer aberrantes condiciones laborales quien dificulta el permanente aprendizaje del médico.

Si estamos de acuerdo en esta interrelación causal entre estructura sanitaria y educación médica no necesitamos agregar nada más respecto de que estos problemas son de índole específicamente universitaria.

Desde el punto de vista gremial concretar la opinión sobre modelos estructurales hipotéticos, es fundamental en las gestiones que se realicen con otros sectores de la salud en cuanto que objetiven nuestros aspiraciones, y sean prueba fehaciente de nuestro interés y capacidad.

noticias

"LA CUESTION ES SOLO ENTRE LA LIBERTAD Y EL DESPOTISMO"

JOSE ARTIGAS



AÑO XVI

NOVIEMBRE 1973 - No. 106

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

Colonia 1938, Teléfono 40 11 89

Filial de la Confederación Médica

Panamericana y Miembro de la

Asociación Médica Mundial

REDACTOR RESPONSABLE: Dr. Horacio Mirabal

Secretaría de Redacción: Dra. Marta Pietra

Diagramación y Presentación gráfica:

Milton N. Franano

Tiraje: 5.000 ejemplares.

Periódico de distribución gratuita entre los médicos y practicantes uruguayos.

VI^a CONVENCION MEDICA NACIONAL

DICIEMBRE 73
2o. PERIODO SESIONES

El Comité permanente de la VI Convención Médica Nacional, cumpliendo el mandato que la máxima reunión del Cuerpo Médico Nacional le confirió en diciembre de 1972, realiza la presente convocatoria a todos los miembros de la VI Convención para el segundo período de sesiones que tendrá lugar en la semana del 17 al 22 de diciembre de 1973 y que habrá de considerar el siguiente orden del día: 1) Cuenta de las gestiones cumpli-

das desde que la VI Convención entró en cuarto intermedio el día 17/11/73; 2) consideración, discusión y aprobación del código de ética y deontología médica; a) proyecto elaborado por el comité permanente; b) otros proyectos; 3) Consideración, discusión y toma de posición sobre etapas de transición inmediatas y mediatas, desde la situación actual hasta alcanzar el sistema efector coordinado de salud planteado a nivel del gobierno nacio-

nal; 4) consideración, discusión y aprobación de las etapas de transición del código de trabajo médico.

Los señores convencionales deberán permanecer atentos a las nuevas comunicaciones que expedirá el comité permanente, a efectos de hacer llegar nuevos detalles de la organización, fecha y lugar precisos de reunión, así como la documentación previa sobre los puntos de la agenda que se harán circular.

**SUPLEMENTO
ESPECIAL
noticias**

**VI Convención
Médica Nacional**

CODIGO DE ETICA Y DEONTOLOGIA MEDICA

**Proyecto elaborado por el Comité de la
VI Convención Médica Nacional**

Artículo 1º — Las disposiciones de este Código son obligatorias para todos los médicos matriculados en el Registro de la Orden.

Las infracciones a estas disposiciones se elevarán a la jurisdicción disciplinaria de la Orden.

CAPITULO PRIMERO

DEBERES GENERALES DE LOS MEDICOS

Art. 2º — El respeto de la vida y la persona humana constituye en toda la circunstancia el deber primordial del médico.

Art. 3º — El médico debe cuidar con el mismo esmero a todos sus pacientes, sin consideración de nacionalidad, religión, reputación o sentimientos que puedan éstos inspirarle.

Art. 4º — En ningún caso deberá el médico ejercer su profesión bajo condiciones que puedan comprometer la calidad de los cuidados y actos médicos.

Art. 5º — Sea cual fuere su función o

su especialidad, y con la sola excepción de los casos de fuerza mayor, todo médico deberá socorrer de extrema urgencia a un enfermo en peligro inmediato, si no se le pueden asegurar a éste otros cuidados médicos.

Art. 6º — Es deber del médico, teniendo debida cuenta de su edad, de su estado de salud y de su eventual especialización, el prestar su concurso para la acción llevada a cabo por las autoridades competentes en pro de la protección de la salud y de la organización de cuidados permanentes donde ello sea necesario y posible.

Art. 7º — El médico no puede abandonar a sus pacientes en caso de peligro público, salvo bajo orden formal, notificada por escrito, de las autoridades competentes.

Art. 8º — Se impone a todo médico el secreto profesional, salvo derogaciones establecidas por la Ley.

Art. 9º — Los principios aquí enunciados, que son por tradición los de la medicina, son obligatorios para todos los médicos, salvo en aquellos casos en los cuales su observancia resulte incompatible con una prescripción legislativa o reglamentaria, o de índole tal que comprometa el funcionamiento racional y el desarrollo normal de los servi-

cios o instituciones de medicina social.

Estos principios son:

— la libre elección del médico por el paciente;

— libertad de prescripción del médico.

Art. 10º — El médico no puede comprometer su independencia profesional bajo ninguna forma.

Art. 11º — Todo médico deberá abstenerse, aún fuera del ejercicio de su profesión, de todo acto que pueda desacreditar a la misma.

