



Conclusiones aprobadas por la 1.^a Convención Médica Nacional

Como resultado de la extraordinaria labor realizada por la Convención durante los tres días de funcionamiento en Julio ppdo., podemos presentar, de acuerdo con la Comisión Permanente, el copioso y valioso conjunto de conclusiones aprobadas, que damos siguiendo el orden del temario y exhortando al cuerpo médico a formar con ellas la base de sus inmediatas y futuras acciones de conjunto.

CONCLUSIONES DEL TEMA I

“EL MEDICO FUNCIONARIO Y EL ESTADO”

Artículo 1º El mantenimiento de la autonomía Universitaria y por tanto de la que corresponde a la Facultad de Medicina la que debe ser librada de toda influencia malsana o ajena a sus cometidos culturales y poseer el contralor de toda la enseñanza médica del país.

Art. 2º El acrecentamiento del número y la distribución racional de los médicos funcionarios con el fin de atender las más imperiosas necesidades de asistencia, profilaxis e higiene en todo el país, y para incorporar al médico a los cometidos de interés social que le son propios.

Art. 3º El otorgamiento de una representación de los técnicos en las autoridades de Salud Pública y el restablecimiento de un delegado de los técnicos en los tribunales de disciplina que han de juzgarlos. La integración de los tribunales de concurso con técnicos de indiscutible autoridad moral y científica, uno de los cuales será designado por los concursantes.

Art. 4º Una mejor remuneración del trabajo médico teniendo en cuenta el salario mínimo imprescindible, la labor realizada y los gastos de locomoción que determine. La equiparación de los sueldos en cargos de la misma jerarquía, manteniendo los más altos dentro de cada una de ellas. La incorporación al presupuesto de los cargos necesarios y que se desempeñan honorariamente. Se considera injusta la tendencia actual de Instituciones del Estado, como Salud Pública y el Consejo del Niño a disminuir los sueldos correspondientes a cargos técnicos últimamente provistos, en relación a los de igual jerarquía ya existentes, injusticia más notoria si se relaciona con la carestía de la vida y la disminución de la actividad profesional privada.

Art. 5º Con respecto a la provisión de cargos técnicos la *Convención Médica Nacional* declara:

a) El derecho de todos los médicos del país a ocupar los cargos técnicos médicos del Estado en cualquiera dependencia donde existan o se creen, de acuerdo con leyes y reglamentos que se promulguen y que contemplen, no afinidades políticas y amistosas, sino condiciones científicas y morales.

b) La necesidad urgente de un escalafón nacional que defina en forma precisa la carrera del técnico en Salud Pública y al que se incorporarían los cargos de directores de Centros Departamentales y directores de Hospitales. Mientras dicho escalafón no exista sería de justicia la provisión de estos cargos por concurso de méritos, concediéndose preferencia, para el caso de los Centros Departamentales, a los técnicos del mismo Centro.

c) La conveniencia de que las direcciones de hospitales, sean desempeñadas por técnicos médicos, pues sólo así estarán en condiciones de conocer e interpretar con eficacia los múltiples y complejos problemas que plantea la asistencia del enfermo.

d) La necesidad del cumplimiento estricto de la ley orgánica, cuyas modificaciones, cualquiera sean, debería respetar el procedimiento del concurso como norma de selección, concurso que tendrá que ser siempre de oposición para los cargos iniciales de la carrera técnica.

e) En virtud de que actualmente en Salud Pública no existe ingreso a cargos permanentes, ni escalafón que determine los ascensos, corresponde otorgar el derecho a presentarse a los concursos de méritos (llamados a rotación y ascenso) también a los técnicos que hayan desempeñado en ese Instituto, cargos transitorios obtenidos por concurso de oposición, incluso el de practicante interno. Al reglamentar las pruebas de méritos debe contemplarse la situación particularísima en que realizan sus tareas los médicos del Interior, a fin de valorar justamente ese trabajo y satisfacer sus legítimas aspiraciones.

f) Declara su oposición al proyecto anunciado por el Ministro, por el que serán confirmados en sus cargos, quienes los ocupan interinamente desde hace más de tres años. Constituye tal confirmación en los hechos y en los principios, la manera fácil de burlar las disposiciones legales y reglamentarias vigentes que no admiten otra selección que el concurso de méritos y oposición y que establece categóricamente "no se considerará mérito el interinato en un cargo técnico, aun cuando fuere remunerado", art. 13 del reglamento de Agosto 21/1937.

