

**CONFEDERACION MEDICA LATINOAMERICANA
Y DEL CARIBE (C O N F E M E L)
V REUNION ORDINARIA
CARACAS, 13, 14 Y 15 DE MARZO DE 2003**

JUEVES, 13-03-03

Dr. EDGARD BUSTOS, Moderador: "A continuación, vamos a oír las palabras de bienvenida a esta V Asamblea Ordinaria de CONFEMEL, a cargo del Presidente de la Federación Médica Venezolana y Secretario General de CONFEMEL, doctor Douglas León Natera".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Presidente FMV y Secretario General CONFEMEL: "Buenos días, doctor Julio Castro, Presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) y demás miembros del Comité Ejecutivo presentes; estimados colegas miembros de CONFEMEL de los países hermanos, colegas médicos venezolanos, invitados especiales, amigos, amigas:

Hoy y durante cuatro días, Venezuela se viste de gala al tener en nuestro suelo patrio una representación gremial internacional de altísima calidad como son los hermanos latinoamericanos y del Caribe que hoy nos visitan. Una vez más, Venezuela es sede. La primera vez, la Asamblea Constitutiva que se realizó en Porlamar, fue para sentar

las bases fundamentales para que esta organización que era en la mente de todos los latinoamericanos, una idea, se cristalizó desde Bolivia y se consolidó en Venezuela. Esta Asamblea estaba prevista realizarla en el mes de diciembre del año pasado, pero la situación del país, aguda, y por demás crítica, nos vimos en la necesidad de diferirla para esta fecha que la organización ratificó el mes pasado en Lima, Perú. Los temas son de vital importancia para los médicos y para nuestros pacientes, porque la génesis y la responsabilidad del médico van directamente en el ejercicio a preservar la vida y que todo aquel que vaya, acuda y nos visite en nuestros consultorios o en la emergencia de nuestros hospitales, sienta que el médico está haciendo algo por él. Aquí, en Venezuela, hemos hecho mucho, ya que durante la historia de esta institución que es la Federación Médica Venezolana, con 57 años de fundada, ha sido una lucha constante por la salud del pueblo de Venezuela. Desafortunadamente, desde esos momentos de la génesis de la Federación Médica, no existen políticas de salud de Estado en nuestro país. Lo que existen son políticas de salud de Gobierno y más particularmente, de hombres. Cada Ministro que pasa por el Ministerio, aplica lo que él cree que debe ser una política de salud, es decir, que no hay una política ni siquiera de Gobierno, sino de aquel que es colocado en el momento durante el tiempo que allí esté. Lamentablemente, esa es la historia que nos ha venido durante, por lo menos, 50 años de nuestra historia republicana. Los últimos cuatro han sido fatales para la

historia de la salud pública en Venezuela, y fatal porque el fracaso ha sido estruendoso. Han regresado enfermedades infecto-contagiosas que creíamos que nunca más iban a venir a Venezuela, como es el caso del dengue, la malaria, el sarampión ... ¿Y qué vamos a decir de la tuberculosis y del sida? Esos son temas que nuestra Comisión de Salud Pública nos va a presentar después que el ciudadano Presidente de la Confederación, doctor Julio Castro, instale esta magna Asamblea. Pero, nosotros, los médicos de Venezuela, debemos mantener permanentemente esta lucha, como es el caso de que en el año 1964 salieron a la calle los médicos del Hospital Pérez de León, de Petare, aquí en Caracas, sólo para luchar y exigir dotación hospitalaria. Asimismo, en el año 1974, los bachilleres y los médicos residentes e internos de los Hospitales Universitarios de la Universidad de Mérida y la Universidad de Oriente, de Ciudad Bolívar, salieron a la calle para pedir también dotación hospitalaria y cuidados intensivos, porque no existían en esos dos centros de salud. Posteriormente, en el año 1987, tres meses después de haber abierto el último hospital que se ha inaugurado en Venezuela, el Hospital Domingo Luciani, del Seguro Social, los Jefes de Servicio, entre los cuales me encontraba, casi lo cerramos, porque no existía el insumo necesario. Les estoy hablando de tiempos en que más o menos teníamos un 37-38% de dotación. Hoy, cuando la dotación llega a un 5%, imagínense la situación de salud en la cual está involucrado nuestro país por las malas políticas y el fracaso de la política de salud de

este Gobierno y, por supuesto, lo que ustedes han visto nacional e internacionalmente, como es la agresividad constante de este Presidente quien nos ha llevado a pelear hermanos contra hermanos, padres contra hijos ... Es decir, toda la sociedad está anarquizada en la pelea diaria de la incidencia política que nos introduce, por lo menos, una vez a la semana, durante siete horas, el Presidente de la República, con sus larguísimas alocuciones donde canta, baila, ríe y celebra cualquier chiste malo que pueda presentar algún acólito, funcionario o no, de su Gobierno, pero, fundamentalmente, los miembros de su partido V República. El domingo cantaba Cumpleaños Feliz y cualquier corrido de algún trasnochado folclorista venezolano que ha compartido alguno de sus permanentes desvelos nocturnos, el Presidente de nuestra República. Con base a eso, los pasados meses de diciembre y enero hubo un paro nacional liderizado por el señor Carlos Fernández, Presidente de la Federación Venezolana de Cámaras y Asociaciones de Comercio y Producción (FEDECAMARAS) y el señor Carlos Ortega, Presidente de la Confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV) y la Coordinadora Democrática, representando a las fuerzas civiles y democráticas del país. Durante dos meses paramos para demostrarle al mundo el dictador que tenemos. El señor Carlos Fernández fue apresado el 2 de febrero, en horas de la madrugada, un hombre relativamente joven, de 55 años, con hijos pequeños de 10 ó 12 años. Tuvo en la cárcel muchos problemas de salud, y en la actualidad ..., estamos entre

médicos y no estoy yendo en contra del secreto médico, pero acá tengo los informes del internista que lo atiende y del urólogo. Su condición de salud es precaria. Sin embargo, hoy está en su casa por cárcel, pero la Fiscal y la Juez están buscando llevarlo nuevamente a la cárcel y eso sería fatal para este señor. Esta breve información quería traerla como una denuncia para que nosotros la tengamos en mente y sepamos lo que está haciendo el Gobierno con los venezolanos. Aquí vemos que la salud de un venezolano no le interesa a este Gobierno. Algunos de ellos, han dicho: "No importa que se muera, pero métenlo preso".

Colegas, no quería darles malas noticias, pero esa es la situación de nuestro país. Aquí estamos en pie de defensa de la democracia venezolana. Creemos que debe existir un cambio democrático, un cambio en las mesas electorales, y que próximamente por obligación deban realizarse elecciones según la Constitución de la República de Venezuela.

Estimados amigos latinoamericanos, colegas amigos venezolanos, bienvenidos a Venezuela, bienvenidos a esta casa de la Federación Médica Venezolana que hoy es de ustedes durante estos cuatro días y permanentemente. Bienvenidos, estimados amigos latinoamericanos".

Dr. EDGARD BUSTOS, Moderador: "A continuación, palabras de instalación de esta Asamblea a cargo del doctor Julio Castro Gómez, Presidente de CONFEMEL".

Dr. JULIO CASTRO GOMEZ, Presidente CONFEMEL: "Muy buenos días a toda la distinguida concurrencia, médicas y médicos de Venezuela, y delegados de las distintas organizaciones bases de nuestra Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. A nombre del Comité Ejecutivo de la CONFEMEL, quiero expresar nuestra complacencia por encontrarnos entre ustedes, en Caracas, en el seno de una institución tan apreciada por nosotros como es la Federación Médica Venezolana. Ha hecho muy bien el doctor Douglas León Natera, en recordarnos que precisamente, Venezuela fue la sede de la Asamblea Constitutiva de nuestra Confederación, porque la Federación Médica Venezolana, desde un primer momento ha sido una de las organizaciones promotoras más activas en llevar adelante la constitución y el desarrollo de nuestra Confederación. Nuestra Confederación responde a la necesidad que tenemos los médicos del continente, de crearla como un espacio en el cual podamos compartir nuestras experiencias sobre nuestra profesión y sobre la salud de la población de América. En unas circunstancias en las que en América Latina soplaron vientos muy fuertes y aún continúan produciéndose las tendencias con relación al proceso del desarrollo económico y social neoliberal, y porque de alguna u otra manera las características de esta ofensiva contra los derechos sociales de nuestra

población, en particular, los de la salud, la educación y la seguridad social nos afectaba a todos nosotros, es que llegamos al convencimiento de que frente a amenazas globales, era indispensable también respuestas globales que recogieran las percepciones, las inquietudes y las propuestas de los médicos y médicas de todo el continente americano. Pero lo hicimos también convencidos de que los médicos de América tenemos una larga tradición, en la cual hemos buscado acercarnos para compartir nuestras inquietudes y problemas, porque nuestra CONFEMEL se siente continuadora de la Federación Médica Panamericana que en el año de 1946, en el Congreso de La Habana, la conformaran los médicos de todo el continente. Esa Confederación Médica Panamericana tuvo una importante experiencia y de desarrollo por muchos años, pero, lamentablemente, también los procesos políticos, los vaivenes de nuestra América que han detenido nuestro desarrollo, que han vulnerado la construcción de nuestra democracia, impidieron allá en los años de la década de 1970, que esa Confederación Médica Panamericana pudiera continuar en el desarrollo de sus objetivos, y hubo un lapso entre entonces hasta 1996-1997, en que retomamos el impulso por construir nuestra organización en momentos, como decía, de agresión contra los derechos sociales de nuestra gente, particularmente en salud y seguridad social. Por eso, nuestra Confederación está teniendo un importante desarrollo buscando responder a las inquietudes y a los problemas que afectan a la profesión médica y estos son diversos. Una principal preocupación

que tenemos es por la salud de nuestra gente, porque el derecho a la salud sea una práctica cotidiana y no simplemente una redacción escrita en un papel, que no se cumple, lamentablemente. Nuestra Confederación, desde su conformación, ha asumido el enfoque de la salud como derecho humano de las personas, como derecho fundamental a contracorriente, justamente, de aquellos enfoques que consideran que la salud es una mercancía y que la prestación de los servicios de salud es un negocio. Nosotros asumimos que la salud es un derecho de las personas, es una responsabilidad pública y del Estado y, por supuesto, también de las personas, de la familia y de la comunidad, en la que debemos crear las condiciones para su ejercicio efectivo por toda la población. Nos preocupa que, lamentablemente, ésta no sea una realidad en todos nuestros países y que muchas personas particularmente de los sectores menos favorecidos, no tengan acceso permanente a servicios de salud, a programas de salud, y que el nivel de salud de nuestra población presente aún indicadores no favorables. Este es un problema principal que nos preocupa. En consecuencia, nos preocupa la forma como están organizados los sistemas de salud para dar cuenta y atender este derecho de las personas, y de ahí que en el intercambio de las experiencias busquemos hacer realidad propuestas que se orienten hacia la universalización del acceso a la atención de la salud, pero que además de la universalización, que nadie se quede sin acceder a este servicio fundamental y lo haga mediante prestaciones de

calidad. Creemos que estos son aspectos centrales de nuestra preocupación.