Está prohibido que un médico ejerza, al mismo tiempo que la medicina, cualquier otra actividad incompatible con la dignidad profesional.

Art. 12º — La medicina no deberá practicarse como un comercio. Están especialmente prohibidos:

1) Todos los procedimientos, directos o indirectos, de publicidad;

2) Las manifestaciones espectaculares referentes a la medicina que no tengan exclusivamente un objetivo científico o educativo.

Art. 13º — Las únicas indicaciones que están autorizadas a efectuar los médicos sobre sus recetas o en un anuario son:

- 1) Aquellos que faciliten sus relaciones con sus pacientes;
- 2) Títulos y diplomas expedidos por la Universidad de la República;
- 3) La calificación que se le haya reconocido en las condiciones determinadas por la Orden Nacional de Médicos con la aprobación del Ministro de Salud Pública;
- 4) Las funciones reconocidas como válidas por el Consejo Nacional de la Orden.

Las decisiones tomadas en relación con la aplicación del apartado 4) pueden ser elevadas al Ministro de Salud Pública.

Art. 14º — Las únicas indicaciones que un médico está autorizado a colocar en la puerta de su consultorio son: nombre, apellido, título, calificación, días y horarios de consulta.

Estas indicaciones deberán presentarse con mesura, según los usos de las profesiones liberales.

Art. 15º — Todo médico que se sirva de un seudónimo para actividades relacionadas con su profesión, deberá realizar la correspondiente declaración ante el Consejo Departamental de la Orden.

Art. 16º — El médico deberá ejercer su profesión en condiciones tales que le permitan la utilización de las instalaciones y medios técnicos necesarios a su arte de manera regular.

Art. 17º — Un médico no puede tener, en principio, diversos consultorios particulares. La creación o el mantenimiento de un consultorio secundario, puede serle autorizada por el Consejo Departamental cuando el interés de los pacientes así lo exija.

Esta autorización no le puede ser negada por el Consejo Departamental o por los Consejos Departamentales interesados, si la distancia con otro médico de la misma disciplina es tal, que el interés de los pacientes puede verse afectado como consecuencia de ello.

Art. 18º — Está prohibido:

- 1) Todo acto de índole tal que brinde a un paciente una ventaja material injustificada o ilícita;
- 2) toda bonificación en dinero o en especie hecha a un paciente con fines que beneficien en forma directa o secundaria al médico actuante;
- 3) todo pago, aceptación o reparto de dinero entre facultativos;
- 4) la aceptación de una comisión por un acto médico de cualquier índole y sobre todo por concepto de exámenes, prescripción de medicamentos, aparatos, envío a una estación de cura o de salud.

Art. 19º — Está prohibida toda facilidad acordada a cualquiera que se dedique al ejercicio ilegal de la medicina.

Art. 20º — Toda connivencia entre médicos y farmacéuticos, auxiliares médicos o cualquier otra persona, está prohibida.

Los médicos tienen prohibido dar consultas en locales comerciales en los cuales

estén a la venta medicamentos o aparatos, así como en las dependencias de dichos locales.

Art. 21º — Esta prohibido a un médico que cumple funciones asistenciales ejercer un cargo, oficio o profesión susceptible de permitirle acrecentar sus beneficios por medio de recetas, consejos o propaganda de índole comercial.

Art. 22º — Está prohibido a todo médico que tenga un mandato electivo o función administrativa, utilizarlo a fines profesionales para aumentar su clientela.

Art. 23º — A los médicos les están prohibidas todas las supercherías y, sobre todo, les están prohibidas todas las prácticas del charlatanismo.

Art. 24º — La divulgación prematura entre el público médico, con miras a una aplicación inmediata, de un procedimiento de diagnóstico o tratamiento nuevo e insuficientemente probado, constituye, por parte de un médico, una imprudencia reprobable si no ha tenido el cuidado de advertir a sus colegas contra los peligros eventuales de tal procedimiento.

La divulgación de este mismo procedimiento entre el público en general cuando su valor médico no ha sido demostrado, constituye una falta.

Engañar la buena fe de los facultativos o de la clientela presentándoles como saludable o sin peligro un procedimiento que no ha sido suficientemente probado, constituye una falta grave.

Art. 25º — El ejercicio de la medicina comporta normalmente el otorgamiento por parte del médico, conforme a las constataciones médicas que estén en posición de efectuar, de aquellos certificados, testimonios o documentos cuya producción esté contemplada por las leyes, decretos o resoluciones.

Todo certificado, testimonio o documento emitido por un médico, deberá cumplir en cuanto a su forma, lo establecido por la Ley.

Art. 26º — La emisión de un informe tendencioso o de un certificado por complacencia constituye una falta grave.

CAPITULO SEGUNDO

DEBERES DE LOS MEDICOS HACIA SUS PACIENTES

Artículo 27º — El médico, desde el mismo momento en que es llamado para atender a un paciente y que acepta cumplir con dicha misión, se obliga a:

- 1) Asegurarle a éste todos los cuidados médicos dentro de su capacidad y que sean aconsejables en las circunstancias, ya sea personalmente o mediante la colaboración de terceros calificados;
- 2) comportarse siempre con corrección y consideración hacia el paciente.

