

16. EL DIA MEDICO. Nota terapéutica "Errores médicos en el tratamiento con antibióticos".
17. FANCONI, G. "Problemas actuales de las enfermedades infecciosas". *Orientación Médica* XX, 957:493. 1971. B. Aires, R. A.
18. FINK, F. C. Laboratory Problems Related to Antibiotics and Chemoterapy. *The Public Health Laboratory*. 11: 44. 1954.
19. FLOUVAT, B., GIROUD, J. P. et LECHAT, P. Données Actuelles sur le Mechanisme Biochimique d'Action des Antibiotiques Antibacteriens. *Gaz. Med. Franc.* 76:459. 1969.
20. GARROD, L. P. Combined Chemotherapy in Bacterial Infections. *Brit. Med. Jour.* 1: 953. 1953.
21. GOODMAN, L. S. and GILMAN, A. The Pharmacological basis of therapeutis. *The Mac. Millan Co* N. Y. 1968.
22. JAWETZ, E. Combined Antibiotic Accion. Some Definition and Correlations between Laboratory and Clinical Results. "*Antimicrobial agents and Chemoterapy*". 203-209. Chicago. Oct. 1967. (Traducido *Progresos de Patología y Clínica*. Val. XVI. Fac. 19. 1969. *Manual Marin Edit. Madrid*).
23. JAWETZ, E., MELNICK, J. y ADELBERG, E. Manual de Microbiología Médica. "*El Manual Moderno*" S. A. México. 1970. 4ª Edición.
24. LITTER, M. Farmacología. 2a. Ed. El Ateneo Editorial. B. Aires. R. A. 1961.
25. Mc DERMOTT, W. Natural Resistance to Infections (A Symposium) ANN. N. Y. Acad. Scico. Arg. 2: 233. 1956.
26. O. M. S. Unificación de métodos para las pruebas de sensibilidad microbiana. Nº 210 Año 1961.
27. PLANELLES, J. JARITONOVA, A. "Efectos nocivos consecutivos al empleo de antibióticos en el tratamiento de las enfermedades infecciosas". *Editorial Progreso - Moscú*. 1964. XLI Nº 90:2940. 1969. B. Aires. R. A.
28. RIVA, G. and KELLER, H. Penicilinoterapia. *Schw. Med. Wschr.* 15: 161. 1968. (Traducción *Orientación Médica* XVIII: 878. 1969). B. Aires. R. Arg.
29. SANDERS, E. y CLUFF, L. Mecanismos de accion de los antimicrobianos. *Clin. Ped. de N. América. Edit. Interamericana*. S. A. Febrero 1968.
30. SAHRON, N. The Bacterial Cell Wall. *Scient. Amer.* 220, 92. 1969.
31. STROMINGER, J. and TIPPER, D. Bacterial Cell Wall Synthesis and Structure to the Mechanism of Action of Penicillins and other Antibacterial Agents. *Am. J. Med.* 39 - 708. 1965.
32. TROPEANO, A. Bases para una antibioterapia racional. *Orientación Médica* XVIII Nº 864. 809-817. 15/8/969. B.A. (R. A.).
33. WELCH, H. Principios y Práctica de la Terapia Antibiótica. Trad. Cast. *Med. Encyc. Inc.* N. Y. 1955.

Responsabilidad del acto quirúrgico *

COORDINADOR: Dr. W. VENTURINO

PONENTES: Drs. GUAYMIRAN RIOS BRUNO, ORLANDO PEREYRA,
NEVEL BONILLA, FEDERICO GIURIA Y LUIS GREGORIO **

La conveniencia de que los Congresos Médicos se ocupen de los aspectos intrínsecos a la Profesión, es obvia. La situación médica nacional marcha en un constante deterioro, visible a todas luces, en consonancia con la quiebra de los endeblés pilares que sostuvieron un Uruguay engañosamente próspero durante décadas. No vamos a mencionar aquí la repercusión que esto tiene sobre la faz estrictamente científica de la Medicina y, en nuestro caso, de la Cirugía; consideramos que dentro de poco tiempo, la pretensión de que la Cirugía Uruguaya siga a tono con la mundial, va a ser una perfecta utopía. El enorme desarrollo tecnológico, inalcanzable para nuestro país, así lo quiere. Pero el problema que