Delante de estas preocupaciones, está el compartir las dificultades que tenemos en nuestro ejercicio profesional. De una u otra manera hay varios procesos que nos preocupan. Nos preocupa la proliferación de las Facultades de Medicina. Nos preocupa que éstas no tengan estándares de calidad y que, en consecuencia, el incremento vertiginoso de ellas y de los nuevos profesionales médicos, afecte a la calidad de la atención y a las condiciones laborales y remunerativas de los médicos. Por eso es que buscamos enfrentar este proceso, a través de llevar adelante mecanismos de aseguramiento de la calidad de la formación de los profesionales, así como también a que la formación de los mismos responda a las necesidades de nuestra realidad social y de salud. Nos preocupa el desarrollo de nuestra profesión en medio de un entorno en el que la revolución científico-técnica tiene en el área de la salud, particularmente en lo que se refiere a la informática y a la ingeniería genética, avances extraordinarios, y que, en consecuencia, en medio de esa revolución científico-técnica, el mandato ético que tenemos de estar permanentemente actualizados, nos exige poner en marcha procesos de actualización y recertificación profesional de manera autónoma por nuestras organizaciones médicas, representativas y colegiales. Este es un tema vital para la profesión médica, en momentos en que un proceso de globalización

pone en circulación los recursos humanos calificados y que tenemos que ser sumamente exigentes para que estos puedan circular libremente en nuestros países. Este es otro tema que tenemos, cual es el de la migración de los médicos en América Latina, migración que tiene que ver con el problema de la existencia de diferentes tipos de mercados, de realidades nacionales, pero que también tiene que ver con decisiones políticas. Justamente, varios países de nuestra Confederación, Brasil fue el primero de ellos, Centroamérica, así como Colombia y mi país (Perú), también han lanzado la alerta a migraciones de médicos dirigidas políticamente que le quitan el lugar de trabajo a los médicos nacionales que tienen necesidad de brindar y poner en práctica su formación profesional en apoyo de la solución de los problemas sanitarios de sus países, pero que por políticas públicas inconvenientes, laborales, no pueden hacerlo y se mantienen alejados de esa oportunidad, pero, sin embargo, por razones políticas se busca traer médicos de otras realidades. Es también un desafío permanente a nuestra profesión, el problema de la exigencia de la calidad de la atención, el problema que tiene que ver con que esta práctica profesional se haga dentro de la mejor manera y dentro de un marco ético y deontológico que garantice la comisión mínima del error médico y que enfrente las demandas que hoy se hacen con relación a la denominada mala práctica profesional médica, que cada día es más creciente, que cada día la vemos como parte del desarrollo del sensacionalismo de algunos medios de

comunicación y que afectan severamente a los profesionales y, por supuesto, también a nuestros pacientes. Por eso es que creemos muy importante compartir experiencias entre nosotros para orientados al ejercicio excelente de nuestra profesión y a garantizar prestaciones de calidad, actuemos como debe ser siempre en nuestro campo, con una prevención primaria para que no se presenten estos problemas, o cuando se produzcan sean mínimos y puedan superarse y nada mejor para eso, no sólo que la actualización permanente de los profesionales, del mantenimiento de sus conocimientos, competencias y habilidades profesionales, sino también el reforzamiento del marco ético de nuestra actuación que es fundamental para garantizar la práctica de nuestros principios de beneficencia, de no maleficencia, de justicia y de solidaridad con nuestros pacientes. La nueva relación médico-paciente, el diálogo con nuestros pacientes, es fundamental para abordar la prevención de estos problemas. El trabajo médico, la ética médica, la formación profesional, la educación continua, las condiciones laborales y remunerativas, son nuestras preocupaciones comunes como Confederación, al lado de aquellas que tienen que ver con la situación de salud de nuestra profesión.

Esta V Asamblea tiene en su agenda discutir estos problemas, y lo hacemos en una realidad como la venezolana que vamos a tener ocasión de conocer más intensamente con las presentaciones que van a hacerse

ahora, pero en las que siempre y desde un primer momento, la Confederación ha expresado su respaldo total, su solidaridad con la lucha de la Federación Médica Venezolana a favor de la salud de su pueblo y los derechos de los médicos que la integran. Quiero reafirmar esta posición de la Confederación, doctor Douglas León Natera, y a todos los colegas venezolanos, de esta posición firme y solidaria de la Confederación, con la justa lucha que ustedes desarrollan a favor de la salud de su gente y de los derechos de los médicos y médicas venezolanas. Naturalmente, por supuesto que como ciudadanos de América, nos sentimos preocupados por los acontecimientos, pero somos absolutamente respetuosos de la libre determinación de los pueblos, deseando que se encuentren soluciones en el marco de la democracia, del estado de derecho, de la Constitución, del respeto de los derechos humanos fundamentales de todas las personas, de todos los ciudadanos y ciudadanas venezolanos. Hacemos votos porque esta República encamine su desarrollo en un ambiente de paz, en un ambiente de democracia que es la que queremos para todos los pueblos de América.

Con estas posiciones y con esta agenda, damos inicio a la V Asamblea Ordinaria de nuestra Confederación y estamos convencidos que con su hospitalidad y la participación de todos los delegados, alcanzaremos los objetivos que nos hemos propuesto para ello. Muchas gracias".

Dr. EDGARD BUSTOS, Moderador: "El Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana ha considerado importante en el marco de la conferencia que se dicta en la primera Asamblea plenaria de CONFEMEL, incluir la conferencia que se refiere al tema central que se discutió en nuestra LVII Reunión Ordinaria de la Asamblea efectuada en Maturín, en noviembre de 2002. Este tema se llama **"Incremento de las Enfermedades Infecto-Contagiosas y Políticas de Salud Gubernamentales"**. Se encargó de ello la comisión del tema central y vamos a disertar sobre este tema, de la siguiente forma. En primer lugar, el doctor Douglas León Natera nos va a hablar de la política de salud. Posteriormente intervendrán los miembros de la comisión, doctores Pablo Salcedo, Ninette Barboza, Saúl Peña, y finalizando, el doctor José Enrique Meyer Machado, para la primera parte de esta conferencia. Luego tendremos otra conferencia que se refiere a la experiencia venezolana en Medicina Vial, dictada por el doctor Rafael Ortega, Director Nacional de Medicina Vial.

Tiene la palabra el doctor Douglas León Natera".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Presidente FMV: "El tema en referencia se trató en la Asamblea Ordinaria de la Federación Médica Venezolana, realizada en Maturín, Estado Monagas, en noviembre de 2002. Este tema fue escogido el año anterior, en la ciudad de San Cristóbal, como asunto que había comenzado a discutir en los hospitales y en la calle, la Federación Médica

Venezolana, porque habíamos observado en el año 2001, la presencia despiadada de repuntes de enfermedades infecto-contagiosas en nuestro país. Por eso consideramos importante traerlo a esta mesa de trabajo como una presentación hecha por la comisión que coordina el doctor Pablo Salcedo. Me corresponde como Presidente de la Federación Médica, hacer la introducción. Me han pedido que sea breve. Voy a tratar de hacerlo siguiendo los minutos que siempre aplica el coordinador Pablo Salcedo.

La situación no sólo es de las epidemias, porque el siguiente punto a tratar referente a Medicina Vial, también es parte ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 1*).

(Continúa cassette nro. 1, lado "B").

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Presidente FMV: "... Vamos a conocer la información de la situación endémica y epidémica de la morbilidad y mortalidad que se origina en épocas pico en nuestro país. ¿Qué tenemos de seguridad social? Vamos a ser dinámicos en la presentación, porque son solamente puntos que les quiero dar, ya que en Venezuela no tenemos seguridad social en estos momentos, sólo una ley que posteriormente les voy a decir cuándo la aprobaron. Tenemos endemias que se transforman en epidemias y eso es una emergencia en Venezuela, como es el caso del dengue y las enfermedades que les he mencionado, donde al final corre el riesgo, el venezolano, o el que habita en Venezuela, de llegar a la

emergencia de algún hospital. Este es un cuadro internacional del dengue por país y por semana, del año 2000, donde tenemos un repunte importante en América Latina, la cuenca del Caribe, incluso, al sur de Norteamérica, por años y décadas desde 1930 hacia acá. Esto es lo que vimos entre el año 2000 y 2001 donde en Venezuela, en la semana 35, teníamos, aproximadamente, 23.000 casos de dengue. En ese momento, la Federación Médica le indicó a la Ministra de Salud, la emergencia que teníamos en el país y que era necesario declarar la emergencia sanitaria. Tuvimos respuesta inmediata. Dos horas más tarde, el Presidente de la República le respondió al Presidente de la Federación Médica, en cadena nacional, diciéndonos ... En esa época no hablaba de golpismo. En esa época hablaba de escuálidos y de producto de la corrupción en los 40 años de la democracia. Al final del año 2001, no solamente existían 23.000 casos y un muerto, sino que subió a 16 muertos y más de 83.000 casos de dengue. Esos muertos debemos colocarlos en la cacha del fusil del Presidente o en el mango de la espada, que según dijo el domingo de la semana pasada, que la desenvainaba para nunca más envainarla, o sea, que nos va a echar otra vez la vaina aquí en Venezuela. En el 2002, éste es el esquema internacional que tenemos al sur de Norteamérica, toda la cuenca del Caribe y casi toda Suramérica con dengue, con la excepción de Perú, parte de Bolivia, parte de Argentina y Chile. Este es el resumen de las alertas epidemiológicas, toda vez que la Comisión de Salud de la

Federación Médica no da cifras de las que nos presentan nuestros Colegios de Médicos a través de los hospitales, sino que nosotros damos las alertas epidemiológicas que el propio Ministerio de Salud Pública emite semanalmente vía Internet. Aquí tenemos el resumen de diciembre de 2002. Estamos hablando de malaria. En el año 2001 tuvimos 23.800 casos, y en el 2002, 29.400. Subimos alrededor de 7.000 casos. Los estados más afectados son Sucre, Amazonas y Bolívar. Este gráfico es por sexo. Podrán observar que hay 17.000 casos masculinos y 19.000 femeninos, de un total de 29.700 casos de esta afección en Venezuela. Esta es la información de febrero pasado, de los casos de malaria. Hay una reducción, pero siempre permanece la presencia drástica en Amazonas, Sucre y Bolívar. El 90% de los casos están en estos tres estados.

¿Quién debe hacer cumplir la Constitución? Según la Constitución de la República de Venezuela, el Estado está obligado a buscar los recursos, enviarlos a los centros, es decir, garantizar la salud y la vida. Debemos cumplirlos todos, por supuesto, la comunidad, los funcionarios y el Presidente de la República. Pero quien debe dar el ejemplo es el Presidente. Resulta que aquí, en Venezuela, el primero que incumple con la Constitución es el Presidente de la República.

En el contexto legal tenemos diferentes aspectos, en primer lugar, la Constitución que es la madre de nuestras leyes, hasta llegar a la Ley de Ejercicio de la Medicina.

Los artículos que nos garantizan la dotación ... Aquí, según lo establecido por la Ley de Ejercicio de la Medicina, la Federación Médica es la asesora natural del Ejecutivo Nacional, siempre y cuando ellos lo soliciten. Nunca lo han solicitado. El Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana actual, se ha dado a la tarea de orientar desde afuera al Gobierno con políticas de salud. Le presentamos verbalmente un plan de políticas de salud que fue la ponencia que se discutió en el año 1998, en la ciudad de Puerto La Cruz, y no fue ni siquiera recibido por el Presidente de la República. Nuestra Ley del Ejercicio de la Medicina, ubica y le indica a la Federación Médica lo que debemos hacer nosotros para que se cumpla esta ley. Sin embargo, el Gobierno se ha empeñado en traer supuestos profesionales de otras latitudes, como es el caso de cubanos que están ejerciendo ilegalmente la profesión médica en Venezuela.

Anualmente, hacemos nuestra Asamblea Ordinaria, y en la Asamblea realizada en Coro, en el año 2000, revisamos la Ley Orgánica de Seguridad Social. Los Gobiernos de Venezuela están en mora con esta ley. Sin embargo, la hemos estado exigiendo. ¿Qué pedíamos los venezolanos? Que se discutiera a profundidad una ley para que pudiéramos aplicarla con toda su intensidad, en Venezuela. Esta ley, sorpresivamente, en horas, en diciembre pasado, fue discutida y aprobada por los diputados a la Asamblea Nacional afectos al Gobierno, aprovechando el paro nacional donde el 48% de los

diputados estaban acompañando al paro y no estaban asistiendo al Congreso Nacional. Aprobaron esta ley, que nuestro coordinador, el doctor Antonio Clemente, miembro de la Academia, en el momento en que estemos discutiendo sobre este punto les va a hacer una presentación importante e interesante, por lo menos, una media hora sobre esta ley que al final de ella, en primer lugar, no hay estudios actuariales de cuál es el costo de la seguridad social en Venezuela, según lo aprobado en esa ley. Tampoco van a ser designados los representantes o responsables de esta política para aplicar esta Ley de Seguridad Social, por el Consejo de Ministros, sino que es sólo una sola persona, el Presidente de la República, quien va a designar las cuatro comisiones especiales, y verán ustedes qué es lo que va a suceder allí, y van a tener un tiempo de cinco años para su implementación.

Este es el resumen del Estatuto de la Federación Médica.

¿Qué pasó en el año 1999? Que se fusionó el Ministerio de Salud con el Ministerio de la Familia, y se creó el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, pero sin aplicación de modelos de atención integral y sin la creación de un sistema público nacional de salud. ¿Qué pasó allí? El producto ha sido una lucha continua con diferentes estrategias, que nos ha permitido mantener la Institución en pie, o sea, la Federación Médica, sin lograr aún consolidar las demandas laborales de parte de nosotros, los médicos. Los hospitales están en el suelo,

cayéndose. Este es el ejemplo de un hospital venezolano en el Estado Amazonas, donde desafortunadamente, en el mes de julio del año pasado, se desplomó el techo de la emergencia y el área quirúrgica, siendo ése el único hospital tipo III sin la clasificación que existe en este país. ¿Qué ha hecho la Federación Médica? Ha estado luchando durante estos dos años realizando paros, mucho diálogo, etc., pero sin resultados. La prensa nos ha apoyado mucho en toda esta situación. Hemos ido al Tribunal Supremo de Justicia para ejercer nuestro derecho contra el Presidente de la República y la Ministra de Salud, por permitir el ejercicio ilegal de la medicina por estos supuestos médicos cubanos. Introdujimos un recurso de amparo a la salud ante el Tribunal Supremo de Justicia, en el mes de septiembre pasado. A estas alturas, no tenemos respuesta. La respuesta que dio el Tribunal Supremo de Justicia, luego de diez meses de introducida esta demanda contra el Presidente de la República, fue que no existían suficientes pruebas para admitir este recurso. ¿Y qué decimos nosotros? Que el Presidente ha mostrado en prensa, radio y televisión, incluso, ha condecorado a estos cubanos, y los Gobernadores y Alcaldes de estos seis estados que les he mencionado, los han declarado, incluso, hijos ilustres de las regiones, y eso no es suficiente evidencia, además de los escritos que introdujeron nuestros abogados ...