Art. 28º — El médico deberá tomar todas las providencias que le sean posibles para tratar de alcanzar un diagnóstico preciso

y en caso de que hubiera lugar ayudándose o haciéndose ayudar por las opiniones más esclarecidas y por los métodos científicos más adecuados.

Luego de haber formulado un diagnóstico y establecido una indicación terapéutica, el médico deberá esforzarse por obtener que se siga el tratamiento indicado.

En caso de negativa, podrá cesar en sus cuidados bajo las condiciones establecidas en el artículo 35.

Art. 29º — Dentro de lo que sea compatible con la calidad y la eficacia de sus cuidados y sin descuidar sus deberes de asistencia moral hacia el enfermo, el médico deberá limitar sus prescripciones y actos a lo necesario.

Art. 30º — El médico llamado a brindar sus cuidados en una casa de familia o en un medio cualquiera, deberá asegurar la profilaxis.

Deberá enfrentar a los enfermos y sus allegados con sus responsabilidades hacia sí mismos y hacia los que los rodean. Deberá esforzarse en imponer el respeto de las reglas de higiene y profilaxis, si fuera necesario rehusándose a continuar con sus cuidados y denunciando el hecho de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

Art. 31º — Cuando es llamado de urgencia para atender a un menor o a otro incapaz, y cuando resulte imposible obtener a tiempo el consentimiento del representante legal, el médico deberá brindar los cuidados que se impongan.

Art. 32º — Fuera del caso previsto en el artículo precedente, el médico que forma parte de un establecimiento que funciona en régimen de internado, deberá en presencia de una grave afección, hacer advertir a los padres o representante legal.

Art. 33º — Un pronóstico grave puede legítimamente serle disimulado a un paciente. Un pronóstico fatal sólo podrá serle revelado a un enfermo utilizando la mayor circunspección, pero sí deberá informársele a su familia o a las terceras personas que designe. Si el enfermo prohíbe dicha revelación deberá firmar un documento legal.

Art. 34º — Fuera de los casos de urgencia y de aquellos en los cuales faltaría a sus deberes de humanidad, un médico siempre tiene el derecho de rehusarse a brindar sus cuidados por razones profesionales o personales.

Art. 35º — El médico puede apartarse de su misión a condición de que:

- 1) En modo alguno perjudique a su paciente por dicha causa;
- 2) asegure la continuidad de sus cuidados y suministre para dicho fin toda información útil.

Art. 36º — El médico no debe inmiscuirse en los asuntos de familia.

Art. 37º — Sólo podrá realizar un aborto terapéutico cuando dicha intervención constituye el único medio susceptible de salvaguardar la vida de la madre, cumpliendo las disposiciones legales pertinentes.

Cuando la salvaguardia de la vida de la

madre gravemente amenazada exija una intervención quirúrgica o el empleo de una terapéutica susceptible de llevar a la interrupción del embarazo, el médico tratante y/o cirujano deberá obligatoriamente efectuar consulta de médicos, uno de ellos designado por el Juez de Instrucción, los cuales, luego de examinar a la paciente y discutir el caso, atestiguarán por escrito que la vida de la madre sólo podrá salvaguardarse por medio de una intervención terapéutica. Uno de los ejemplares del protocolo de la consulta será entregado a la paciente, otro quedará en manos de los médicos consultantes, y un tercero será entregado a Juez de Instrucción actuante.

Además, un protocolo de la decisión tomada, que no deberá indicar el nombre de la paciente, deberá dirigirse bajo pliego recomendado al Presidente del Consejo Departamental en cuyo Registro figuren dichos médicos.

En caso de indicación de aborto terapéutico, el médico deberá aceptar la negativa eventual de la paciente, debidamente informada. Esta regla sólo podrá exceptuarse en casos de extrema urgencia y cuando la paciente no se encuentre en condición de dar su consentimiento.

Si el médico, por razón de sus convicciones, considera que le está prohibido aconsejar que se practique un aborto, podrá retirarse asegurando la continuidad de los cuidados por parte de un colega calificado.

Art. 38º — Durante el curso de un parto distócico o prolongado, el médico deberá considerarse el único juez de los respectivos intereses de la madre y del niño, sin dejarse influenciar por consideraciones de orden familiar.

Art. 39º — Bajo reserva de aplicación de las leyes, les está prohibido a todos los médicos reducir sus honorarios, a los fines de competencia, por debajo de las tarifas publicadas por los organismos profesionales calificados.

Queda libre de brindar sus servicios gratuitamente cuando su conciencia así se lo indique.

Art. 40º — El médico siempre deberá establecer por sí mismo sus honorarios; deberá hacerlo con tacto y mesura. Los elementos de apreciación serán la posición financiera del paciente, el prestigio del médico y las circunstancias particulares.

Un médico jamás tiene el derecho de negar a su cliente explicaciones sobre su factura de honorarios.