(Cree así mismo que los interinatos, cuya duración perentoria debe establecerse legalmente, deben ser provistos por concurso de méritos, como lo realiza la Facultad de Medicina. Los casos de emergencia que requieran designación urgente y que son excepcionalísimos, no deben dar lugar a otras demoras que las que obligare el trámite rápido de las disposiciones regulares vigentes.

Art. 6º En cuanto a los cargos técnicos para estudiantes sostiene:

a) Que en las diferentes dependencias del Estado y especialmente en Institutos con servicios de orden médico, debe librarse entrada a los estudiantes de Medicina por llamados públicos y amplios a concurso de oposición y previa estipulación de funciones, terminando así con las designaciones directas o la omisión en el presupuesto de tales entidades de cargos que, por docentes y por técnicos, pertenecen al estudiantado de Medicina

b) Que debe crearse el Internado obligatorio en los últimos años de la carrera.

c) Que los cargos de *Practicante Externo* deben ser rentados.

d) Que es de urgente necesidad la reposición de los 28 cargos de *Practicante Interno* que fueron suprimidos y la creación de nuevos cargos reclamados por Profesores y Jefes de Servicio y para la correcta asistencia de los enfermos.

La realización anual de los concursos de oposición correspondiente debe también ser reimplantada.

Art. 7º Las mejoras de las condiciones del trabajo del médico aportándole locales, personal y elementos terapéuticos necesarios; el otorgamiento sin gravámenes de la licencia reglamentaria y de las que sean necesarias para mantener y acrecentar, para bien del interés público, sus conocimientos científicos; el restablecimiento de la exoneración de guardias nocturnas a los técnicos con antigüedad de 10 años.

Art. 8º Señalar que la evolución natural que se viene operando en el ejercicio de la Medicina tiende a ir convirtiendo a ésta en una función pública y al médico en un funcionario al servicio de la Salud Pública. En consecuencia las decisiones colectivas de los médicos en defensa de sus intereses y de los intereses generales, así como la norma de la política sanitaria del Estado no deben perder de vista aquella evolución inevitable.

Art. 9º El reconocimiento a la Facultad de Medicina por la defensa que ha hecho de la autonomía universitaria, del derecho de sus técnicos y de técnicos de otras Instituciones.

Art. 10. Exhortar a las instituciones gremiales y a los organizadores de jornadas médicas, a mantener el interés por los problemas gremiales y por la defensa de los derechos de los médicos, funcionarios o no.

Art. 11. Es una aspiración de la 1ª Convención Médica Nacional, que la organización de Salud Pública sea apolítica y fundamentalmente técnica.

CONCLUSIONES DEL TEMA II

“EL PROBLEMA DEL MUTUALISMO”

1) En el momento actual el Mutualismo, resultado de un proceso social natural, espontáneo y respetable, derivado por una parte del encarecimiento de la asistencia médica ligado a la evolución técnica, y por otro del empobrecimiento de la clase media que ha buscado en la cooperación o asociación la forma de obtener asistencia en caso necesario a costo poco oneroso, debe ser considerado por el gremio médico como una institución de existencia legítima y de conveniencia social destacada, cualquiera haya sido el grado en que resultó afectado o contrariado el interés del profesional médico.

2) Importante sector de la organización sanitaria complementa en nuestro país, estas otras formas de asistencia: la de los indigentes por el Estado y la asistencia privada a cargo de médicos actuando individualmente.

3) Todo se opone a un nuevo auge de la medicina individual: la evolución de la técnica que exige cada vez más la colaboración y el equipo auxiliar; el progreso y el sentido de la evolución cultural que acrecienta día a día el número de egresados entre los que se reparte el trabajo; la funcionarización del médico que se hace cada vez más cooperador de organismos sanitarios; el desarrollo del mutualismo que absorbe clientela privada, y en el que el médico es un técnico al servicio de la organización.

4) Nacido de un proceso legítimo y respetable el Mutualismo se ha desarrollado ampliamente en el país pero, en ausencia de una legislación adecuada, lo ha hecho en forma desarticulada, inarmónica, sirviendo a intereses secundarios unas veces, al lucro de particulares otras, defraudando al enfermo y explotando al médico en una medida que alcanza ya los límites de lo intolerable.

5) Corresponde señalar al Sindicato Médico como la institución que durante veinte años ha sostenido una enérgica y bien orientada prédica en pro de la reorganización del Mutualismo.

6) Cuatro tipos de organizaciones mutuales existen en el país actualmente:

Las empresas comerciales de asistencia.

Las empresas patronales de asistencia.