Al final del cuento, en enero de 2003, aplican un impuesto al valor agregado a la salud privada. En este

país donde apenas tenemos un 5% de dotación hospitalaria y en ese porcentaje garantizamos nosotros la salud y la vida a los pacientes, están aplicando un impuesto al valor agregado a la medicina privada y han colocado a los médicos como agentes de retención. La Federación Médica también introdujo un recurso de nulidad como una medida precauteladora de suspensión de efectos. Tampoco tenemos respuesta por parte del Gobierno.

Hemos denunciado al presidente Chávez en todas las instancias, como es el caso nuestro de la Confederación Médica Latinoamericana, con las expresiones magníficas que nos ha dado nuestro presidente Julio Castro, y todos los Presidentes de nuestras Asociaciones que le han dado el apoyo a Venezuela y a otros países que tienen alguna situación parecida. Tenemos un paro médico desde hace once meses, tres semanas y dos días, y aún no hemos logrado resoluciones. Hoy, se está dando una importante reunión en el Ministerio del Trabajo. Es muy probable que se tomen decisiones, donde pudiéramos estar, incluso, suspendiendo el paro.

Estos son los comunicados de prensa que permanentemente estamos sacando en la prensa nacional, y estos son los resúmenes de las agresiones a los médicos. Pueden observar a dos colegas saliendo de la emergencia del Hospital Domingo Luciani, los cuales fueron abaleados. Treinta impactos de bala tiene este vehículo. Milagrosamente, un colega no fue ni siquiera rozado por

las balas, y el chofer, doctor Hassan Duarte, recibió dos impactos de bala, uno que le interesa el plexo braquial y le afecta la movilidad en más de un 95%. El doctor Duarte es residente y cursante del segundo año de Traumatología. Imagínense qué le espera a este futuro profesional. Extrañamente, este colega, que viene sentado en su vehículo, recibe un tiro en la región lumbar. El colega que venía en el vehículo de atrás, observó que al salirse del carro le dieron en el piso. Afortunadamente, no interesó órganos vitales. Le fracturó la quinta transversa de la lumbar. Está vivo nuestro colega y recuperándose en su casa. Esto es producto de toda la agresividad ... Pueden ver una asamblea en El Llanito donde por miedo, los médicos decidieron dar una tregua y pedir más protección. Aquí pueden ver cubanos ejerciendo ilegalmente en el Estado Vargas. Observen esta lucha en la calle. Esta es la agresividad que recibe la gente. Aquí mostramos una gráfica de los muertos del pasado 11 de abril. ¿Cuál es el gran problema? La inseguridad dentro de los hospitales y en nuestras calles, sin respuesta gubernamental, agresividad iniciada por el propio Presidente de la República, hospitales desabastecidos que, como les he dicho, apenas tienen abastecimiento en un 5%; despidos en la industria petrolera, la segunda industria más exitosa del mundo, se ha convertido quizá en la peor, porque de 40.000 empleados han botado a más de 20.000 y la han regresado a los momentos de la nacionalización: sólo extracción. No se está haciendo más nada aquí en Venezuela, y la

gasolina se está importando. La gasolina la están comprando cambiando un barril de gasolina por tres de petróleo. El ejercicio ilegal de la medicina está auspiciado por el propio Gobierno. Asimismo, la educación, trayendo de Cuba supuestos maestros y entrenadores deportivos. Por otro lado, quieren aprobar la "ley mordaza" para ser aplicada a los medios de comunicación. Incluso, le niegan los dólares a la prensa para comprar papel periódico. El IVA a la salud es lo peor que han hecho. En resumen, hay una ingobernabilidad. Esta es una dictadura electa.

La Federación Médica, ante esta gran agresividad y la situación que está sucediendo en Venezuela, y en vista del peligro que implican los tres escenarios que ha planteado el Gobierno como son: confrontación civil-civil, civil-militar y militar-militar, con una cantidad de muertos calculados entre 800 y 80.000 personas, ha creado la Comisión Especial de Seguridad Social, con un plan de contingencia médico-quirúrgica, con un nivel central que lo da el propio Comité Ejecutivo de la FMV y una coordinación central por su Presidente, con dos grandes comisiones coordinadas por los doctores Pablo Salcedo, Sanitarista; Antonio Palomo, Quirúrgico; y Rafael Belmonte, Clínico. A nivel de la Federación Médica, el Comité Operativo está integrado por la Secretaría Ejecutiva, la Dirección de Medicina Vial y nuestro Jefe de Prensa, a fin de darle divulgación a este plan e iniciativa de la Federación Médica, con apoyo a

ese nivel operativo, de la Dirección Nacional de Defensa y Protección Civil, Direcciones de Salud del Area Metropolitana, Red de Sociedades, Cruz Roja Internacional, Damas Salesianas, Los Amigos de Sucre Asociación Civil e instituciones similares. Nuestro principal apoyo son los médicos. En el Area de la Gran Caracas hay 600 médicos dispuestos y disponibles ante cualquier eventualidad para ir a las clínicas cuando nos llamen, reforzar las emergencias de los hospitales o acudir al lugar donde se realicen estos hechos. Nuestro principal recurso, es el humano, o sea, los médicos, y la base operativa que es la Federación Médica Venezolana.

Colegas, muchas gracias. Espero que ayuden a Venezuela divulgando toda esta situación y todos debemos cuidar la salud de nuestro pueblo".

Dr. PABLO SALCEDO NADAL, : "Señores miembros del Comité Ejecutivo de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), señores miembros del Comité Ejecutivo de la Federación Médica, directivos, invitados especiales, representantes de diferentes organizaciones internas de la Federación Médica:

Hoy estamos con un compromiso con relación a presentarle a ustedes, lo que ya viene trabajándose en la Federación Médica desde hace más de tres años, que son la lucha permanente contra las diferentes enfermedades, en este caso, contra las enfermedades infecto-contagiosas. En la

Asamblea realizada en el Estado Táchira, en el año 2000, se aprobó en el mes de octubre una ponencia que se denomina "Incremento de Enfermedades Infecto-Contagiosas y Políticas de Salud Gubernamentales". En esa ponencia, tuvimos el apoyo de la Asamblea y del Comité Ejecutivo, y trabajaron en la ponencia, quien les habla, y los doctores Barboza, Antonio Rodríguez Moreno, Santes, Saúl Peña, Yasmín Mijares, Dinora Moci, José Enrique Machado, Candelaria Aguilar y Zobeida Uzcátegui. ¿Cómo nace esta ponencia? Ya les he señalado que es materia de Asamblea, pero antes de ésta, nosotros teníamos material de los foros, simposios y reuniones de tipo científicas, más las consultas con especialistas en la materia de Enfermedades Infecto-Contagiosas. Hay que dar las gracias a las diferentes universidades que intervinieron, que los expositores van a señalarlas específicamente. A mí me toca la parte inicial de esta ponencia, que tiene un resumen de 50 páginas. El material de soporte tiene 2.000 páginas. Incluso, hemos incluido un documento importante de la OPS-OMS, que es el libro de las enfermedades transmisibles de la OPS-OMS, y esperamos que ese cd que le hemos entregado a todos ustedes, que fue repartido en la Asamblea de Maturín, en el mes de noviembre del año pasado, les sirva de orientación y para que vean en qué nos pueden dar aportes y soluciones con relación a esta parte que es de gran interés.

Si nosotros leemos los periódicos nacionales y vemos la televisión, nos encontramos la situación de crisis en el

país, situación de crisis que no solamente es en el área de la salud, sino que nos encontramos nosotros con los aspectos del desempleo; a mayor desempleo, mayores problemas con relación a desarrollo del país. Tenemos un desempleo que está por el 25%, según la última información de anoche de las oficinas gubernamentales y otra oficina que se llama CENDA, pero esto va a degenerar también el desempleo, en otros aspectos, que son muchos, pero el más importante es la pobreza. Se ha señalado a través de las universidades, que los indicadores de pobreza tenemos que dentro del esquema de la utilización de la cesta básica general, el 83% de los venezolanos están en pobreza, según datos oficiales. Si bajamos a la pobreza crítica, resulta que los datos oficiales están en el 33% y algunos lo señalan en el 46%. ¿Y qué es pobreza crítica? Es la pobreza del fogón, de la cocina ..., personas que no tienen la capacidad económica para comprar la cesta básica de alimentos. Entonces, desempleo más pobreza trae enfermedad y con el complemento de que la calidad de educación, tanto en calidad como en cantidad, no es suficiente. Eso trae un ambiente y un aspecto desolador que ya lo resumió el doctor León Natera, Presidente de la Federación Médica, en su exposición, y que no voy a tocar.

Voy a tocar nada más un tema de las 60 páginas que nos correspondió presentar como resumen de la ponencia, y mis otros colegas que están en el orden establecido por el Secretario Ejecutivo, tendrán la oportunidad de

exponerlo. Por instrucciones del doctor León Natera, trataré de ceñirme a tres minutos.

Entonces, comienzo con el punto "Antecedentes Universales de Equidad". Tenemos la Carta de Ottawa, conocida por todos ustedes, principalmente por los que manejan la parte de salud pública. En 1986, señalamos que para la promoción de la salud debíamos reorientar los servicios de salud, pero también señalamos la parte de educación, se indicaron los nuevos estilos de vida y los de comportamiento. Luego, podemos saltar a 1992 con la "Declaración de Promoción de la Salud y Equidad", en Santa Fe, de Bogotá, de gran importancia, porque es la salud y equidad con relación a la educación. Bueno, pero podemos hablar de los marcos referenciales de promoción de salud, desde los griegos hasta nuestros días: "Mente sana en cuerpo sano", o al revés, y la Conferencia Internacional que acabo de señalar, en el año 1986, en Ottawa, que fue el diseño básico de los programas de salud que todavía están vigentes en Canadá. La Conferencia de Leiden, Australia, también habla de esto: "Un llamado para la acción de la Organización Mundial de la Salud", en el año 1989; "Orientaciones Estratégicas", en el año 1990; la Conferencia ..., en Suecia, en 1991; Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá, en Colombia, ya señalada; la Carta del Caribe; la Conferencia Internacional, de Yakarta; la V Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, en México, de grandes aspectos, donde se señalaban también los aspectos ambientales; la

Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, en el año 2002; el Foro Interactivo por la Equidad en la Salud, Tema "Plan, Auge y Equidad. OPS", en abril de 2002; "Democracia y la Salud, de la Letra a la Vida", muy importante en este momento, de la letra a la vida, que es lo que está trabajando la Federación Médica y que está orientándola ... La marcha que se hizo hace pocos días fue por la salud y por la vida. Entonces, esto es de gran importancia porque estamos dentro de los aspectos de la lucha en relación por la vida y por la salud ...

"Situación de Salud en Venezuela": El doctor León Natera ha hecho un señalamiento, pero aquí podemos nosotros tomar algunos puntos muy importantes con relación a recursos y servicios, los indicadores básicos, la esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y población mayor de 65 años. Ya tenemos problemas en los dos extremos: esperanza de vida y la población mayor de 65 años que no está atendida en este momento, a pesar de que existe la legislación que ha sido señalada.

"Los Aspectos Socioeconómicos": Pobreza, desempleo, escolaridad, economía informal, estos son aspectos que acabo de tocar. Morbilidad y factores de riesgo, por qué consulta la población ... Bueno, tenemos desnutrición. ¿A qué definición y dónde podemos llegar nosotros con relación a equidad? Equidad conlleva el principio de igualdad de oportunidades para conseguir el máximo desarrollo del potencial individual y social, al evitar

en lo posible aquellos factores que limiten dicho desarrollo. En este sentido, el término equidad tiene connotaciones éticas y morales que lo diferencian de igualdad. La fuente de esta información es la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS. Cuando yo hablo de equidad, es porque en todos los programas sociales de desarrollo económico, de salud, de educación, está la inequidad. Entonces, hay que grabarse que hay inequidad en todos los programas del país. Con relación a equidad, ¿puede promoverse la equidad mediante instrumentos de política? Sí. ¿Se puede mejorar la focalización de los recursos hacia las personas más necesitadas? Sí. Eso se está haciendo.