nos hemos planteado en esta reunion se refiere al ejercicio de la profesión quirúrgica. Es necesario cambiar ideas sobre el punto, no con ánimo de agotarlo en una breve sesión, pero sí con el de alertar respecto a una serie de temas que serán claves si no queremos que el devenir del tiempo nos tome desprevenidos y nos coloque en una situación sin solución. Esto deben entenderlo todos los cirujanos, jóvenes y ya formados, quienes deberán colaborar en esa tarea desprendiéndose muchas veces de conceptos que parecían incommovibles, en aras de la adaptación a los nuevos tiempos.

Y bien, un aspecto fundamental que es necesario poner sobre el tapete es el relacionado con la responsabilidad del cirujano y todos los problemas que ese concepto conlleva. Tales problemas pueden resumirse en tres: 1º Cuál es, en los momentos actuales, la responsabilidad que le cabe a un cirujano al efectuar el acto quirúrgico desde el punto de vista legal y penal. 2º Cómo incide la situación laboral actual del cirujano en esa responsabilidad. 3º Cómo incide la situación económica.

Sin entrar en la definición de la palabra responsabilidad, que el Dr. Guaymirán Ríos se encargará de precisar, es evidente que el

(Nota de la redacción.) Ante la imposibilidad de publicar toda esta Mesa redonda se ha resuelto incluir en este número de la revista un resumen de la misma, y en el siguiente artículo la comunicación completa de uno de los integrantes de la misma sobre la legislación de interés para el cirujano.

Docentes Adscriptos de Cirugía, Cirujano del M.S.P. Asistente de Clínica Quirúrgica, ex Asistente de Clínica Quirúrgica, Docente Adscripto de Cirugía de la Fac. Med.

cirujano debe responder, en relación al acto quirúrgico sobre el "porqué", sobre el "cuándo", sobre el "cómo" y sobre las consecuencias del mismo.

Si se analiza históricamente, y en forma somera, la evolución del concepto responsabilidad, puede plantearse el siguiente esquema: Primero, y sin tener en cuenta códigos tan antiguos como los babilónicos, cuando nace la actividad quirúrgica en el mundo occidental, el encargado de ejecutarla solo lo hace bajo la indicación del universitario, es decir del médico que actúa bajo dogmas y que habla y escribe en latín. No en vano el término "cirujano" deriva de las palabras griegas *Chair* (mano) y *Ergon* (obra). Era pues, un simple obrero manual, con todas las implicaciones sociales que esto significaba. Es el clásico barbero que, por lo que antecede, tenía una limitada responsabilidad.

Segundo, cuando la Cirugía adquiere personalidad científica como consecuencia de haber sido vencidos sus tres principales escollos (hemorragia, dolor e infección), el cirujano se convierte en el centro del acto quirúrgico y sobre él, recae toda la responsabilidad del mismo. El "porqué", el "cuándo", el "cómo" y las consecuencias son de su exclusivo resorte. Esto sigue siendo aun valedero para la mayor parte de las intervenciones en que el propio paciente, sin asistencia externa, es capaz de conservar su vida a pesar de la agresión que representa el acto quirúrgico.

Tercero, y esto acaece en los últimos años, la responsabilidad frente al acto quirúrgico disminuye: se trata de intervenciones que, por sí mismas, provocarían la muerte del paciente si no fuera porque la vida es asistida por diversos medios. La gran cirugía entra en este concepto. La responsabilidad del cirujano se diluye en medio de un equipo de internistas, anestesiastas, químicos, ingenieros sin cuya participación esa cirugía no puede efectuarse. Sin embargo, aún en este caso el peso que recae sobre los hombros del primero es de importancia pues como dijo Rankin en 1953 "el médico que, quizá, más responsabilidad tiene es el cirujano aunque más no sea que por el daño que puede hacer".