Las sociedades mutualistas (cooperativas sanitarias de consumo),

y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico (cooperativa sanitaria de producción), cuya distinción por el gremio, el público y el legislador se impone para la obra de reorganización que urge y que el gremio médico deberá afrontar, franca, decidida y radicalmente.

7) Esos tipos de organizaciones mutuales merecen de esta Convención la crítica siguiente:

I) *Las empresas comerciales de asistencia deben desaparecer y merecen la condenación del cuerpo médico, pues el único móvil que las guía es el propósito de lucro, que se hace a expensas de la buena asistencia del enfermo y de la retribución del técnico.*

II) *Las empresas patronales de asistencia que se organicen en el futuro, conviene que tomen la forma de cooperativa sanitaria de consumo por afinidad gremial, siendo administradas por los propios contribuyentes y sin que exista obligatoriedad de afiliación. Las empresas que tengan servicios organizados en forma de seguro de enfermedad, con contribución patronal, no están englobadas en esta conclusión.*

III) *Las cooperativas sanitarias de consumo, llamadas sociedades mutualistas, no pueden ser objetadas desde el punto de vista legal ni jurídico. Pero para merecer la aprobación y la colaboración del cuerpo médico en su gradual desarrollo, se hacen necesarias reformas substanciales, reformas que surgen claramente de la crítica que hemos hecho a estas instituciones en el capítulo respectivo. Estas reformas son las siguientes:*

a) *Valor mínimo de la cuota de afiliación: \$ 1.50. Ese valor podrá ser descendido si se cumplen las aspiraciones más abajo enumeradas (b-c-d).*

b) *Establecimiento del valor de la cuota de acuerdo con la edad de ingreso del afiliado, debiendo ser tanto mayor cuanto más elevada sea esa edad.*

c) *Establecer valores diferentes en la cuota de afiliación según sea la capacidad económica del asociado, no admitiendo a los extremadamente pudientes.*

d) *Establecimiento de la cuota de asistencia o suplemento por servicios extraordinarios. Esta Convención admite la posibilidad de excepciones en la aplicación de esta cuota, pero sólo en circunstancias muy especiales.*

e) *La retribución de los técnicos debe ser aumentada considerablemente hasta un nivel decoroso que ponga fin a la explotación actual y establecer un porcentaje mínimo como rubro destinado a ese personal con relación a las entradas brutas.*

f) Limitación a un número prudencial de enfermos, que debe examinar diariamente cada facultativo. Como consecuencia, aumento en el número de médicos que prestan servicios en las Mutualistas.

g) Delegados de los técnicos en número conveniente en el seno de los colegiados directivos.

h) Ingreso de los técnicos en las Mutualistas por concurso de méritos y oposición, debiéndose integrar los tribunales exclusivamente con técnicos designados en partes iguales por las autoridades de la Mutualista, por la asamblea de técnicos de la institución y por la Facultad de Medicina.

i) No se podrá suspender o exonerar a un técnico sin sumario previo, instruído por un tribunal integrado en partes iguales por los delegados de las autoridades y delegados de la asamblea de técnicos.

j) Toda modificación o innovación de carácter técnico debe ser aprobada previamente, por una comisión asesora, integrada en partes iguales por delegados de las autoridades y delegados de la asamblea de técnicos.

k) Los problemas referentes al recetario, radiología, laboratorio y sanatorio, en su aspecto técnico, son del resorte exclusivo de la asamblea de técnicos, quien debe, sin embargo, tener muy especialmente en cuenta la contemplación de soluciones que, sin perjudicar los intereses del enfermo, defiendan al mismo tiempo la economía mutual.

IV) El Centro de Asistencia del Sindicato Médico representa al tipo de la organización sanitaria organizada por los productores de la sanidad y merece, por su obra ya realizada y, más aún, por la que debe realizar en lo futuro, la más franca aprobación por parte del cuerpo médico nacional.

V) La Convención Médica considera que la intervención del Estado en los problemas del mutualismo se justifica y será útil siempre que se limite a una función fiscalizadora, con el objeto de impedir abusos e imponer el cumplimiento de los compromisos contraídos por las partes contractuales.

8) La reforma del mutualismo podrá hacerse por vía legislativa o por evolución directa realizada esta última, sea a iniciativa de dirigentes y asociados, sea a iniciativa de la clase médica que tiene fuerza y medios para determinar una total reorganización.

9) La Convención Médica Nacional considera que es un deber ineludible de los médicos y practicantes de todas y cada una de las instituciones mutuales, apoyados por el cuerpo médico, organizar una ofensiva enérgica pro reforma del mutualismo.