"Oportunidades de Vida versus Oportunidades de Salud": Aquí se señala oportunidades de vida vs. oportunidades de salud, pero, realmente, lo que tenemos nosotros en este momento son las oportunidades de muerte.

Bueno, éste es un cuadro de los diferentes esquemas para compararlo con el esquema que tenemos en este momento, que hay ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 2*).

(*Continúa en cassette nro. 1, lado "B"*).

Dr. PABLO SALCEDO, : "... Entonces, hay una inequidad en todos los programas del país. Con relación a equidad, ¿puede promoverse la equidad mediante instrumentos de política? Sí. ¿Se puede mejorar a

focalización de los recursos hacia las personas más necesitadas? Sí, eso se está haciendo.

"Oportunidades de Vida versus Oportunidades de Salud": Aquí se señala oportunidades de vida vs. oportunidades de salud, pero, realmente, lo que tenemos nosotros en este momento son las oportunidades de muerte.

Bueno, éste es un cuadro de los diferentes esquemas para compararlo con el esquema que tenemos en este momento, que hay inseguridad jurídica, inseguridad personal, inseguridad alimentaria y todos los tipos de inseguridad. Entonces, podemos hacer un recorrido por todas las filosofías universales y llegar a la conclusión de que no se aplica ninguna de este tipo, sino que estamos viviendo y desencadenando un régimen de terror.

Esto lo señaló el doctor León Natera, con relación a la Ley Orgánica de Seguridad Social, a los artículos importantes de la ley ...

La Constitución Nacional no se cumple. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud está en revisión. La Ley del Seguro Social; la Ley Orgánica de Prevención de Condiciones y Medios Ambientales del Trabajo vigente, que no se instrumenta ni se cumple; la Ley Orgánica del Régimen Municipal, que en este momento más bien se está centralizando todo en lugar de la descentralización que tiene; la Ley Orgánica de Descentralización del año 1989,

es materia muerta con relación a las ejecuciones de este régimen gubernamental ...

La Federación Médica, en diferentes documentos que se han señalado y que informó el doctor León Natera, se rompe la equidad cuando nosotros estamos haciendo las documentaciones públicas de la Federación Médica ...

La Federación Médica tiene logros muy importantes en materia gremial, reivindicativos, científicos, de investigación, docentes, socioeconómicos y de proyección comunitaria, e igualmente la disposición legal de servir de organismo consultivo al Ejecutivo Nacional ... El artículo 70 fue leído ...

Si revisamos las ponencias aprobadas en las diferentes Asambleas de la Federación Médica, veremos que tenemos cuatro congresos médico-sociales y uno próximo que va a hablar de desnutrición.

La ponencia de la Federación Médica Venezolana: "El aborto en Venezuela", en este momento es una materia de distracción, porque se quiere aprobar una ley de aborto que no ha sido consultada con ninguna organización.

Entonces, tenemos material suficiente como para nosotros responder con la materia que tiene la Federación Médica que es a nivel nacional y de aspectos internacionales, o sea, que hay material de esta Federación y en esta

reunión de CONFEMEL ... La organización de CONFEMEL tiene estos aspectos más los que van a aportar para llegar a documentaciones y recomendaciones muy positivas.

Finalmente, tengo que recordar a un maestro de salud pública que es el doctor Arnoldo Gabaldón. En el año 1945, antes de ser Ministro, él señalaba en uno de sus documentos: "... Adopté la política denominada entonces *integralista*, ya que se decía que las acciones de curación estaban divorciadas de la prevención. Con base a la doctrina integralista, se fortalecieron las medicaturas rurales, los centros de salud y los establecimientos integrales de salud". Gabaldón, en su filosofía y doctrina, estaba señalando lo que nosotros llamamos hoy y que es letra muerta en las leyes que está ejecutando la nación.

Aquí podemos determinar nosotros que el único servicio que un amigo puede ofrecerte, es ayudarte a mantener tu valor mostrándote un espejo en el cual puedas ver el reflejo de una imagen noble ...".

Dra. , : "Buenos días amigos y amigas, distinguidos invitados. Realmente, la parte que me corresponde es hablar sobre la "Clasificación Internacional de Enfermedades", y hemos hecho un resumen de las enfermedades que realmente son problemas y problemas muy agudos en nuestro país en este momento. Vamos a comenzar hablándoles un poquito de lo

que es la clasificación internacional de enfermedades. La clasificación internacional de enfermedades, como ustedes saben, se está rigiendo desde hace más de 100 años, o sea, que es un libro que tiene gran importancia. Traigo un cd que se preparó con material que nosotros dimos, en nuestro Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, que es un centro colaborador de la Organización Mundial y de la Oficina Panamericana Sanitaria. Les traigo los antecedentes e importancia de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), cómo ha sido editada la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, cuál es el contenido principal de los tres volúmenes que en este momento estamos utilizando a nivel mundial en todos los idiomas ... Por primera vez se hizo la Clasificación Internacional de Enfermedades, en Venezuela, y la estamos utilizando a partir del año 1996, que representó un trabajo arduo hacer la traducción y adaptación con la experiencia que teníamos nosotros de todos los países latinoamericanos. La Clasificación ha cambiado en el tiempo, respondiendo a los avances de la medicina. Recuerden que las enfermedades casi son todas las mismas. La única que ha aparecido nueva es el problema del sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). La medicina avanza más en los procedimientos médicos y quirúrgicos, pero en enfermedades, solamente a partir del año 1979-1980 fue cuando se detectó el primer caso de sida a nivel mundial. En Venezuela, se detectó en el año 1982. Tiene tres volúmenes, como les he mencionado. En el Volumen I, está

la "Lista Tabular de Inclusiones". El Volumen II es el "Manual de Orientaciones" para poder tener las reglas de codificación tanto en mortalidad como morbilidad. El Volumen III corresponde al "Indice Alfabético". Los tres volúmenes fueron hechos por primera vez en Venezuela.

¿Cuál es el propósito y la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades? Sencillamente, la Clasificación Internacional de Enfermedades son sistemas de categorías, en este momento, categorías alfanuméricas asignadas a entidades morbosas, de acuerdo con criterios previamente establecidos. La preocupación era responder a la necesidad que había de hacerlo mucho más sistemático y práctico y, sencillamente, lo que se hace es cambiar todos los términos médicos, todos los diagnósticos que dan los médicos, en códigos, de manera que sea fácilmente recuperable y que puedan compararse las estadísticas tanto nacionales como internacionales. En la actualidad y con el avance de la tecnología, realmente, tenemos todos eso en computadora, y como dirían los españoles, que también somos responsables para el habla hispana en España, organizadores. La clasificación consiste en un sistema de códigos, en categorías y subcategorías, los cuales se asignan en términos diagnósticos, términos ordenados ... Siempre, cada vez que hablo a los médicos, insisto en que, por favor, cuando escribamos en nuestros certificados de defunción ... y a partir de la sexta revisión, debido al éxito que había tenido en mortalidad,

se introdujo para la morbilidad, pero, los médicos no oímos, realmente, y no nos dan en la formación de pregrado, sino que en diferentes especialidades nosotros damos las pequeñas explicaciones, que algunos las oyen y otros no ... Nos negamos rotundamente a aceptar siglas. Las siglas quieren decir muchísimas cosas. Las únicas dos siglas reconocidas internacionalmente en este momento, son el accidente cerebro-vascular agudo y ahora el sida (enfermedad por VIH), pero, por ejemplo, cuando los médicos colocan IM y él lo ve muy claro porque lo está escribiendo en su certificado y él es que ha visto el médico, IM lo verá como infarto al miocardio, pero eso puede ser una insuficiencia miocárdica, o un infarto al mesenterio, o un íleo ..., en fin, para los técnicos codificadores eso representa un gran problema. ICC, el que lo escribió lo ve muy claro, pero puede ser una insuficiencia coronaria crónica, o una insuficiencia circulatoria, o insuficiencia cardíaca congestiva ..., en fin, fíjense que tiene muchísimas interpretaciones, y eso le quita tiempo al técnico codificador para poder seleccionar el código adecuado.

Entonces, en esta sexta revisión son códigos alfanuméricos asignados a entidades nosológicas, de acuerdo con criterios previamente establecidos. Fíjense que está diseñada para que esto perdure en el tiempo. Puedo hablar de las dos clasificaciones, la primera que introdujo Merdillón para mortalidad, porque sencillamente se quería saber cuál era la causa de muerte. Entonces,

podemos definir como causa básica la enfermedad o lesión que inicia la cadena de acontecimientos que conducen directamente a la muerte. También tenemos otra definición que son los accidentes de tránsito, que eso se toma como causa básica. A partir de la sexta revisión, como les dije, comienza a utilizarse la Clasificación Internacional de Enfermedades, para la morbilidad. En morbilidad, también los médicos tenemos muy poco conocimiento, porque nos enseñan toda la teoría, los primeros años de anatomía, fisiología, bioquímica e histología y luego las clínicas, pero no le damos importancia a esto que se enseña en la materia de Medicina Preventiva. Sencillamente, cuando se va a llenar el primer certificado de defunción, empiezan los primeros vaporones: "¿Cómo fue que me dijeron?", o "No fui a la clase", y se cometen todos los errores. La primera causa que colocan es: "Paro cardio-respiratorio". Señores, todos se mueren de cardio-respiratorio. Entonces, hay que colocar de abajo hacia arriba, la causa que va a producir la muerte. La última, si está bien llenado un certificado, sería la causa básica, y la primera sería la causa directa y luego tenemos una causa intermedia con las causas contribuyentes ... En morbilidad, la situación se presenta casi de la misma manera. Hay la afección principal, que es la afección investigada y tratada durante ese episodio de hospitalización. Allí hay mucha discusión, porque los médicos decimos: "Bueno, todas las causas ameritaron atención médica", pero hay que tomar la más importante. ¿Cuál sería la más importante? Se han

hecho miles de investigaciones a nivel mundial y es la que genera mayores recursos. Esa es la afección principal, y los otros diagnósticos son todos los demás. La clasificación, ya les dije cómo definía la afección principal haciéndoles esta introducción, porque nos basamos en este trabajo, de incremento de enfermedades infecto-contagiosas y políticas de salud, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, tomando el primer capítulo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Ustedes saben que la clasificación tiene 21 capítulos en este momento, discriminados, la mayoría, por sistemas como el respiratorio, digestivo, circulatorio, endocrino ..., En fin, hay otras que son etiológicas como ésta de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Luego tenemos la de oncología, que son tumores, situación anatómica ..., el comportamiento del tumor, si es benigno o maligno, maligno primario o secundario, si es in situ o de naturaleza incierta. Luego tenemos un capítulo que son los capítulos de causas externas de morbilidad y mortalidad, así como el anterior que eran traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

Como les digo, aquí tomamos el capítulo número 1 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias que va a estar interpretado o señalado con los códigos A-00 a la B-99. Este capítulo, como hay tantas causas etiológicas, tomó dos letras del alfabeto para poder enumerar todas las enfermedades. Digo ciertas, o se decidió que eran

ciertas, porque todavía quedan muchas causas infecto-contagiosas diseminadas en el resto de los capítulos de la clasificación. Por ejemplo, neumonías, problemas respiratorios, están en el capítulo del sistema respiratorio. Los problemas de una mujer en estado fisiológico de embarazo, parto y puerperio, están en el capítulo XV, de embarazo, parto y puerperio, identificado con la letra "0". Los problemas perinatales, están en el capítulo Perinatales, bien discriminados. Por eso este capítulo es para ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. Para eso, nosotros hicimos una pequeña encuesta dentro de los integrantes de nuestra comisión, para ver cuáles eran las enfermedades infecciosas que nos estaban matando a nuestros pacientes, y quedamos en que la primera eran las enfermedades infecciosas intestinales, que les corresponde identificarse con el grupo A-00 a la A-09. Entre esas están: cólera, fiebre tifoidea y paratifoidea, otras infecciones debidas a salmonella, otras infecciones intestinales bacterianas, otras intoxicaciones, amibiasis, etc. Aquí es sumamente importante hablar sobre las enteritis debidas a rotavirus, la gastroenteropatía debida a la gente de Northward, enteritis debido a adenovirus, otras enteritis virales en las infecciones intestinales virales sin otra especificación ... La última dentro de este grupo que es la A-09, son las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, que son de las primeras causas de mortalidad en los primeros cinco años. Luego, como segundo problema, tomamos la tuberculosis, porque es de