Art. 41º — El ajuste a tanto alzado por la duración de un tratamiento está prohibido salvo en casos de parto, tratamientos fisioterápicos, tratamientos en estaciones de cura o establecimientos de cuidados médicos, o en algunos casos excepcionales, por una serie de actos médicos o quirúrgicos de alto costo.

El ajuste a tanto alzado sujeto a la eficacia de un tratamiento queda prohibido en todas las circunstancias.

Art. 42º — Dado que está formalmente

prohibido que se repartan los honorarios entre el médico tratante por una parte, y el consultante, cirujano o especialista por otra, luego de una consulta o un acto quirúrgico, cada médico deberá presentar su factura individualmente.

En ningún caso podrán aceptar los cirujanos, especialistas o consultantes, enviar al médico tratante sus honorarios, pero deberán precisar que estos no están comprendidos en su factura.

La aceptación, pedido u oferta de compartir honorarios, aún cuando no se concrete, constituye una grave falta profesional.

Art. 43º — El cirujano tiene el derecho de elegir a su asistente o asistentes en la operación, así como al anestesista. Estos últimos podrán presentar sus honorarios directamente al operado o figurar en la factura que el cirujano le envía. Sin embargo, si el cirujano cree que sea su deber confiar estas funciones de asistente operatorio o de anestesista al médico tratante, éste deberá solicitar sus honorarios directamente al paciente operado.

Art. 44º — La presencia del médico tratante en una operación quirúrgica le da derecho a honorarios especiales, si éste es solicitada por el paciente, su familia o el cirujano actuante.

CAPÍTULO TERCERO

DEBERES DE LOS MEDICOS EN MATERIA DE MEDICINA SOCIAL

Art. 45º — La existencia de terceros como garantía (seguros públicos o privados, asistencia, etc.) no deberán llevar al médico a derogar las prescripciones del artículo 29.

Art. 46º — El ejercicio habitual de la medicina bajo cualquier forma que sea, al servicio de una empresa, de una colectividad, o de una institución de derecho privado, deberá en todo los casos, ser objeto de un contrato escrito.

Todo proyecto de convenio o renovación de convenio con uno de los organismos contemplados en el párrafo precedente a los fines del ejercicio de la medicina deberá comunicarse previamente al Consejo Departamental interesado, el cual deberá verificar que esté de acuerdo con lo que establece el presente Código, así como con las cláusulas de los contratos-tipo, si los hubiere, establecidos mediante acuerdo con las gremiales médicas y las colectividades o instituciones interesadas, o conforme a las disposiciones legislativas o reglamentarias.

El médico deberá enviar al Consejo Departamental una declaración firmada en la cual afirmará por su honor que no ha suscrito ningún instrumento que modifique el contrato presentado para examen por parte del Consejo. Las disposiciones del presente artículo no se aplican a los médicos que se encuentren bajo el régimen de un estatuto decretado por las autoridades públicas.

Art. 47º — Los médicos deberán comunicar a las gremiales médicas respectivas y al Consejo Nacional de la Orden, por intermedio del Consejo Departamental, los contratos celebrados entre ellos y una administración pública o una colectividad administrativa. Las observaciones que el Consejo Nacional pueda formular serán dirigidas por éste al Ministro del cual depende la administración interesada, y a las gremiales involucradas.

Art. 48º — Nadie podrá ser, salvo en casos de urgencia, médico certificador y médico tratante de un mismo enfermo, ni convertirse ulteriormente en su médico durante un período de un año a partir del último acto de control realizado a dicho paciente. Esta prohibición se extiende a los miembros de la familia del paciente que vivan con él, y si el médico estuviere acreditado ante una colectividad, a los miembros de dicha colectividad.

Art. 49º — El médico certificador deberá informar al paciente sometido a su control que lo está examinando en calidad de tal. Deberá ser sumamente circunspecto en dicho propósito y abstenerse de toda revelación o de toda interpretación.

Art. 50º — El médico certificador no deberá inmiscuirse en el tratamiento. Sin embargo, si durante el transcurso de un examen es encontrada en desacuerdo con su colega sobre el diagnóstico o el pronóstico, y si le parece que un elemento importante y útil para la conducción del tratamiento aparentemente hubiera escapado a su colega, deberá llamar la atención de éste personalmente.

Art. 51º — El médico certificador está sujeto al secreto ante su administración, a la cual sólo deberá suministrar sus conclusiones en el plano administrativo sin indicar las razones de orden médico que las motivan.

Las informaciones de orden médico contenidas en las fichas preparadas por éste no podrán comunicarse a personas extrañas al servicio médico ni a otra administración.

Art. 52º — Salvo acuerdo entre las partes, un médico no deberá aceptar una misión como perito en la cual estén en juego los intereses de uno de sus clientes, uno de sus amigos, uno de sus allegados, o un grupo que utilice sus servicios. Lo mismo sucede cuando sus propios intereses están en juego.

Art. 53º — El perito médico deberá, antes de llevar a cabo todo acto como tal, informar de su misión a la persona a la cual deberá examinar.