10) La Convención Médica Nacional encarga a la Comisión permanente la redacción de las bases para una acción conjunta y simultánea, bases que deberán ser presentadas al cuerpo médico antes de los seis meses a contar de esta resolución.

CONCLUSIONES DEL TEMA III

“LA SITUACION DEL MEDICO EN CAMPAÑA”

a) Aspecto social:

Artículo 1º El médico del interior desempeña sus tareas en un medio que se empobrece progresivamente.

Art. 2º Como consecuencia de este hecho su clientela privada está disminuyendo en forma considerable, a la vez que crece el número de los que deben ser

atendidos por los servicios de Salud Pública. Esta es una razón más, por la que los sueldos de los funcionarios de esta dependencia del Estado, exigüos ya, resultan cada día más desproporcionados en relación a las exigencias cada vez mayores que el cargo impone.

Art. 3º La medicina preventiva, es inexistente, sobre todo, si se tiene en cuenta que ella debe contemplar fundamentalmente la alarmante y creciente miseria, en que se va sumiendo la mayoría de la población rural. Y en este aspecto, el médico encuentra difícil y poco fructuosa su labor, al colocarse frente a factores como la mala vivienda, la falta de alimentación y la ignorancia, que reducen en alto grado la eficacia de sus medios terapéuticos.

Art. 4º Se hace necesaria y urgente la corrección por quien corresponda de ese estado social de un importante sector de la población rural. Y mientras tanto corresponde como medidas a tomar de inmediato, la ampliación y fundación de servicios de Salud Pública destinados en forma especial a vigilar la población infantil, así como la creación de médicos volantes encargados de recorrer con fines particularmente profilácticos, las zonas alejadas de las poblaciones, cuyo abandono explica el alto porcentaje de mortalidad sin asistencia médica, que allí se observa.

b) Aspecto gremial:

Artículo 1º La Convención Médica Nacional manifiesta su aspiración de que los médicos del Interior se agrupen en Sindicatos locales en defensa de sus intereses y manteniendo estricta colaboración en las instituciones médicas similares.

Art. 2º Exhortar a los médicos del Interior para que encaren la solución del problema mutal de acuerdo con las conclusiones del Tema II de esta Convención.

c) Aspecto científico:

Artículo 1º Solicitar a la Facultad de Medicina la organización de recursos de perfeccionamiento para los médicos del Interior, y al mismo tiempo solicitar al Ministerio de Salud Pública licencia y viático oficial para sus funcionarios, con el objeto de que puedan concurrir a dichos cursos.

Art. 2º Solicitar a la Facultad de Medicina que destaque periódicamente elementos de reconocida preparación con el fin de realizar trabajos en las clínicas de los Centros de Salud Pública en colaboración con los médicos del Interior.

Art. 3º Solicitar a la Facultad de Medicina y Ministerio de Salud Pública la creación de becas para los médicos del Interior.

d) Aspecto docente:

Artículo 1º Solicitar a la Facultad de Medicina que tenga en cuenta la situación especial de los médicos del Interior que quieren realizar la carrera docente, cuando se consideren los proyectos de reglamentación de la carrera docente.

Art. 2º Teniendo en cuenta la conveniencia que existe de que el futuro médico conozca el ambiente especial del Interior, en que tal vez tenga que desarrollar su labor, esta Convención sugiere al Ministerio de Salud Pública que haga rotar a los Practicantes Internos, por un semestre, a los Centros de Salud Pública de las capitales del Interior.

CONCLUSIONES DEL TEMA IV

“EL MEDICO Y LA CLIENTELA PRIVADA”

Artículo 1º La crisis médica, que se hace sentir en forma cada día más intensa, responde fundamentalmente a la difícil adaptación del rol profesional, os-

cilante entre el campo de aplicación individual y el terreno social o colectivo, y a la creciente complejidad y extensión del trabajo médico.

Art. 2º Esa crisis médica debe preocupar seriamente a nuestro gremio por su repercusión en el ambiente profesional (desorientación espiritual, decadencia ética, dificultades del trabajo, menor coeficiente de eficiencia médica), y por sus proyecciones en el cuadro social (desprestigio gremial; desconocimiento de nuestro rol social y de una justa retribución de trabajo; mala utilización por mala organización de nuestros servicios).

Art. 3º Una ilustrada dirección y una activa intervención gremial, sobre la base de una solidaridad colectiva, serán necesarias para encauzar estos problemas del trabajo médico.