las enfermedades problema tanto nacional como internacional, porque está dentro de las enfermedades reemergentes, y está clasificada con un grupo A-15 a A-19. Les llamaré la atención que estoy hablando de capítulos y de grupos donde se asocian enfermedades que tienen características comunes. Dentro de la clasificación hay las categorías y las subcategorías. Recuerden que éste es un libro por frecuencia y que sencillamente es frecuencia internacional. La tuberculosis es un problema serio a nivel internacional y, por supuesto, nuestro país no escapa de ello. En tercer lugar, vamos a mencionar las infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, donde tenemos la sífilis congénita, la sífilis precoz, la sífilis tardía, y aquí podemos incluir el grupo del sida que lo tengo en otro lado, pero es de transmisión sexual. El otro problema que escogimos son las fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas. Aquí tenemos el grupo de la A-90 a la A-99, donde están desglosados la del dengue clásico, dengue hemorrágico ... Todos saben que tuvimos una gran epidemia en este problema, y tenemos otras fiebres virales hemorrágicas, y está introducida para la próxima clasificación, la fiebre hemorrágica venezolana producida por el virus de Guanarito, que hasta el momento en que presentamos una conferencia donde nos nutrimos, el doctor Andrés Barreto había presentado 103 casos con 22 fallecidos. Como saben, ésta es una enfermedad completamente venezolana. Luego describimos los problemas

de piel, las infecciones herpéticas, herpes simple, varicela, herpes zoster, la viruela, que aun cuando está eliminada, en este momento nos está amenazando con la guerra de Irak. El sarampión, enfermedad que estaba eliminada en nuestro país, y como habló el doctor Douglas León Natera, al fusionar el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, se les olvidó por completo en el plan de inmunizaciones, colocar la vacuna del sarampión. Cuando nosotros hicimos la observación, fuimos allá y, por supuesto, se defendieron y dijeron: "No, es que ahora no se va a usar más nunca la del sarampión, sino que vamos a colocar la trivalente viral: sarampión, paperas y rubéola". Ustedes saben que esa vacuna es mucho más costosa y que no la tenemos dentro de nuestras instituciones, y allí fue que empezó el brote del sarampión que llevó a unas cuantas muertes. Aquí ven que en el sarampión, la complicación es la que mata, porque la enfermedad en sí, es más bien inocua. Pero las complicaciones son encefalitis, con meningitis, neumonías, otitis media, etc., etc. Como verán, aquí hay una codificación múltiple de cruz y asterisco. La cruz es el agente etiológico que produce la enfermedad, y el asterisco es el órgano donde se instala la complicación o la variedad. Luego colocamos entre las otras enfermedades, la rubéola, verrugas ..., infecciones no especificadas. Otro de los problemas que también tocamos es el de la hepatitis viral, que está identificada con la B-15 y la B-19 donde está la hepatitis aguda tipo "A", hepatitis aguda tipo "B", otras

hepatitis virales agudas, hepatitis viral crónica y la hepatitis viral sin identificación. Ya hablamos de lo del sida y la metimos en las enfermedades de transmisión sexual, y tenemos otras enfermedades que tomamos muy en cuenta, que son las enfermedades virales, donde estaba el virus citomaegálico, parotiditis infecciosa, mononucleosis infecciosa, conjuntivitis virales, otras enfermedades virales no clasificadas en otra parte y la infección viral de tipo no especificado. Luego tenemos el grupo de las debidas a protozoarios. La clasificación contempla la categoría B-50: paludismo debido a plasmodio-falsíparo. Eso es realmente la frecuencia a nivel internacional. En Venezuela, nuestro paludismo es al plasmodio-vivas, y en este momento ha habido incremento también de esta enfermedad. Tenemos el problema en este mismo grupo, de la leishmaniasis, tripanosomiosis africana, etc., etc. Nos interesaba mucho más el paludismo por la reagudización de la enfermedad. Luego tenemos el problema de la germindiasis. En este problema, según mencionaba el doctor Pablo Salcedo, los factores contribuyentes como la desnutrición, la pobreza, etc., etc., por supuesto que ha agudizado este grupo completo de la germindiasis ... Seguimos con el grupo de las pediculosis, acariasis y otras infecciones, como son la pediculosis, la pitidiasis, la escabiosis, la llamada sarna, que con todos los problemas que hemos tenido, por supuesto que se ha agudizado el problema. Luego tenemos este último grupo. Dentro de este capítulo están las secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias

englobadas en la B-90 a la B-94 donde están las secuelas de tuberculosis, secuela de poliomielitis, de lepra y de otras enfermedades infecciosas y parasitarias y no especificadas.

Pensé que era sumamente útil que les hiciera un poquito de introducción de lo que era la Clasificación Internacional de Enfermedades, porque, a veces, no tenemos tiempo para estudiarlo, y somos los técnicos los que nos tenemos que preocupar porque nuestra población a nivel latinoamericano y España, tengan conocimiento, porque nosotros tenemos aquí el centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud y Oficina Panamericana Sanitaria, sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Quiero terminar con la nota del editorial del periódico "El Nacional" del día de ayer, miércoles 12 de marzo, donde nos hicieron un reportaje maravilloso sobre la protesta de vida o muerte, la "Marcha de las Batas Blancas", donde dicen que estos últimos cuatro años con la Presidencia del señor Hugo Chávez, ha traído secuelas crítica en materia sanitaria; que el 20% de los decesos que ocurren se producen por causas altamente prevenibles como son las enfermedades infecto-contagiosas, las diarreas, enteritis, los trastornos respiratorios, desnutrición, tuberculosis y sarampión. Eso es lo que está vigente en este momento, y el resurgimiento del paludismo, que ya saben que el más común de nosotros es el plasmodium vivax. Luego tenemos que las cifras

oficiales dan cuenta de un incremento de los índices parasitológicos (fíjense que lo mencionamos en nuestra ponencia) y el descenso de las actividades de control en las áreas chagásicas, mantienen en riesgo a 6 millones de venezolanos que viven en 14 entidades federales afectadas y los altos índices de meningitis tuberculosa en el Zulia.

Sencillamente, éste es un resumen de lo que salió y lograron transcribir. Es un editorial que recomiendo leer sobre todo a los amigos de Latinoamérica, que aquí en la Federación Médica debe estar recogido. Muchas gracias".

Dr. , : "Para concluir con esta parte y luego dejar al doctor Machado para que nos dé las conclusiones y recomendaciones, primero, deseamos saludar a los miembros de los Comités Ejecutivos de CONFEMEL y de la Federación Médica Venezolana, respectivamente, y a los distinguidos delegados que vienen de los diferentes países latinoamericanos, a quienes damos nuestra cordial bienvenida y esperamos que en Venezuela se sientan ustedes muy confortables y, por supuesto, con un aspecto de construcción para que le sirva de base a esta Federación ...

Bien, aquí tenemos el cuadro "Incremento de Enfermedades Infecto-Contagiosas y Políticas de Salud Gubernamentales" y los integrantes de la Comisión de Ponencia Central, tal como informó el doctor Pablo Salcedo Nadal.

Brevemente, vamos a desarrollar las políticas de salud y morbilidad de las enfermedades transmisibles, la reseña histórica de las políticas de salud en nuestro país, determinantes de las condiciones de salud, nuevos enfoques, funciones esenciales de salud pública ...

Es importante recordar que las políticas de salud en Venezuela, están basadas en la doctrina sanitaria venezolana y ésta, a su vez, en el concepto de salud y enfermedad como fenómenos o hechos ecológicos ... De ellas parte la necesidad de entender que la doctrina sanitaria venezolana le da soporte a las políticas de salud en nuestro país.

El manejo conceptual de la salud desde el punto de vista de las políticas, es un hecho multifactorial, es el aprovechamiento de oportunidades de vida; no es un hecho individual; su pérdida altera el bienestar físico, mental y social del resto de la familia; responsabilidad del Estado ... Esto es muy importante. Ya lo decía el doctor Julio Castro, Presidente de CONFEMEL, que en las constituciones de todos los países, el derecho a la salud es muy importante. Nuestra Constitución Bolivariana, en sus artículos 83, 84, 85 y 86, nos da este aspecto tan importante de marco legal; es un derecho irrenunciable en función de los servicios y programas de salud ...

Desde el punto de vista de lo que ha sido esta gestión de Gobierno, desde el año 1999 hasta el 2002, hemos

observado, como decía el doctor León Natera, la individualidad de lo que son las políticas más de Gobierno que políticas de Estado venezolano ... Encontramos que en el año 1999, se plantearon como políticas de salud, lineamientos para la atención integral a la salud, el abordaje de las enfermedades emergentes y reemergentes, fortalecimiento de la red ambulatoria y hospitalaria, (*Fin cassette nro. 1, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 2, lado "B"*).

Dr. , : "... enfermedades emergentes y reemergentes, fortalecimiento de la red ambulatoria y hospitalaria y para el 2002, se comenzó en julio del año pasado, una política que está basada en el plan estratégico-social.

Requerimientos para Medir las Políticas de Salud: Tal como lo plasmamos nosotros en la ponencia central, de acuerdo a los indicadores de salud, tomando en consideración los años de vida potencialmente perdidos, las tasas de morbimortalidad, las tasas de morbilidad específica por enfermedades y medidas positivas de salud y bienestar, el sistema nacional de indicadores de gestión en el desempeño de las políticas de salud, identificación de la organización o instituciones sociales que participan en la formulación de políticas e identificación de los procesos de formulación de políticas y sus resultados ...

Reseña histórica desde el año 1817, partiendo de la Junta Superior de Sanidad pasando por las Juntas Departamentales, la Oficina de Sanidad Nacional ... En el año 1930, se crea el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría; de 1931 a 1935 se crean los Servicios Materno-Infantiles; en 1936, se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; en el año 1936, también se crea el Instituto Nacional de Higiene; de 1936 a 1937, el Servicio Nacional de Pediatría; en el año 1937, se intensifica la lucha contra la malaria, liderada por el doctor Arnoldo Gabaldón; creación de la División Materno-Infantil, en el año 1938. En el año 1940, se crea el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en nuestro país; en 1944, Política Sanitaria Integralista; de 1936 a 1945, Saneamiento Ambiental Malariología; en el año 1946, creación de la División de Oncología; en 1957, creación de la División de Enfermedades Crónicas no Transmisibles; en 1965-1966, Planificación de Salud; en 1977, creación de la División de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos; en 1980, integración de los Servicios Médicos; en 1987, Ley del Sistema Nacional de Salud; en 1988, oficialización de la Atención Primaria a la Salud, como estrategia del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; en 1998, la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Seguridad Social Integral; en 1999, Modelo de Atención Integral (MAI), Sistema de Información y Atención Integral (SISMAI); en el año 2002, Plan Estratégico Social ... Como decía el doctor León Natera, en diciembre

de 2002, se promulga la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral.

¿Qué es lo que nosotros consideramos desde el punto de vista de nuestra ponencia, determinante de las condiciones de salud? El sistema político, considerándose las dificultades para garantizar las decisiones; en el sistema económico, la falta de crecimiento sostenido, la reducción del ingreso real, las debilidades institucionales, el bienestar social, tomando en consideración el aumento de la pobreza, incremento del sector informal en el 53%, aproximadamente; en el componente demográfico, reducción de la tasa de fecundidad; en el sistema educativo, limitaciones de calidad y cobertura, especialmente, en la educación pública, inequidades geográficas, sectoriales y económicas; en el aspecto ambiental, en el aspecto de reducción de la inversión pública per cápita, se considera baja cobertura relativa en cuanto a acueductos, disposición de excretas, energía eléctrica, etc.; en el aspecto internacional, tendencias positivas en la economía global, y especialmente, el de mercado energético petrolero; en el sistema de salud, desempeño inadecuado, fragmentación institucional y financiera, exclusión de los sectores de menores ingresos, contramarchas en el proceso de la descentralización, baja capacidad para enfrentar los problemas complejos como mortalidad materna, enfermedades infecciosas, accidentes

de tránsito, enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras ...

Los condicionantes, entonces, que nosotros consideramos, tienen que ver con las enfermedades infecciosas. En nuestro país, serían, entonces, los cambios en las condiciones o situaciones externas que tienen que ver con las condiciones ambientales, con las condiciones de vida, cambios en la estructura sanitaria y su funcionamiento, el proceso de la descentralización no definido, sin responsabilidades sanitarias específicas, reorganización y cambio de roles y funciones, deficiencias con relación a la prevención y protección de la salud, en cuanto al diagnóstico ... Entonces, se plantean nuevos enfoques: definición y separación de las funciones, reforzamientos y nuevas formas de gestión, mejorar el desempeño en razón a la eficiencia, eficacia, equidad y calidad, revisión de los principios generales que sustentan los sistemas hacia la administración local de los servicios, revisión de las fuentes y formas de financiamiento; los programas de salud destinados al mantenimiento en todos sus componentes de la infraestructura física de los establecimientos de salud, a fin de mejorar la atención de la salud en la población, investigaciones del área de promoción de la salud en el aspecto etiopatogénico de las enfermedades, la prevención y relacionadas con enfermedades transmisibles y no transmisibles, mejoramiento de la efectividad de los servicios y programas de salud, financiamiento adecuado y

satisfacción de la inversión en salud, seguimiento, monitoreo y evaluación del impacto de las políticas de salud.