Art. 54º — Cuando esté investido de su misión, el perito médico o el médico certificador, deberá retirarse si considera que las cuestiones que le son sometidas son extrañas a la técnica médica propiamente dicha.

En la redacción de su informe, el perito médico sólo deberá revelar los elementos que suministran las respuestas a las preguntas contenidas en la decisión por la cual se le nombró.

Fuera de dichos límites, el perito médico deberá callar lo que haya podido averiguar en el transcurso de su misión.

CAPITULO CUARTO

DEBERES DE LOS MEDICOS EN SUS RELACIONES CON SUS COLEGAS

Art. 55º — Los médicos deberán mantener entre ellos relaciones de buena confraternidad. Se deben asistencia moral.

Aquel que tenga un conflicto con un colega deberá, en primer lugar, tratar de reconciliarse con él; si no tuviera éxito, podrá notificar al Presidente del Consejo Departamental de la Orden.

Está prohibido calumniar a un colega, hablar mal de él o hacerse eco de propósitos capaces de perjudicarlo en el ejercicio de su profesión.

Es de buenos colegas el defender a un colega atacado injustamente.

Art. 56º — Está prohibido quitar, o tratar de quitar a otro su clientela mediante procedimientos reñidos con la ética.

Art. 57º — El médico llamado a la cabecera de un enfermo que está bajo el cuidado de uno de sus colegas, deberá respetar las siguientes reglas:

— Si el paciente tiene la decisión de renunciar a los cuidados del primer médico, deben él y el paciente prevenir al colega.

— Si el enfermo simplemente tuvo intención de solicitar una opinión sin cambiar de médico de cabecera, proponer una consulta en común y retirarse luego de haber prestado solamente los cuidados de urgencia. En aquellos casos en los cuales, por una razón valedera, la consulta pareciera imposible o inoportuna (el médico podrá examinar al enfermo, pero reservará a su colega su opinión sobre el diagnóstico y tratamiento, salvo el cuidado de urgencia).

— Si el enfermo ha llamado a un médico de urgencia, éste sólo deberá solucionar el problema de urgencia para el cual fue llamado, absteniéndose de todo comentario sobre la actuación de su colega, así como de sugerir cambios en la terapéutica definitiva o solicitar elementos auxiliares que no estén en relación con la urgencia.

— Si el enfermo ha llamado a otro médico por encontrarse ausente su médico habitual, el primero deberá asegurarle el cuidado durante dicha ausencia, y retirarse cuando vuelva su colega, brindándole a éste toda información útil.

Art. 58º — El médico podrá, en su consultorio, recibir a todos los enfermos, sin importar quien sea el médico tratante, con las reservas que se indican en el próximo artículo.

Art. 59º — El médico consultado en su consultorio por un enfermo que se dirige a él sin que lo sepa el médico tratante, debe-

rá esforzarse por entrar en contacto con este último a fin de comunicarle sus conclusiones, salvo que el paciente se oponga.

Art. 60º — El médico que trata a un enfermo deberá proponer una consulta cuando las circunstancias lo exijan.

Deberá aceptar una consulta cuando ésta le sea solicitado por un enfermo o sus allegados.

En ambos casos el médico tratante pondrá al consultante que juzgue mejor calificado, pero deberá tomar en cuenta los deseos del enfermo y aceptar, en principio, salvo que medien serias razones, encontrarse en consulta con cualquier médico inscrito en el Registro de la Orden. El médico tratante será el encargado de organizar las modalidades de la consulta. Si el médico tratante cree que no debería otorgar su visto bueno a la elección formulada, tiene la posibilidad de retirarse sin dar a nadie explicación alguna por su negativa.

Art. 61º — Al finalizar una consulta entre dos o más médicos las conclusiones, emitidas conjuntamente, pueden formularse por escrito llevando la firma del médico tratante, refrendada por la firma o firmas del médico o médicos consultantes. En caso de existir divergencias será obligatorio hacerlas por escrito.

Art. 62º — Cuando, durante el transcurso de una consulta entre médicos, la opinión del consultante y la del médico tratante difieren básicamente, el médico tratante está en libertad de cesar en sus cuidados si predominara la opinión del consultante.

Art. 63º — Un médico que haya sido llamado en consulta no deberá volver al lado del enfermo examinado en común en ausencia del médico tratante o sin la aprobación de éste durante el curso de la enfermedad que motivara la consulta.

Art. 64º — Un médico sólo podrá hacerse reemplazar temporariamente por un colega que esté inscrito en el Registro de la Orden.

Durante el período de reemplazo, el médico dependerá de la jurisdicción disciplinaria de la Orden.

Art. 65º — Un médico que durante o luego de sus estudios, reemplace a uno de sus colegas, no deberá instalarse, por un término de dos años, en un lugar donde pueda entrar en competencia directa con el médico al cual ha reemplazado, salvo que entre los interesados medie un acuerdo que deberá notificarse al Consejo Departamental.

Cuando no pueda lograrse dicho acuerdo, el caso puede someterse al Consejo Departamental de la Orden.

Art. 66º — Toda asociación o sociedad entre médicos será objeto de un contrato escrito que respetará la independencia profesional de cada uno de ellos.