Art. 4º Es de desear la creación de un organismo permanente y autónomo integrado por representantes de los distintos sectores médicos, con fines de asesoramiento oficial y destinado a estudiar y proponer soluciones sobre los problemas de orden científico y profesional.

Art. 5º Serán problemas a estudiar por esa Comisión Permanente:

a) El relativo a la desocupación médica. Es evidente que en el momento actual, con el régimen sanitario que nos rige y el medio social en que vivimos, existe una indiscutible desocupación médica. Es pues necesario estudiar si esta desocupación es real o ficticia, es decir, si ella se debe exclusivamente a un régimen sanitario deficiente o si realmente el número de profesionales excede las necesidades del medio. Luego pues, lo urgente y necesario, es pugnar por una reorganización completa y amplia de la sanidad nacional para poder formarse un juicio definitivo y deducir de él, los medios a utilizar en la corrección del problema profesional médico que, cualquiera sea su causa, es evidente que plantea un hecho verdaderamente angustioso.

b) La necesidad de un plan orgánico de servicios médico-sociales, de acuerdo con las exigencias de nuestro medio y con los recursos de la Nación, para adaptar a él la cantidad y la calidad de nuestros profesionales.

c) Necesidad de reglamentar la utilización actual de los servicios médicos públicos y de aquellos del mutualismo; y de ajustar la situación y la retribución del médico en esos institutos, de acuerdo con el trabajo y con las exigencias standard de la vida.

Art. 6º Deben obtenerse más amplias garantías y mayores facilidades jurídicas para facilitar la percepción de los honorarios médicos, que son frecuentemente y fácilmente burlados.

Art. 7º Las entidades gremiales, la Facultad de Medicina, y los Institutos médicos del Estado, deben empeñarse en sostener la calidad técnica y moral de los profesionales por la rígida disciplina, por la buena organización, por el agrupamiento en núcleos de trabajo común. Deben estimular la rectitud profesional y el mejor trabajo por el cultivo de la tradición, por el ejemplo vivido, por los premios científicos y honoríficos, por el mejoramiento progresivo de sueldos, por la justa consagración de méritos y de virtudes. Deben sancionar con rigor las desviaciones de conducta profesional, y establecer más directas responsabilidades para los actos médicos en las intervenciones individuales, y en la acción pública.

Art. 8º La Convención Médica Nacional reclama de los Poderes Públicos:

a) Urgente vigilancia, estricta y severa sobre todas las formas de curanderismo.

b) Juzga ineludible la aplicación de las sanciones necesarias, a objeto de proteger la Salud Pública y de amparar eficazmente los legítimos intereses de los médicos y practicantes.

c) Considera asimismo como curanderismo la actuación profesional de titulados en el extranjero, no autorizados debidamente por nuestras leyes y reglamentos universitarios, para ese género de actividades.

CONCLUSIONES DEL TEMA V

“LAS RELACIONES PROFESIONALES ENTRE MEDICOS”

La Primera Convención Médica Nacional declara que es su aspiración que los organismos oficiales y gremiales presten al aspecto ético del ejercicio profesional, la fundamental atención correspondiente. Para el efecto expresan:

Artículo 1º Que debe considerarse como urgente y de cumplimiento exigible el Código Médico de Montpellier, en todo cuanto es adaptable a nuestro medio.

Art. 2º Que es aspiración de esta Convención que se formule y sancione el Código Médico Nacional, como régimen definitivo que regle la conducta profesional.

Art. 3º La Convención Médica Nacional resuelve:

a) Incluir en el Código Médico, un capítulo referente a relaciones éticas entre practicantes de Medicina con clientes, instituciones, médicos y entre sí. Mientras no se realiza esta aspiración, podría aplicarse el Código de Montpellier, en cuanto sea adaptable al practicante, incluyendo un capítulo sobre relaciones recíprocas entre médicos y practicantes que será confeccionado por la Comisión Permanente.

b) Existiendo actualmente una ordenanza que reglamenta las funciones del practicante de Medicina (160 del Ministerio de Salud Pública), estableciendo las condiciones que deben reunirse para desempeñarla y enumerando cuales son estas funciones, ordenanza que se burla fácilmente, la Convención resuelve encomendar a la Comisión encargada de dar cumplimiento efectivo de las resoluciones tomadas sobre el Tema V, la confección de una ordenanza más eficiente que la actualmente en vigencia, cuya aprobación se solicitará de los Poderes Públicos.