Algo que todavía tenemos postergado en nuestro país, es lo que viene preconizando la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud: las funciones esenciales de salud pública, monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, promoción de la salud, participación de los ciudadanos en la salud, desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión de la salud pública, fortalecimiento de la capacidad institucional, de regulación y fiscalización de la salud pública, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios en salud individual y colectivo, reducción del impacto de las emergencias y la investigación en salud pública. Esto fue evaluado en el año 2001, es decir, la evaluación institucional del desempeño del Ministerio, en cuanto a la aplicabilidad de las funciones esenciales en salud pública, y se determinó que no se ha podido precisar qué impacto han podido desarrollar estas funciones en nuestro país.

En cuanto a la última política que plantea el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, referida al Plan

Estratégico Social (PES), responder a las necesidades sociales impactando los déficit y combatiendo las inequidades; adoptar la estrategia de promoción de la salud y calidad de vida como exigencia de esfuerzos colectivos y perspectivas de respuesta en territorios sociales; desarrollar un nuevo modo de atención basados en respuestas integradas suficientes y equitativas a las necesidades sociales; generar una nueva institucionalidad pública capaz de sostener y viabilizar los cambios ... Finalmente, estas reflexiones: evaluar para mejorar, no para juzgar. Aquí hay una cita de autor anónimo: "En el ideario social, la salud es como la libertad, no se la aprecia, sino cuando se pierde".

Cedo la palabra al doctor Machado para que dé las conclusiones y recomendaciones".

Dr. MACHADO, : "Señor Presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe; distinguidos delegados, invitados especiales: En aras del tiempo, vamos a ser lo más breve posible. Evidentemente, cuando la Federación Médica Venezolana escogió este tema, no fue al azar. Fue producto del conocimiento exacto del recrudecimiento y aparición de una serie de enfermedades que se consideraban desaparecidas algunas, o minimizadas en su mínima expresión. Pero la realidad era otra, y veíamos con preocupación que estas enfermedades hacían eclosión. Para ello, se estableció un equipo de trabajo

multidisciplinario donde hubo muchas instituciones que prestaron sus esfuerzos: la Universidad Central, la Universidad Simón Bolívar, la Academia Nacional de la Medicina, la Red de Sociedades Científicas ... Inclusive, se invitó a las autoridades de salud regionales y nacional, a objeto de que ofrecieran su punto de vista, de modo que no se planteara este tema desde un solo lado, sino que se establecieran diferencias para tratar de ser lo más objetivo y preciso en las conclusiones y recomendaciones al final del mismo, tema éste que fue ampliamente debatido y que en la ciudad de Maturín, las conclusiones y recomendaciones que voy a plantear fueron aprobadas por unanimidad, con la asistencia y discusión de muy distinguidas personas conocedoras de la materia y que dieron lo mejor de sí para tratar de enfocar de la manera más objetiva y precisa, este problema que hoy nos afecta. De allí llegamos a una serie de consideraciones y recomendaciones, recomendaciones y consideraciones que pueden ser comunes para muchos de los delegados aquí presentes, ante la similitud de muchas de estas patologías que se puedan presentar en sus países y que son las siguientes:

Conclusiones. Fue motivo particular de preocupación para el gremio médico, el incremento de esta serie de enfermedades infecto-contagiosas como lo son el sarampión, el dengue, el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, que estaba recrudeciendo su planteamiento, y de allí, repito, el

porqué de este tema en discusión. En segundo lugar, dentro de las conclusiones: se debía aprovechar el momento excepcional. Se dice que los momentos de crisis son favorables, porque se deben tomar soluciones drásticas para los problemas que se presentan, en este caso, la oportunidad para hacer las reformas necesarias y la aplicación a través de las leyes, de las políticas de salud. Como tercera conclusión, la salud como política de Estado, inexistente, con el fin de corregir los problemas actuales, tales como desarticulación institucional y programática del sector; inconveniente modelo de financiamiento y gestión financiera; inadecuado modelo de los recursos humanos; escasa participación de la sociedad civil organizada; sostenida pérdida de la calidad de los servicios de salud, que si bien es cierto esto no es un problema nuevo, en la actualidad ha hecho su máxima expresión; predominio de la atención hospitalaria a la ambulatoria, en detrimento de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad; atención primaria, modelo a seguir en cualquier esquema de salud, desaparece; educación para la salud a todos los niveles, ante el deterioro del sector educacional.

Por último, dentro de las conclusiones, el aumento de la pobreza, desnutrición, desempleo, deterioro del ambiente, el alto costo de la vida, son factores condicionantes para la presencia de estas enfermedades infecto-contagiosas hoy, ante esta profunda crisis social, política y económica que estamos viviendo, el porqué

podría explicarse una de las razones de este recrudecimiento ...

Para finalizar, se elaboraron un cuerpo de recomendaciones que fueron muy discutidas tratando de ser lo más objetivo posible y en el mejor ánimo de que las mismas sirvieran de ayuda como material de trabajo para los planteamientos que se puedan realizar.

Recomendaciones. 1) Integrar las políticas de salud nacionales, regionales y locales. 2) Establecer la contabilidad de costos de salud en la red sanitaria. 3) Usar los informes de los estados de salud semanales, vigilancia epidemiológica, mensuales, semestrales y anuales, anuarios de epidemiología estadística para la planificación y elaboración de los programas de salud. No hacerlos y políticamente cuando interesa, desconocerlos. 4) Hacer efectivo el proceso de participación aguda, activa y eficiente de los trabajadores de la salud, en la reorganización, reforma y relanzamiento del sector. 5) Formular políticas de capacitación de los recursos humanos en servicio, a fin de mejorar la calidad de atención y, por ende, minimizar el impacto de las enfermedades infecto-contagiosas como problema de salud pública. 6) Diseñar e incrementar programas de garantía de calidad en la red de establecimientos de salud. 7) Establecer programas de autonomía de gestión y control. 8) Hacer efectiva la supervisión, evaluación y seguimiento de los costos, en los servicios y programas.

9) Implantar estrategias de estímulo y reconocimiento para mejorar el desempeño de las tareas dirigidas al personal de salud. 10) Evaluar el hecho del repunte de las enfermedades infecto-contagiosas, a fin de bloquear los determinantes que inciden en el incremento de dichas enfermedades. 11) Estructurar un sistema nacional de indicadores de gestión para programas, servicios y políticas, con el fin de ser aplicados en el sistema de salud. 12) Instar a la Asamblea Nacional sobre la necesidad de promulgar de inmediato la nueva Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica de Seguridad Social. Esto fue aprobado entre gallos y media noche a espaldas de la Federación Médica Venezolana y a espaldas de aquellos institutos que de una u otra forma tenían que dar su opinión al respecto. Fue aprobada más como un castigo que como un medio de fin social. 13) Elaborar un plan de educación continua para la población, relacionado con la promoción de la salud y prevención de estas enfermedades, que involucre, entre otros, al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, las Universidades, el Ministerio del Ambiente, Direcciones Regionales de Salud, Federación Médica Venezolana y los Colegios de Médicos. Por último, dentro de este bloque de recomendaciones, 14) diseñar programas de comunicación social, a través de foros, medios impresos, radio, televisión y otros de educación para la salud.

En conclusión, éste es el bloque de recomendaciones que esperamos sean de utilidad, que fueron hechos, repito, de la manera más firme y objetiva, planteando realidades y no escondiendo las realidades como se puede plantear en algún momento. Muchas gracias”.

Dr. EDGARD BUSTOS, Moderador: “Antes de continuar con la última parte de esta plenaria, vamos a darle la palabra al doctor Rafael Ortega, quien disertará sobre Medicina Vial. Posterior a que el doctor Ortega culmine su exposición, almorzaremos, y a las 3:30 de la tarde continuaremos con las mesas de trabajo ...”.

Dr. RAFAEL ORTEGA, Medicina Vial: “Como primer objetivo, tenemos que nuestro Departamento Nacional de Medicina Vial, adscrito al Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana, debe cumplir a nivel nacional la realización del examen médico pautado en la Ley Especial de Tránsito y Transporte Terrestre, que es la que rige todo lo relacionado en el país sobre el tránsito. La participación de la Federación Médica durante las últimas tres décadas, en elaborar y entregar un certificado médico, previa evaluación, a todos los que aspiran a conducir un vehículo automotor en Venezuela, en algún momento trataron de quitarnos esa delegación que nos da el Gobierno Nacional. Tengo que mencionarles esto, porque esta ley es nueva, tiene apenas unos catorce meses de promulgada. La misma fue promulgada dentro de una cantidad de leyes decretadas por el presidente Chávez.

Había intención por parte del Ministerio de Salud, de derogar el articulado relacionado a esa concesión que tiene la Federación Médica Venezolana. Se le argumentó con bastante base a las autoridades del Ministerio de Salud, que era quien tenía la intención de eliminar el artículo 40 de la ley actual, porque le demostramos al Gobierno que si bien no tenían actualmente la capacidad de cumplir con todos los programas que lleva el Ministerio de Salud, mucho menos iba a tener la capacidad de atender a un nuevo programa que era la concesión de un certificado a aquellos que aspiraban a conducir un vehículo automotor. Por otra parte, tengo que informarles que en Venezuela se otorgan diversos tipos de licencias de conducir, dependiendo de la tipología del vehículo, y de acuerdo a la capacidad que tenga el individuo para conducir determinado tipo de vehículo, se le otorga una licencia que va del 1° al 5° grado, de menor a mayor complejidad, pudiera pensar alguno, pero no es así. Se otorgan licencias de segundo grado y certificados médicos de segundo grado, a aquellos que conducen motos a partir de los 16 años de edad. Se otorgan licencias de tercer grado, a aquellos que hayan cumplido más de 18 años, para conducir vehículos particulares, y que la carga que llevan en ese vehículo no exceda los 2.500 kg, pero son vehículos particulares. Se otorga licencia de cuarto grado a aquellos mayores de 21 años, para conducir vehículos de uso público, pero con una capacidad de carga hasta 6.000 kg y de 9 personas y/o pasajeros. La de quinto grado permite, por supuesto, conducir vehículos de

cualquier carga o capacidad. Las cargas y capacidades, en Venezuela, llegan hasta los 40.000 kg y/o 40 toneladas, y con capacidad de personas hasta 49 ó 50 pasajeros.

El departamento que dirijo es el encargado a nivel nacional, de supervisar, implementar y corregir muchas veces las fallas que nosotros tenemos, porque reconocemos que todavía nuestro Sistema Nacional de Medicina Vial presenta fallas. Hemos hecho el gran esfuerzo durante estos años, de tratar de ir corrigiéndolo, y esos frutos están a la vista. Quizá conversando con ustedes en alguna de las mesas de trabajo, pueda darles mayor información.

Nuestro Sistema Nacional de Medicina Vial, está integrado por el Departamento Nacional, por la Comisión Asesora del Comité Ejecutivo, que la conforman siete colegas con experiencia en lo que se refiere a accidentes de tránsito más que todo y, por supuesto, los Jefes de Servicio que tenemos en cada uno de los estados, y nuestros Médicos Viales.

Nosotros realizamos exclusivamente exámenes a los conductores o a aquellos que aspiran a conducir un vehículo automotor. Los realizamos, básicamente, en los consultorios. Tenemos 250 consultorios a nivel nacional. Estos consultorios dependen de los Colegios de Médicos de cada uno de los estados y, por supuesto, nuestros médicos son entrenados y seleccionados debidamente. No tenemos como tal un baremo para calificarlos, pero lo que nos

interesa es la disponibilidad, la disposición que tienen los médicos viales, el tiempo y, por supuesto, el entrenamiento que le damos nosotros.

Nuestros exámenes son uniformes, únicos, a nivel nacional. Los médicos no hacen el examen que ellos quieran. Hacen lo que está reglamentado. Nosotros tenemos un reglamento bastante extenso en donde se aplican los conocimientos mínimos y necesarios que tienen que hacer nuestros médicos viales cuando un aspirante acude a nuestros consultorios de Medicina Vial. En algunos estados, por la complejidad, por la cantidad de consultorios de que disponen, se hace necesario tener un Jefe del Servicio como tal, o sino lo asume alguno de los miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos.

En la actualidad, en el país disponemos de 640 Médicos Viajes fijos. Fijos significa que trabajan a diario, tres o cuatro horas. Disponemos de otros médicos que están debidamente entrenados, que son los que van a participar en las jornadas especiales que hacemos fuera de nuestro horario común. Acudimos muchas veces a empresas e instituciones, a prestar el servicio, para ofertar la consulta y hacerlo más ágil. Todos nuestros médicos están debidamente registrados, es decir, los médicos que ejercen las funciones de Medicina Vial, son autorizados por esta Dirección Nacional.