¿Qué significación tiene, pues, en el momento actual para el cirujano el concepto responsabilidad?

En primer lugar, la responsabilidad significa largos años de capacitación teórica y práctica que debe adquirirse en una escuela quirúrgica, evitando ser un autodidacta y que le permitan encarar el diagnóstico, el preoperatorio, el acto quirúrgico en sí, el post-operatorio, las secuelas de las intervenciones y el manejo de los enfermos como seres humanos, en la forma más perfecta posible. Es obvio mencionar esto cuando estamos hablando entre cirujanos, por lo cual tal aspecto será dejado de lado en esta reunión.

En segundo lugar, significa hacer frente a los mecanismos legales y penales que la sociedad tiene para proteger a sus integrantes, mecanismos que son aplicados estrictamente en muchos países.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES SOBRE LEGISLACION MEDICA

Introducción.

Hemos escuchado las palabras de quienes nos precedieron estableciendo correlativamente:

- a) La responsabilidad médico legal del cirujano.
La situación laboral actual del cirujano en Montevideo y su repercusión sobre la responsabilidad de su ejercicio profesional.
- c) Un esquema organizativo de los equipos de cirugía del C.A.S.M.U. que bien podría extenderse a otras instituciones y también a nivel asistencial general.
- e) Reflexiones sobre sistemas y conceptos remunerativos extractados de los estudios realizados por el Comité Confederado de Sociedades Quirúrgicas y Para-quirúrgicas, y aprobado por el Plenario de Sociedades Médicas del Uruguay. Conceptos que tienen proyecciones económico-sociales fundamentales para el cirujano y los médicos en general.

Toda esta secuencia a seguido un orden lógico tal que nos permite de inmediato plantear ante Uds. las bases fundamentales sobre las cuales, nosotros médicos y cirujanos conscientes de nuestra responsabilidad social, podamos edificar un nuevo concepto de Salud, correcta e igualitaria, en dinámica de desarrollo constante que liberando al profesional médico del problema económico acuciante y que invita al desvío permitirá mejorar la calidad de su capacitación en bien de toda la población del país.

Revisión histórica.

Pese a que puedan parecer fuera de lugar, deben permitirme Uds. una brevísima reseña histórica. Ella nos llevará de la mano en el planteo de las bases fundamentales de que hablamos y que surgen naturalmente de la historia de nuestra profesión. En el año 2100 A.C. aparece la primera legislación médica en el reinado de Hamurabí o Yamurabí en Caldea. Casi contemporáneamente los descendientes de Imhotep en Sakara (Egipto) siguiendo las enseñanzas de ese increíble genio médico que mereciera llegar a ser un dios, agregaron nuevos conceptos. La escuela de Efeso, los hipocráticos, los códigos romanos y la escuela de Salerno, los enriquecieron.

Durante la edad Media las Corporaciones Médicas continuaron esta obra, para culminar en 1490 en que los Reyes Católicos en Granada crean el Protomedicato. Esta organización que fuera desarrollándose y perfeccionándose durante 430 años posibilitó el avance y la investigación médicas en las colonias Hispanoamericanas y por ende en la Madre Patria. Llegamos al año 1820. Desaparece el protomedicato en el Río de la Plata y con él toda la organización y legislación médica en el Uruguay.

A partir de entonces solo surgen como tímidos remedios, la ley Orgánica de Salud Pública, el decreto Ley de 1943 y sus dos decretos reglamentarios.

Los Consejos de Salarios y el Convenio Colectivo de 1958 tienen algunos elementos jurídicos de significación pero inconexos pese a que ya en la V Convención Médica Nacional, un visionario, el Dr. José A. Praderi había casi agotado el tema.

Sin embargo no pudo concientizar al gremio Médico de su fundamental importancia.

En 1970 y 71 a impulsos de la Sociedad de Cirugía a la que tuviéramos el honor de representar con dos de los compañeros aquí presentes, acometimos el estudio exhaustivo del problema cuyo muy suscito resumen intentaremos transmitir a Uds.