Los proyectos de contrato deberán comunicarse al Consejo Departamental de la Orden que verificará que estén de acuerdo con los principios del presente Código, así como con las cláusulas esenciales de los contra-

tos tipo establecidos por el Consejo Nacional si los hubiere.

Art. 67º — Fuera de los servicios hospitalarios, le está prohibido a todos los médicos hacerse asistir en ejercicio normal, habitual u organizado de su profesión por otro médico.

Art. 68º — En todos aquellos casos en los que se les interrogue en asuntos disciplinarios, los médicos, en la medida compatible con el respeto del secreto profesional, están obligados a revelar todos los hechos que resulten útiles en la instrucción y que hayan llegado a su conocimiento.

CAPITULO QUINTO

DEBERES DE LOS MEDICOS HACIA LOS MIEMBROS DE OTRAS PROFESIONES Y HACIA SUS AUXILIARES

Art. 69º — En sus relaciones profesionales con los miembros de otras profesiones, sobre todo con los farmacéuticos, los odontólogos y las parteras, los médicos deberán respetar la independencia de éstos.

Deberán evitar toda actuación injustificada tendiente a perjudicarlos ante su clientela, y mostrarse corteses con ellos.

Art. 70º — El médico tiene el deber de observar en sus relaciones con los auxiliares no profesionales las normas generales de ética establecidas en este Código.

Art. 71º — Todo proyecto de contrato de asociación o de sociedad que tenga un objetivo profesional, entre uno o varios médicos y uno o varios miembros de una de las profesiones mencionadas en los artículos que anteceden deberá ser sometido, con la opinión del Consejo Departamental de la Orden de Médicos, al Consejo Nacional de la Orden de los Médicos, el cual verificará sobre todo si dicho proyecto está de acuerdo con las leyes en vigencia, así como con el Código de Ética y Deontología Médica, y si respeta la dignidad profesional del médico.

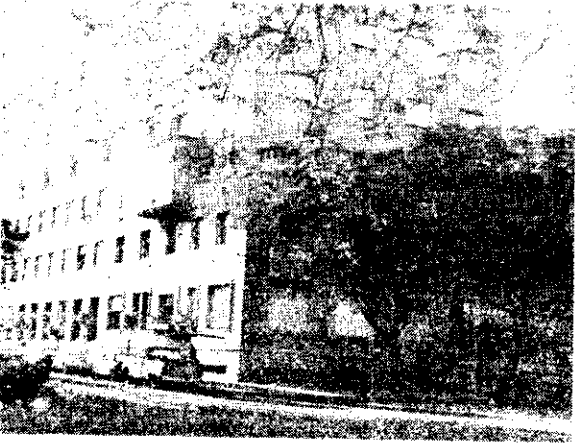
CAPITULO SEXTO

DISPOSICIONES VARIAS

Art. 72º — Todas las decisiones tomadas por los Consejos Departamentales en virtud de las disposiciones de este Código podrán ser objeto de reforma o anulamiento por parte del Consejo Nacional, sea de oficio, o a solicitud de los interesados; dicha demanda deberá presentarse dentro de los dos meses a partir de la notificación de la decisión.

Art. 73º — Todo médico, luego de matricularse en el Registro, deberá afirmar ante el Consejo Departamental de la Orden que conoce este Código y comprometerse bajo juramento y por escrito a respetarlo y hacerlo respetar.

Art. 74º — Todo médico que cese en el ejercicio de su profesión deberá informar al Consejo Departamental. Este registra su decisión e informa al Consejo Nacional. Si el interesado lo solicitase expresamente, se elimina su nombre del Registro.



Satisfiamos además una enorme expectativa de médicos que desean acceder al mercado de trabajo no lo logran con esta estructura sanitaria o lo hacen de forma parcial y zafra.

No es una casualidad ni producto de desidia el hecho de que a la fecha y a pesar de conversar todos los días de estas cosas desde hace mucho tiempo, no podamos concretar opinión sobre el modelo estructural que necesitamos para la salud.

Partimos de una realidad como la nuestra, en la que los servicios destinados a mejorar el nivel de salud se han desarrollado al azar; con las consecuentes ineficacia y dificultad para comenzar de un caos de instituciones y servicios.

Pero fundamentalmente debemos partir de una realidad que desconocemos en detalles básicos que condicionan la estructura que el mismo impide ese conocimiento.

Aunque a veces lo podemos encontrar diversamente formulado en textos especializados, es producto del mismo sentido común preguntarnos ¿cuál es la función o servicio de salud?

La respuesta parece obvia: satisfacer las necesidades de la población a la que atiende. En seguida surgen casi solas las preguntas: ¿qué población? ¿cuáles necesidades?

Debemos confesar entonces nuestra ignorancia. Podemos enhebrar una larga lista de citas autorizadas que lo certifican.

"No se han hecho estudios sanitarios y sociológicos sobre necesidades en salud de nuestra población."