No solamente otorgamos certificados ordinarios, sino que existen algunos conductores que presentando alguna discapacidad o limitación física, se hace necesario otorgarles un certificado especial bajo ciertas limitaciones o restricciones.

Hemos hecho una cantidad de modificaciones, porque hemos tratado de innovar. Hemos ido cambiando constantemente nuestra forma de trabajar. No sólo hemos tratado de erradicar la falsificación de nuestro documento como tal, sino que actualizándose, innovando muchas veces, hemos logrado gracias a un gran esfuerzo que ha hecho la Federación Médica, un esfuerzo económico, por supuesto, hemos automatizado la emisión de nuestros certificados médicos. Esto significa que en cada uno de nuestros consultorios tenemos un sistema computarizado, una impresora, una cámara digital, de tal forma que se hace mucho más personal la consulta, porque una de las fallas que teníamos, quizá por amiguismo, por cortesía, por facilismo, otorgábamos el certificado médico sin la consulta como tal. Esto nos hizo recapacitar un poco, de tal forma que esa gran inversión que hicimos, por un lado, para minimizar la falsificación del documento, porque se hace costoso ... Aquí, en Venezuela, se falsifican muchos documentos. Uno de estos documentos era, por supuesto, el certificado médico. Una vez que hicimos la automatización personalizando la consulta, tratando de minimizar la falsificación o imitación del documento, no fue fácil el proceso, de tal forma que lo

hicimos en dos o tres planes. Actualmente, en el Distrito Capital y el Estado Miranda, no están funcionando los equipos. Teníamos la esperanza de que en el día de hoy se iniciara el proceso en el Estado Miranda, para de alguna manera demostrarle al Gobierno que nuestro sacrificio, que nuestros esfuerzos económicos, se deben mantener ... Les menciono esto, porque aún permanece en la idea de muchos diputados a la Asamblea Nacional, hacer reformas parciales a esta Ley de Tránsito Terrestre que fue decretada por el presidente Chávez. Entonces, nosotros estamos un poco cautelosos porque no sabemos de lo que son capaces, a pesar de haberles demostrado con todos los argumentos posibles, que estamos mejorando, evaluando ... Lo más interesante de todo esto es que estamos detectando una cantidad de patologías que son desconocidas para los conductores, y las referimos, las remitimos a los hospitales o a los ambulatorios públicos, pero sabemos que no hay capacidad de respuesta por parte del Gobierno. De manera que hay una cierta dualidad en esto. Estamos detectando, haciendo pesquisas, despistaje, pero no estamos obteniendo respuesta por parte del Gobierno ...

Lo interesante del sistema automatizado, es que vamos a mejorar nuestra calidad de atención, y lo más importante es suministrar la información a los dos entes principales que existen acá, que son el Sistema de Salud y las Direcciones de Tránsito locales y a nivel nacional. ¿Por qué el Sistema de Salud? Porque les mencionaba que una vez que detectemos qué patología, deficiencia o

limitaciones tiene un conductor, ellos tomarán las medidas y quizá podrán activar nuevos programas de salud, de tal forma de ir mejorando o previniendo la gran calamidad que existe aquí, en Venezuela, que la hemos llamado la epidemia sobre ruedas, porque en el país, la tercera causa de muerte son los accidentes y hechos violentos. Dentro de esto, las muertes por accidentes de tránsito son la tercera causa de muerte en el país. Tiene sus variables. En el Estado Portuguesa, quizá la primera causa de muerte son los accidentes de tránsito, pero no es el conductor, sino por arrollamiento, se llevan por delante a los peatones. En cambio, en el Estado Monagas, la primera causa de muerte son los accidentes de tránsito, pero es el conductor el que fallece. Entonces, la promoción, la divulgación, la prevención, tienen que ser distintas. Entonces, ustedes ven en las grandes campañas como ésta: "Sujétate a la vida, colócate el cinturón", pero en Portuguesa no funciona, porque es al peatón que estamos arrollando.

Estos son algunos de los cursos que dictamos a nivel nacional en cada uno de los estados. Participan los funcionarios de Tránsito Terrestre, las Policías Viales, las Policías de Circulación, la Guardia Nacional, Defensa Civil, los Bomberos ... Estos cursos son únicos. Digo que son únicos, porque es la Federación Médica la que los dicta a nivel nacional. No hay otra entidad en el país que se encargue de esto. Somos nosotros, los médicos, y constantemente lo estamos haciendo. Por cierto, mañana

tenemos una jornada en el oriente del país, en El Tigre, Estado Anzoátegui. Nosotros financiamos, corremos con todos los gastos, con la logística de cada uno de estos cursos, porque nos preocupamos, como médicos, porque los vemos en el consultorio y después será en el hospital, y quizá los patólogos los van a ver en la morgue. Ese es el gran problema que existe en el país.

Como les dije, nosotros emitimos certificados especiales y certificados ordinarios. Solamente en 16 estados vemos activada la emisión de certificados especiales. Disponemos de casi 40.000 horas diarias en el país para evaluar a los conductores en nuestros consultorios, lo que nos da una capacidad de respuesta de una atención de alrededor de 3 millones de conductores en el país. En el país no sabemos cuántos conductores hay, no sabemos cuánto es el parque automotor ...". (*Fin cassette nro. 2, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 3, lado "A"*).

Dr. RAFAEL ORTEGA, Medicina Vial: "...Solamente en 16 estados vemos activada la emisión de certificados especiales. Disponemos de casi 40.000 horas diarias en el país para evaluar a los conductores en nuestros consultorios, lo que nos da una capacidad de respuesta de una atención de alrededor de 3 millones de conductores en el país. En el país no sabemos cuántos conductores hay, no sabemos cuánto es el parque automotor. No están

actualizadas las bases de datos. Entonces, es difícil hablar de nuestra cobertura, a quién hemos cubierto. Nosotros contamos con una cantidad de médicos, no todos son médicos viales. Tenemos médicos en diferentes especialidades.

Quería mostrarles algunas diapositivas con las innovaciones y el gran esfuerzo que hemos hecho en las campañas publicitarias promocionando nuestra consulta, para que de alguna manera minimicemos la cantidad de accidentes de tránsito que se producen en el país. Este esfuerzo no ha quedado solamente en la Federación Médica. Existen quizá algunas empresas que lo hacen de manera esporádica. El problema básico que existe en el país a la hora de usted promocionar una consulta de atención médica preventiva básicamente, es que se dispersan los esfuerzos. Ustedes ven diferentes instituciones y organismos que cuando vienen las grandes jornadas de vacaciones, llámese Carnaval, Semana Santa ..., porque aquí, en Venezuela, a pesar de las grandes crisis económicas, hemos conquistado muchísimas cuestiones sociales, en el sentido de que quizá cada mes o bimensual, tenemos feriados largos, prolongados, y es allí donde la incidencia de mayores accidentes es altísima, elevada ... Entonces, se hacen grandes campañas publicitaria días previos a esas fechas, pero no es permanente. La Federación Médica ha contribuido y gastado gran cantidad de dinero y esfuerzo humano tendiente a minimizarlo, pero el esfuerzo se ha quedado en que nos

han dejado solos. Ultimamente, se tenía la seguridad por parte del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, donde asistimos a dos jornadas y congresos nacionales, que de una vez por todas se iba a implementar a nivel de las escuelas desde el tercer grado de escolaridad, una materia que se llamaría Educación y Seguridad Vial. Yo tengo aquí el borrador del proyecto de decreto que iba a promulgar el presidente Chávez, donde, por supuesto, estábamos incluidos, porque este Gobierno nos ha dado mucha participación ... Pienso que esa participación nos la han dado porque no disponen del personal que tenga conocimiento. Entonces, se está creando, inventando, y desconocen de la materia como tal.

Por último, quería decirles que nosotros tenemos alrededor de dos años haciendo un baremo, un estudio, un proyecto muy interesante, en definitiva, para crear a la Medicina Vial como una especialidad, como una rama de la Medicina, para que de las 47 ó 48 especialidades que puedan existir y reconocidas en el país, sea la Medicina Vial otra especialidad. No crean que es fácil. Cuando uno cree que está evaluando a una persona, no es simplemente mirarla o determinar su agudeza visual, su visión para lejos, sino que su audición, su reflejo, su fuerza muscular ..., no es solamente la habilidad o destreza que pueda tener para echar un carro hacia delante o hacia atrás, sino que hay que evaluar un conjunto bastante complejo. De allí que nosotros continuamente estamos

entrenando y preparando a nuestros médicos. Muchas gracias".

Dr. EDGARD BUSTOS, Moderador: "Son exactamente las 2:10 p.m. Vamos a hacer el receso para el almuerzo y a las 3:30 p.m. comenzamos con las mesas de trabajo". (*Fin cassette nro. 3, lado "A"*).

(*Continúa en cassette nro. 4, lado "A"*).

Dr. JULIO CASTRO GOMEZ, Presidente CONFEMEL: "... con la opinión de la representación médica y no sin ella o contra ella. Finalmente, también ha sido importante recordar que ha habido destacas luchas de las organizaciones médicas en nuestro continente. Yo creo que todos hemos seguido de alguna manera la importantísima lucha desarrollada por el Colegio Médico de El Salvador. Esta lucha se levantó claramente en defensa de una seguridad social pública contra su privatización, y hemos tenido información de que este aspecto central y fundamental, gracias a la férrea decisión de los colegas salvadoreños, se ha salvaguardado la seguridad social pública, aunque existen todavía otros problemas conexos que hacen que hasta ahora se siga llevando adelante la lucha de los médicos de El Salvador. Importante ha sido la presencia de algunos colegas de la CONFEMEL. Quiero destacar la presencia de la voz solidaria a nombre de sus

organizaciones y de nuestra Confederación a los médicos de El Salvador, por parte del doctor Eduardo Flores, el doctor Rafael Cabrera también, que en momentos decisivos de esa lucha han tenido ocasión de acompañar, respaldar a los médicos y de llegar a la opinión pública transmitiendo su importante experiencia, de un lado, la del doctor Eduardo Flores, en donde es una seguridad social pública que llega al 90% de la población, y de otro lado, el doctor Rafael Cabrera, haciendo expresión de una experiencia de seguridad social privada que mantiene una serie de problemas en los que el acceso a esta prestación está muy limitada y conlleva una serie de problemas. Por eso mismo, el transmitir estas experiencias, miren ustedes, colegas, fue muy importante hacerlo en momentos de lucha. Estamos convencidos de que sirvió para apoyar esta lucha de los médicos de El Salvador.

Yo quiero dejar la palabra al doctor Barret Díaz para que nos informe respecto a los encargos específicos con relación al desarrollo de la Secretaría Administrativa, la tarea de la formalización de la inscripción en los registros de parte de nuestra Confederación, en lo concerniente a la apertura de la cuenta económica de la CONFEMEL".

Dr. BARRET DIAZ: "Gracias, señor Presidente, y sólo algunos pequeños agregados al informe del doctor Julio Castro. No podía empezar sin manifestar mi enorme

sentimiento de regocijo por estar en esta tierra, que es la patria de nacimiento de mis tres hijos. En primer lugar, debo señalar que respecto a las concurrencias a Brasilia y a Ciudad de México, un pequeño agregado en abundancia de lo que ha dicho Julio respecto a México, que además fuimos recibidos como muestra de la gran presencia del sector público del Colegio Médico de México, por la Secretaria de Salud de Ciudad de México y, en especial, el reconocimiento que pudimos apreciar a la tesonera labor del doctor Mijares, quien está tratando de solidificar la unión de los médicos mexicanos, que en un número superior a un cuarto de millón, padecen una legislación que les permite tener un Colegio de Médicos con un número ridículo de participantes, que si no me equivoco, está en menos de una decena, en una estrategia de atomización del cuerpo médico de la cual tenemos que tomar buena nota y estar alerta. Para esto es también la CONFEMEL, para intercambiar alertas. En cuanto a Brasilia, efectivamente, concurrimos con Julio y con el doctor Isaías Peñaloza, en una delegación que tuvo un acercamiento grande al Consejo Federal de Medicina, que fue una de las instituciones que en Santa Cruz de la Sierra participó en el lanzamiento de esta Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, y que por los motivos señalados había suspendido su participación, y que luego de esa reunión ha resuelto rever esa posición, pero que a través de mi persona envía las excusas de no estar allá presente por algunos aspectos formales de la nueva legislación brasileña en cuanto a manejo de

divisas, requisitos formales, vamos a decir, que seguramente, si seguimos trabajando, van a terminar de saldarse en un futuro próximo. Hice este contacto dentro del marco de una serie de contactos generales con los diversos componentes de la CONFEMEL que en la última reunión del Comité Ejecutivo en la ciudad de Lima, me encomendó, fundamentalmente a través de la Secretaría Administrativa de CONFEMEL instalada en Montevideo, para lograr la realización de esta Asamblea en Venezuela, tal como se había resuelto en la Asamblea de Lima y tal como exigen las responsabilidades gremiales y políticas de los médicos de América Latina, en las difíciles horas que hoy están viviendo nuestros colegas y hermanos venezolanos.