Art. 4º Que concurriendo a los fines de la mejor formación de una correcta conciencia profesional, exhorta a la Facultad de Medicina, a las Asociaciones Médicas y Estudiantiles y a todos los profesionales, a coadyuvar a este fin, instituyendo oportunidades de difundir el conocimiento y examen de las cuestiones atinentes en forma sostenida e impersonal. Exhorta en especial a la Facultad de Medicina para que cree la cátedra de Deontología profesional.

Art. 5º Que es aspiración que reclama realización urgente por los intereses sociales y profesionales afectados, que la sanción por vía legislativa del Código de Moral Médica, que deberá contener las normas de bien conducirse en el ejercicio profesional y el régimen de sanciones, constituya un Tribunal, de instancia única, integrado en la forma que se postula en el Capítulo II de este informe, derogándose las disposiciones vigentes que se opongan al nuevo régimen legal postulado.

Art. 6º Considera conveniente el estudio de la organización de la “Orden de los Médicos” ya implantada en otros países, con el propósito de que el control de la conducta profesional abarque a todos los médicos del país, de una manera imperativa y eficaz.

Art. 7º La Convención Médica Nacional faculta a la Comisión Perma-

nente para llevar a cabo las gestiones conducentes a obtener, de quienes corresponda, la realización de la presente ponencia.

En cuanto al Tribunal a que se refiere el artículo 5º habrá de constituirse con delegados del Ministerio de Salud Pública a quien la ley vigente ha asignado una función de vigilancia del ejercicio de las profesiones; delegados de la Facultad de Medicina que tiene a la vez el derecho y el deber de intervenir en este cometido de tanta trascendencia social y técnica; y también con delegados elegidos por los médicos de la Capital y del Interior, ya que, como genuinos representantes del gremio, reforzarían la garantía de acierto en la defensa de sus fueros y de sus intereses, sin menoscabo de la dignidad y honestidad profesionales, de las que habrían de ser primordialmente severos y celosos custodios.

PRINCIPIOS DE DEONTOLOGIA (*)

Adoptados por el Consejo de la Federación de los Sindicatos Médicos de l'Herault

I. Si el médico tiene el derecho de pretender la estimación de sus colegas y la efectiva gratitud de sus clientes, él debe, para ser digno, inspirar todos sus actos en los principios que constituyen la esencia de la Deontología. Es de la incumbencia de los Sindicatos médicos, guardianes de las tradiciones que son el honor de la profesión, formular las reglas generales y vigilar, en los casos necesarios, su estricta aplicación.

A. — DEBERES DEL MEDICO PARA CONSIGO MISMO

I. Antes de todo, el médico se debe a sí mismo, como debe a la corporación de que forma parte la obligación de ser un perfecto honesto hombre. A este título, debe abstenerse de toda forma, mismo indirecta, de charlatanismo, que en el fondo tiene por objeto la explotación de la credulidad pública: usurpar títulos o engañar al público con el valor de los que se posee, recurrir, para llamar la clientela, a una publicidad extramédica y cuyo valor el enfermo no puede conocer, son gestos esencialmente incorrectos.

III. Son igualmente condenables todos los medios que tienden a la edificación de una situación profesional, por otros procedimientos que no sean la ciencia y la abnegación, solas bases de toda notoriedad legítima y durable. Así, son prohibidos todos los actos de regateo o de connivencia, comisiones o gratificaciones a los buscadores de enfermos, hoteleros, comadronas; asociación o repartición de beneficios con las mismas personas; aceptación de una comisión por la prescripción de medicamentos o aparatos, por el envío a un sanatorio o a un balneario. El carácter clandestino de tales procedimientos demuestra suficientemente que los mismos autores los consideran inconfesables.

IV. El acuerdo con los empíricos, bajo forma de prescripción de remedios secretos, o la colaboración con los curanderos o los sonámbulos, constituye más que una incorrección, pues es castigado por el Código Penal como delito de complicidad de estafa.

B. — DEBERES DE LOS MEDICOS PARA CON LA CLIENTELA

V. Excepto el caso en que el espíritu de humanidad lo exija, los de compromisos anteriores o de requerimiento judicial, el médico tiene el derecho de rehusar sus cuidados a un enfermo. Por el contrario, desde que él acepta atenderlo, contrae ciertas obligaciones.

VI. El enfermo espera los mejores cuidados, razón por la cual el médico tiene la obligación de estar al corriente del movimiento científico; toda negligencia de su parte puede ser considerada como una falta.

Cualquiera que sea la posición social del cliente, la frecuencia de las visitas, salvo demanda expresa de los interesados, será función relativa a la gravedad del caso. Es tan criticable el espaciar o acortar los exámenes, como multiplicar visitas y prescripciones, o inducir a consultas o intervenciones evitables. El médico debe ser sumamente escrupuloso sobre este punto, tanto más que la mayoría de las veces no tiene otro contralor que el de su conciencia.