Conceptos fundamentales de legislación médica.

Es fantástico admitir que estamos atrasados en cuanto a legislación médica en la friolera de 4072 años.

Carecemos por completo de algo que se llama Derecho Sanitario.

Este es el conjunto de definiciones y disposiciones que establecen con sentido social y jurídico lo que es salud y enfermedad, enfermo, médico y equipo de salud. Los Códigos de Sanidad y Alimentación, Códigos Bromatológico y los mecanismos para su aplicación y contralor.

El derecho Sanitario es pues por definición primario y sin él no puede establecerse ninguna política de salud coherente.

Este derecho sanitario es de responsabilidad directa del Gobierno del país. De sus tres Poderes. Pero es responsabilidad nuestra señalar su falta he imponerlo, así como crear a nivel gremial los instrumentos que nos permitan opinar he influir en su gestación.

Del punto de vista médico y en orden correlativo tendremos que luchar para conseguir los elementos legislativos y legales que definan lo que es el Médico, su posición en la Sociedad, sus relaciones con ésta, individuales y generales y con los elementos representativos a nivel estatal y paraestatal, universitarios, colectivos e individuales, y donde se encuentren claramente establecidos todos los derechos y obligaciones médicas para con aquellos es decir lo que se denomina *Código* o *Fuero Médico*.

Debe establecerse de una vez y por siempre el *Código de Ética Médica* al que ya hiciera referencia el Dr. Ríos autor de un enjundioso trabajo sobre el tema.

El establecimiento de las condiciones laborales y de los conceptos remunerativos ya expuestos en todos los lugares de trabajo, estatal paraestatal universitario o privado constituye lo que hemos dado en llamar el *Estatuto o Código del Trabajo Médico*.

Estos cuatro instrumentos, Derecho Sanitario, Fuero Médico, Código de Ética y Código del Trabajo Médico, necesitan para su correcta aplicación y contralor, la creación de un órgano; *Colegio u Orden de los Médicos*.

Este debe nacer por medio de una ley, de Colegiación Profesional Obligatoria Médica cuyo anteproyecto se encuentra a estudio y consideración de las gremiales médicas Nacionales.

Queda aún un problema importante a considerar cual es el Retiro Médico. Hay en este momento en nuestro país más de 400 médicos en edad de retiro. Las anacrónicas e injustas leyes Jubilatorias no les permiten acogerse a un merecido descanso. Pensar en una reforma de estas leyes es ilusorio; pero si conseguimos imponer un sistema remunerativo como el expuesto conceptualmente por el Dr. Gregorio podremos crear un sistema financiero de tremendo poderío, capaz de asegurar ese retiro, liberando además para las jóvenes generaciones médicas una tal cantidad de cargos que puedan hacer desaparecer el actual desempleo médico.

Todos los elementos que rápidamente hemos expuesto constituyen las condicionantes previas y absolutas sin las cuales no podremos desembocar en el Seguro Nacional de Salud que todos soñamos. Organismo puro puesto al servicio del bienestar social y donde el Médico se sienta tan seguro como el propio enfermo. Organismo con una dinámica de desarrollo tal que pueda variar permanentemente en el sentido de su perfeccionamiento.

Para terminar diremos que los cirujanos debemos adaptarnos en forma permanente a las situaciones del momento histórico, a fin de que siga siendo válido lo que Guy de Chauliac escribió en el siglo XIV: "El cirujano debe ser intrépido cuando está seguro, y temeroso frente a lo inseguro; debe evitar todos los tratamientos y las prácticas imprecisas. Debe ser humano con el enfermo, considerado con sus colegas, prudente en sus pronósticos. Debe ser modesto, digno, gentil y piadoso. No debe ser codicioso ni extorsionista en lo que al dinero se refiere; sus remuneraciones estarán de acuerdo a su trabajo, a los medios del paciente, a la calidad de sus resultados y a su propia dignidad".