No se pueden cuantificar y caracterizar por lo tanto las necesidades sentidas que puedan motivar demandas de servicios. (1)

"El médico de zona, el pediatra y en general en consulta externa no se deja constancia documental alguna de carácter oficial del diagnóstico ni del tratamiento". (2)

La carencia de fichas clínicas imposibilita la obtención de información bioestadística a múltiples efectos con repercusiones ciertas sobre la economía de la institución, la evaluación científica de las enfermedades, etc. (2)

Nada sabemos sobre la población a que da cobertura cada institución u organismo que presta atención médica.

Enunciar estos hechos, significa enunciar los primeros pasos a dar si queremos evadirnos de los discursos para referirnos a realidades concretas posibles de ser estudiadas científicamente.

Esto será indispensable si queremos ser metodológicamente correctos. "Ninguno de los problemas que se plantean a un administrador sanitario es más importante que la medición del nivel de salud de la colectividad en cuyo seno trabaja". (3)

De ese nivel dependen en definitiva las necesidades de asistencia médica de la comunidad y la naturaleza y extensión de los servicios sanitarios que se han de proporcionar. Por ello la determinación del

nivel de salud es requisito previo y esencial en toda la planificación sanitaria". (4)

Está claro además que la noción de salud se mide en realidad mediante la enfermedad. "Por tal motivo los datos sobre la naturaleza y la extensión de las enfermedades son de importancia fundamental en la planificación sanitaria" (4). Y también es obvio que "para emprender cualquier estudio de la morbilidad de una colectividad se requieren datos sobre la población que la integra" (4).

He aquí pues los primeros pasos a dar, como generalmente ocurre llenos de dificultades.

Son indispensables en este punto algunas precisiones.

Está fuera de nuestras posibilidades actuales ejecutar proyectos globales para la salud, aunque contáramos con los proyectos.

Se trata entonces de hacer ahora lo que se pueda de tal forma que sea útil para después. Lograr información indispensable representativa en lo posible del universo nacional, podrá tener opinión fundada sobre características elementales del servicio a ofrecer. Lograr que esa información sea permanente y que se obtenga en plazos breves luego del acopio de los datos pertinentes.

Información demográfica, porque las cifras del Censo de 1963 deben corregirse y porque hay más de una estructura de población a definir en el país.

Información nosográfica, para realizar estudios de morbilidad, demanda de atención médica, índices de hospitalización, reducción de la capacidad laboral de la población, que permitan estimar el nivel de salud.

No se trata de preciosismos sino de datos indispensables.

No proponemos, en aras de un perfeccionismo esterilizado postergar intentos de reestructura sanitaria, todo lo contrario.

Estamos en un círculo vicioso que tarde o temprano deberemos romper.

La información requerida para intentar cambios estructurales no se obtiene, porque la actual estructura lo impide.

Pongámonos de acuerdo entonces, en un modelo estructural hipotético que será precisamente el objeto de experiencia y echémoslo a andar, exigiéndole que se actualice con la información que genere de forma tal que la estructura pueda adaptarse a las necesidades de la población.

Escapa a nuestras posibilidades exclusivas poner en marcha un trabajo tan ambicioso, pero estamos firmemente dispuestos a prestarle nuestra mayor colaboración. Consideramos que debe ser la Facultad de Medicina mediante el trabajo del personal que estime pertinente, quien debe llevar adelante esta tarea.

Reafirmamos nuevamente aquí la interrelación íntima de estructura sanitaria y educación médica. Desde hace tiempo acuñamos una frase, que aunque verdad parcial, expresa esa interrelación: la mejor docencia es una correcta asistencia.

Se trata entonces de opinar fundamentadamente sobre la estructura más adecuada para la correcta atención médica, condición básica de una buena docencia.

El fundamento de esa opinión, podrá surgir de la consideración científica del problema, de su investigación.



En acuerdo con esta línea de pensamiento obtuvimos en nuestro grupo del taller sobre CICLO PATOLÓGICO organizado por la Facultad de Medicina en abril pasado, la siguiente ponencia que en cierta forma resume lo antedicho:

1. La situación caótica de la estructura sanitaria nacional, que en este momento no constituye siquiera un sistema de atención médica.
2. La indispensable modificación de esa estructura y el establecimiento de nuevos moldes estructurales de los servicios de atención médica.
3. La necesidad de prever la mutua adaptación de la educación médica con un nuevo modelo estructural de la salud.
4. Que escapa al poder decisorio de la Facultad de Medicina la posibilidad de determinar esos cambios de la estructura sanitaria.
5. Que en buena medida las posibilidades de actividades extramurales que redunden en beneficio del estudiante, del docente y de la comunidad, está condicionada por cambios estructurales en el sector salud.
6. Que estos temas de la atención médica y la educación médica son posibles de ser investigados científicamente.
7. La gran importancia nacional, social y sanitaria, de estos problemas que le conceder un carácter de gran prioridad.

EL GRUPO N° 1 PROPONE:

que la Facultad de Medicina encare prioritariamente un programa de investigación en base a un modelo de estructura sanitaria tomando como hipótesis de trabajo que contemple:

— los principios de regionalización: servicios de atención médica en nivel local, nivel intermedio y nivel central (Nacional), en los que se brinde atención médica permanente y continua a una población limitada y conocida con características demográficas y asentada en una zona que sean representativas del universo nacional.