(*) Designados corrientemente Código de Moral Médica de Montpellier.

VII. Confidente obligado del enfermo, el médico está obligado a guardar el secreto de todo lo que él ha visto, entendido o comprendido del hecho de su profesión. Esta discreción debe ser observada hasta en los libros de cuentas, en la redacción de las observaciones científicas o de los certificados de defunción.

VIII. El enfermo tiene el derecho de exigir la verdad en lo que concierne a su estado; en particular puede pedir los certificados que considere necesario, con obligación para el médico de no hacer constar sino las comprobaciones rigurosamente exactas. Un certificado de complacencia constituye una falsa declaración.

C. — DEBERES DEL MEDICO PARA CON LAS COLECTIVIDADES

IX. Públicas o privadas, diversas colectividades requieren el concurso del médico. Solicitado para entrar en relaciones con ellas, debe dirigir su interlocutor al Sindicato del cual forma parte, que es el único autorizado y que tiene la independencia necesaria para defender, en un caso particular, los intereses profesionales colectivos.

X. La dignidad del Cuerpo Médico, la buena confraternidad y el interés bien comprendido del enfermo exigen que no sea discutido el derecho de éste a la libre elección del médico con tarifa a la vista y con una cuota que se aproxime lo más posible a la de la clientela ordinaria. Toda tarifa a destajo debe ser rechazada como inmoral.

XI. Para las funciones públicas, el Sindicato debe esforzarse por obtener el principio de nombramiento por concurso, o, por lo menos, por el valor de los títulos, lo que constituye una garantía para los enfermos, equidad para los competidores, independencia y estabilidad para los titulares.

En el caso de revocación de éstos, nadie podrá aceptar la sucesión sin previa autorización del Sindicato. Esta autorización sólo será dada cuando la revocación haya sido pronunciada por falta grave.

XII. Los médicos de las colectividades están obligados, por lo que concierne a sus clientes, a las reglas ordinarias del secreto profesional. Deben por consiguiente negar a las colectividades toda declaración que constituya una violación de este secreto.

XIII. Por lo contrario, el médico experto, inspector, o verificador, tiene el derecho de comunicar a sus comitentes el resultado completo de su examen, puesto que él ha sido designado expresamente para este efecto y que el enfermo se ha dejado examinar en pleno conocimiento de causa.

De esto resulta que las funciones del médico que asiste al enfermo y las del médico experto son incompatibles.

D. — DEBERES DEL MEDICO PARA CON SUS COLEGAS

XIV. Adoptar, para con los otros, la misma actitud que se desearía, por reciprocidad, fuese tomada para con uno mismo, tal debe ser el principio que regle las relaciones del médico con sus colegas.

XV. Desde su instalación en una localidad ya provista de médicos, el recién venido irá a saludar a sus colegas anteriores; esta visita debe ser retribuida. En las relaciones ulteriores, si el mismo diploma confiere las mismas prerrogativas a sus poseedores, el más joven manifestará ciertas deferencias a sus mayores; en compensación, la actitud de éstos será siempre cordial para con aquéllos.

XVI. Es conveniente abstenerse en una forma absoluta de todo propósito o de una actitud susceptible de desacreditar un colega, sobre todo en los medios extramédicos y todavía más en una familia a la cual éste haya prestado sus cuidados. No deben tampoco tomarse en consideración, sin haberse asegurado de la realidad de su existencia, los propósitos descorteses que un tercero, frecuentemente interesado, dice han sido tenidos por otro colega.

XVII. En caso de dificultades con un colega, el médico ensayará primeramente de arreglar el desacuerdo por una diligencia personal. Si nada se consigue, se someterán los hechos de la causa al Presidente del Sindicato, para los fines del arbitraje.

XVIII. Si un enfermo tiene el derecho de dar o retirar su confianza a quien le conviene, ningún médico puede permitirse la práctica de suplantar a un colega en el tratamiento de un enfermo.

XIX. Fuera del consultorio, que es un terreno neutro en donde cada uno es libre de recibir a los que vengan, el médico no puede ir junto a un enfermo incógnito sin haber obtenido la prueba de que el colega que le ha precedido ha sido desinteresado de los cuidados anteriormente dados.

XX. No obstante, si él es llamado cerca de un enfermo en curso de tratamiento, en caso de extrema urgencia o en ausencia del médico que lo asiste, por humanidad queda obligado el médico a visitar este enfermo. Al regreso de su colega, debe informarlo del tratamiento instituido y cesar sus visitas. Tampoco puede continuarse una asistencia comenzada en carácter de reemplazante de otro colega.

XXI. Instalarse sin su consentimiento formal, en la localidad en que ejerce un colega a quien se ha reemplazado anteriormente, o ejercer en el radio de acción de una clientela cedida a título oneroso, son gestos igualmente condenables.

XXIII. Constituye igualmente un acto de concurrencia desleal el hecho de consentir una tasa de honorarios inferior a la que se aplica en la localidad o en la región, y que ha sido fijada por el Sindicato en proporción al precio medio de la vida. La medicina con rebaja deprime siempre al médico y no tiene nada de común con el ejercicio de una beneficencia discreta y bien pensada.

XXIV. Toda colaboración entre colegas, provocada generalmente por el médico que asiste o, más raramente, aceptada por éste conforme al deseo del enfermo, debe únicamente inspirarse en el interés del cliente, trátase de consulta o de operación.

XXV. La consulta con un colega no debe exigirse sino en caso de necesidad. Por otra parte, ella no debe jamás ser negada, salvo el caso de indignidad profesional del consultante, sobre todo si esta indignidad ha sido sancionada previas formalidades regulares.

En caso de desacuerdo grave en el curso de la consulta, la familia debe ser avisada, a fin de que un tercero venga a arbitrar el debate. El médico de cabecera, por su dignidad personal, debe retirarse, en el caso que su opinión no haya prevalecido acerca del cliente.

XXVI. Designados por el enfermo o por el médico de cabecera, los consultantes o los especialistas deben inmediatamente informarlo por escrito del resultado del examen. Su misión especial terminada, ellos no deben en ningún caso continuar en relaciones directas con el enfermo, al menos para otros cuidados que los que dependan de su especialidad.

XXVII. En caso de intervención, el cirujano, único responsable, distribuye el cometido de sus colaboradores. Pero él se esforzará en que el médico de cabecera esté presente y le reservará un cometido honorable.

XXVIII. La experiencia ha demostrado que para evitar más tarde conflictos, las transacciones de honorarios deben hacerse al contado. Estas se efectuarán exclusivamente con el enfermo o con la familia del enfermo, beneficiarios de los cuidados y directamente con los médicos y sus ayudantes, dispensadores de los cuidados.

XXIX. Toda retribución directa de colega a colega, vulgarmente designada bajo el nombre de dicotomía, es incorrecta, prestándose por su carácter clandestino a la suposición degradante de connivencia. Es el enfermo, único beneficiario del servicio prestado, quien debe honrar a cada uno de los médicos que han colaborado acerca de él. Es de la incumbencia del médico que ha desempeñado la función más importante, consultor o cirujano, el fijar francamente en su nota el quantum debido a cada uno. El especificará por la consulta los honorarios que deben ser abonados, además de los suyos, al médico de cabecera. Lo mismo por una operación, la cuota de cada uno de sus colaboradores debe de ser fijada a la familia, por el cirujano que cuidará para que los intereses del médico de cabecera, de los cuales él es solidario, sean enteramente respetados, conforme a la tarifa sindical vigente.

XXX. En el caso que el médico de cabecera prefiera entenderse directamente, con la familia, por lo que respecta a sus honorarios, toda remuneración hecha por el consultor o el cirujano será ilícita y en ningún caso debe de ser solicitada.

XXXI. Los Sindicatos regularmente constituidos están calificados para juzgar las infracciones a las reglas de Deontología cometidas por todo médico, mismo no sindicado. Abstenerse, equivaldría en ciertos casos a una tácita aprobación dada a las faltas individuales susceptibles de comprometer por consecuencia la buena reputación o los intereses del cuerpo médico de la región.

Después de haber hecho, al infractor supuesto, el proceso previsto por los estatutos y que es destinado a permitir al colega incriminado explicarse sobre los hechos que le son reprochados, ellos pueden, en formas adecuadas, usar para con él sanciones tales como la advertencia, el reproche, la censura o la descalificación.

XXXII. Además de esta acción disciplinaria, el Sindicato constituye para los colegas de la misma región un lazo sólido que les permite tratar de igual a igual con las colectividades. Bien estudiadas, apoyadas por la voluntad de todos, sus decisiones tendrán mucho más fuerza que las de un colega aislado. Es por tanto de sumo interés para todo médico afiliarse a ellos, desde el comienzo de su vida profesional.