— que tenga como objetivos fundamentales:
— realizar estudios bioestadísticos en la población, de tal forma que rápidamente se pueda contar con la información recogida.

— establecer criterios sobre:
— la estructura de cada nivel de atención médica.

— sus funciones.

— su interrelación con los otros niveles.

— establecer criterios de atención médica brindable en relación con los niveles.

— ofrecer la posibilidad de estudios longitudinales prospectivos de la atención médica.

— tener opinión fundada sobre aspectos sustanciales de la atención médica y de la educación médica.

— elaborar un modelo estructural de atención médica posible de ser aplicado en todo el país.



... LLAMADO SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY REAFILIESE

El SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY organización de carácter gremial de los médicos y practicantes, fue fundado en 1920, y sus actividades han apuntado a los objetivos enunciados en su Estatuto: la defensa de los intereses económicos, profesionales, legales, culturales y morales del médico, el practicante y sus familiares; la organización racional de la Mutualidad; el mejoramiento de las leyes y disposiciones referidas a la asistencia e **higiene pública y la medicina social**, etc.

El Decreto de Reglamentación Sindical aprobado por el Poder Ejecutivo como Medida Pronta de Seguridad establece las normas por las que deben regirse las organizaciones gremiales para poder actuar en todo lo referente a las relaciones laborales y remunerativas con los empleadores, y excluye de la potestad sindical toda otra acción diferente a la mencionada. Además delimita quiénes están en condiciones de afiliarse a un gremio.

El SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY para poder ejercer la defensa del médico en el plano laboral, con todas las implicancias legales derivadas, debe ajustarse al Decreto referido. En consecuencia los otros objetivos de su acción establecidos en el Estatuto, ya no han de competirle; y un número importante de afiliados (estudiantes sin relación laboral, "full-time" de la Universidad) no podrán integrarse a él.

Ante esta situación, la Asamblea General del Sindicato Médico, realizada el 26

de octubre pasado, dada la necesidad de proseguir bregando por los otros objetivos, y la importancia de mantener organizados a todos los médicos y estudiantes que tradicionalmente se han agrupado en el **SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY** resolvió una serie de modificaciones del Estatuto.

De acuerdo con ellas, se estructura una Asociación de Profesionales Universitarios que se propone denominar "**ASOCIACION MEDICA DEL URUGUAY**", compuesta por todos los actuales socios del S.M.U., y que tendrá los objetivos establecidos en el Estatuto actual, excepto todo aquello que por referirse a la relación laboral, quede comprendido en el Decreto de Reglamentación Sindical.

A la vez, para actuar en la relación laboral, es preciso estructurar una organización sindical acorde con las disposiciones oficiales cuyos Estatutos serán inscriptos en el Ministerio de Trabajo y que se denominará "**SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY**". Para ello es preciso que todos los médicos y practicantes llenen el formulario de afiliación que les será alcanzado, o que lo soliciten en el lugar de trabajo, estando los empleadores obligados a proporcionarlo.

Cabe destacar que, de acuerdo a las normas del Decreto, es posible afiliarse, por un lado, a la organización que agrupa a los técnicos de una Mutualista determinada, y a la vez, a la organización que agrupará a todos los técnicos: el **SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY**.

Resulta innecesario subrayar la importancia que adquiere la actividad del **SIN-**

DICATO MEDICO DEL URUGUAY cuando se anuncian oficialmente reestructuras de los servicios de atención médica. El Cuerpo Médico Nacional fijó disposiciones en la VI Convención Médica Nacional, como fruto de muchas décadas de experiencia y estudió el problema.

Para estar presentes en defensa de la profesión, es un imperativo el llenar el formulario de afiliación al **SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY**.

Hasta aquí, lo estrictamente explicativo que resulta sin duda poco aclaratorio de esta dicotomía propuesta.

Entenderlo cabalmente, implica ubicar el sentido de respuesta positiva que el acto de la reafiliación significa para el gremio.

Ante la modificación impuesta en la vida sindical, y en la necesidad de mantener los vínculos con el ámbito social en el que se gesta el proceso histórico del país, nuestro **S.M.U.**, presente de modo permanente en las soluciones para el sector salud a lo largo de toda su existencia —y por lo tanto comprometido con sus afiliados y con los mejores destinos de nuestro Uruguay— debe responder erguido, con honor y dignidad colectiva, única forma del honor históricamente válido, junto a todas las otras organizaciones sindicales del país.

Reafiliarse significa reafirmar la vigencia y el compromiso del gremio con sus tradiciones, con sus realizaciones y sus aspiraciones no logradas y por sobre todo, englobándolas, con una lucha en la que adquiere de modo ascendente, un contenido concreto, la marcha hacia la libertad.

● SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY
● DELEGADOS DEL SMU EN CADA CENTRO ● ASOCIACIONES DE
TECNICOS POR INSTITUCION ASISTENCIAL