En segundo lugar, en la reunión del Comité Ejecutivo realizada inmediatamente posterior a la última Asamblea en la ciudad de Lima, a fin del año 2001, hubo una propuesta interesantísima del doctor Julio Castro, de trabajar en CONFEMEL a través de las subregiones ya delimitadas por la historia gremial pasada, una de ellas en el MERCOSUR donde me tocó actuar, y luego la posibilidad de relanzar las organizaciones regionales andinas y de Centroamérica y el Caribe. Personalmente, logré impulsar el reconocimiento del grupo de MERCOSUR, cuya sigla es CIMS, que significa Coordinadora Gremial Médica del MERCOSUR; su reconocimiento como regional para el área de la CONFEMEL. De tal manera que CONFEMEL va a tener vida en cada una de las reuniones que ese grupo regional realiza, que son, por lo menos, cuatro al año, y

donde se ha resuelto que un punto del orden del día, permanente, sea Informe de CONFEMEL, con lo cual logramos estar vivos en aquello que ya vive y tiene tradición y rutina de funcionamiento y es una manera de potenciar la vida de CONFEMEL, que bien podría repetirse en la medida que nosotros afiancemos las otras regiones, algunas, por ejemplo, como creo que se llama Confederación Médica Centroamericana, que tienen vida propia, existencia, y que con un criterio nada burocrático, sino realista y pragmático, las convirtamos en regionales de nuestra Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe.

En tercer lugar, quiero decir que este mismo criterio de regional, lo aplicamos, ahora no visto hacia las subregiones, sino hacia el resto del mundo. Cuando se realizó la Asamblea de la Asociación Médica Mundial, en Washington, en el mes de octubre, donde la política de la Asociación Médica Mundial, de existir en regiones a lo largo de todo el mundo, planteamos que la región latinoamericana y del Caribe ya tenía la existencia de la CONFEMEL, que debía ser vista como una regional de la Asociación Médica Mundial, criterio que fue aceptado. Posteriormente, en el mes de diciembre se hizo la elección del Consejo de la Asociación Médica Mundial y ha recaído en mi persona la representación para los próximos dos años, y en la reunión del Comité Ejecutivo realizada en Lima, en diciembre pasado, puse completamente a disposición de la CONFEMEL, ese puesto en la Asociación Médica Mundial para utilizarlo como tribuna y lugar de

divulgación y amplificación de todos los temas de la CONFEMEL, o sea, de los médicos latinoamericanos y del Caribe, de sus pueblos y sus problemáticas de salud ...

En cuarto lugar, un tema muy importante. Ustedes saben que el tema de la falta de personería jurídica, la existencia legal propia de la CONFEMEL, más allá del planteo puntual de Brasil que se refería a un problema formal o legal del Consejo Federal de Medicina, que es el Colegio Médico de Brasil, más allá de eso, el problema de no tener existencia jurídica propia, se había convertido en un factor de inconsistencia de la organización, porque para muchas cosas se requiere de esa personería, entre otras, para tener la cuenta bancaria a nombre de la propia CONFEMEL, que es un requisito que muchas de las organizaciones nacionales nos han planteado. Más allá de lo que significa el dinero en sí mismo, la verdad es que desde el punto de vista gremial debe traducirse en posibilidad de realizaciones, porque los diversos Comités Ejecutivos que ha habido hasta ahora trabajando entre asamblea y asamblea, se han visto limitadísimos en su posibilidad de acción, en la medida que no ha habido aporte de finanzas, y uno de los motivos que se ha aducido más frecuentemente es la falta de una cuenta propia a nombre de CONFEMEL. A su vez, la tramitación de personería jurídica ha sido muy compleja siempre, porque las legislaciones de los diversos países ponen trabas para organizaciones que no son estatales, pero que son internacionales. Les puedo decir que la propia Asociación

Médica Mundial, a efectos de subsanar este problema, tiene un reconocimiento que no es el de tal, sino el de sociedad anónima en el Estado de Nueva York para los efectos financieros, y una sociedad cultural en la Unión Europea a otros efectos. De tal manera que es realmente difícil la tramitación de esas personerías. Nosotros, por contacto que hemos realizado en Montevideo, Uruguay, con los Ministerios involucrados en el caso y aprovechando algunas coyunturas momentáneamente favorables para dicha tramitación, nos comprometimos a tener en menos de un año, la obtención de esa personería y hoy estamos repartiendo a ustedes la copia del reconocimiento que dice en su último párrafo: "Inscríbase en el Registro Especial a que se refiere el artículo ..., a la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe". De modo que ya tiene personería jurídica válida internacionalmente, y eso nos ha permitido abrir un número de cuenta bancaria a nombre de CONFEMEL, cuyo número luego lo repartiremos en copia en papel, pero que está en el sitio web de CONFEMEL. Todos pueden acceder a él. Aquí lo tenemos: ... Bank Latinoamérica. Número de Cuenta: 1264333. Montevideo, Uruguay. Este banco americano no es una filial. Es el representante del banco americano con sede en Nueva York, y por la prueba de las realidades de la vida misma, ya ha sobrevivido todas las turbulencias financieras que hubo en Buenos Aires, Montevideo, etc., donde nunca hubo la más mínima zozobra de esos depósitos. Se trata de un banco norteamericano que opera con una sucursal en Montevideo, sin delegación

en filiales locales. Eso es importante, porque nos da la tranquilidad de que los fondos van a estar siempre a disposición de la CONFEMEL.

Por último, como decía Julio, se ha logrado estabilizar el funcionamiento de la Secretaría Administrativa, que tiene un sitio web en la CONFEMEL donde aparecen los documentos de CONFEMEL registrados desde su primera Asamblea hasta hoy. Yo los quiero tener presente, porque vamos a realizar varias mesas redondas o temas en la Asamblea de hoy. Esos antecedentes que fueron el trabajo de anteriores Asambleas, deben ser tenidos en cuenta, porque sino estaríamos cada vez que estar haciendo borrón y cuenta nueva y estaríamos multiplicando inútilmente el trabajo. Toda esa documentación está presente en el sitio web que la Secretaría Administrativa mantiene permanentemente. En la medida que logremos convertir en tradición y en rutina la consulta de la Secretaría Administrativa, va a facilitar enormemente el trabajo de CONFEMEL, y gracias a la informática y a la red de Internet, ustedes saben que hoy día no existe el problema del espacio y del tiempo, y si podemos valernos de eso, vamos a hacer que esta organización tenga una vida cotidiana, a pesar de que estemos distribuidos cada uno en nuestros países, a veces, separados por muchos kilómetros, pero todo es obviado hoy día gracias a la Internet.

Bueno, ese es el informe, doctor Julio Castro, que quería complementar, y especialmente hacer hincapié en que por el número de cuenta bancaria y esta copia que ustedes pueden llevar a sus organizaciones del reconocimiento de Internet, esperamos que para el próximo ejercicio puedan hacerse los depósitos de cuota anual que a todos nos corresponden, porque, entre otras cosas, hay deudas ya adquiridas, pero más que nada porque para poder actuar, para hacer efectiva la solidaridad, para hacer efectivo el estudio de los temas, un Comité Ejecutivo necesita de esos recursos que son un medio para llegar a los fines gremiales que todos deseamos".

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias al doctor Barret. Quisiera que formalmente se incorpore al acta de esa reunión, la resolución del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Oriental del Uruguay, que dispone del uso de los registros públicos, que dice así: *"República Oriental del Uruguay. Ministerio de Relaciones Exteriores. C.E. N° 138735 ... Tiene un sello ... Es una copia fiel del original. Ministerio de Relaciones Exteriores. Montevideo, 23 de enero de 2001. Vista la solicitud presentada por la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), considerando que dicha organización ha establecido sede en la República, que la misma constituye una organización internacional sin fines de lucro, atento a lo dispuesto por el Decreto N° 33470 del 14 de julio de 1970 y lo informado por la División para Asuntos Políticos, el Ministro de*

Relaciones Exteriores RESUELVE: 1º) Reconócese a la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) como organización no gubernamental sin fines de lucro. 2º) Expónese que dicha organización gozará, a partir de la fecha de la presente resolución, de los beneficios establecidos por el Decreto N° 33470, de fecha 14 de julio de 1970, con exclusión de los otorgados en el artículo 3º y en el ... del artículo 4º. 3º) Inscríbase en el Registro Especial a que se refiere el artículo 5º del citado Decreto. 4º) Comuníquese y se le da ... con el Ministerio de Relaciones Exteriores". De esta manera, nuestra organización adquiere su inscripción legal en los registros del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay.

Además, formalizamos la cuenta de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL). El banco en el que está registrada, es el: ... Bank Latin American. Dirección: ... Montevideo, Uruguay. Número de la Cuenta: 1274333.

De esta manera, hemos dado cumplimiento al mandato de las Asambleas de Buenos Aires, del 2000, y de Lima, del 2001, con lo cual regularizamos la existencia formal y legal de nuestra organización.

Vamos a pasar a recibir los informes de las delegaciones existentes".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Solicito una moción para que el doctor Barret Díaz haga memoria a los asistentes, de la noticia que compartí con él en el día de hoy sobre la desaparición del dirigente médico uruguayo del sindicato, que nos acompañó en muchas asambleas y reuniones de la CONFEMEL. Quisiera que el doctor Barret hiciera una presentación a los delegados asistentes y guardáramos un minuto de silencio para exaltar la memoria del doctor Macedo, ex Presidente del Sindicato Médico del Uruguay".

Dr. BARRET DIAZ, : "Doctor, le agradezco de todo corazón, aunque, por otro lado, quiero decirle que no sé si le agradezco ... El doctor Juan Carlos Macedo, que muchos de ustedes conocieron en la CONFEMEL como un hombre dotado de singular inteligencia y de un don de gente que le permitía conciliar todo aquello que realmente era conciliable, así como no conciliar aquello en que no hubiera posibilidades, en respeto a los principios, pero, en todo caso, un hombre bueno, un médico brillante que fue el impulsor de la medicina familiar en Uruguay, un hombre que vivió pobre toda su vida, porque se trasladó a una localidad muy humilde del interior de la República para poder ejercer su especialidad donde hace falta y no desde los escritorios; una persona que, además, era un poeta reconocido con un don de síntesis, poesía que, a veces, no superaba la docena de palabras y que conmovían a quien la leyera, fue, además, mi compañero de estudios durante el

internado y el ejercicio de la residencia; fue, además, durante mi exilio de 15 años en esta querida República de Venezuela, mi soporte espiritual a través de sus numerosas cartas y llamadas telefónicas ... Muchos lo conocieron en CONFEMEL. El doctor Macedo, quien era portador de un enfisema pulmonar y fruto de un accidente en la corticoterapia de la manera que probablemente no preveíamos, desapareció en noviembre del año pasado. Como yo tuve que decir al despedirle en el cementerio, una desdichada casualidad del destino hizo que al estar yo ejerciendo la Presidencia de nuestro Sindicato Médico del Uruguay, por cierto, habiéndola heredado de él que fue el penúltimo Presidente, haya tenido que pronunciar aquellas palabras que nunca hubiera querido oír, las de su despedida definitiva, pero sabiendo que no estar entre nosotros por todo el ejemplo que dio, por la muestra del reconocimiento que los demás tienen en él, y hombre sensible. Como Pedro Contreras, hoy, realmente, da muestra de ello, por eso me adhiero y respetuosamente voy a realizar junto con todos ustedes, queridos compañeros, un minuto de silencio a la memoria de Juan Carlos Macedo. Comienza el minuto de silencio".

(PAUSA)

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Vamos a continuar con los informes de las delegaciones. Tiene la palabra el doctor Pedro Contreras".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Buenas tardes, compañeros delegados y del Comité Ejecutivo de la CONFEMEL; queridos hermanos, colegas de Venezuela presentes en esta Asamblea:

Reciban de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Médica Sindical Colombiana (ASMEDAS9, un fraternal y cariñoso saludo. No son buenos los signos de la nación colombiana. Son muchos los padecimientos del país por la situación de violencia que vivimos. Es muy dura la vida del pueblo colombiano por la arremetida de una política muy enmarcada en los dictámenes del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial. Nosotros tuvimos el experimento de la famosa Ley 100, de 1993, que plantea un modelo de someter la salud y la seguridad social a las leyes del mercado, pero, a pesar de la resistencia de los trabajadores y médicos colombianos, se logra moderar esta arremetida y convertir en un instrumento llamado la "Competencia Regulada por el Estado", y sigue siendo el Estado el responsable de la prestación del servicio de la salud y de los servicios de la seguridad social. No se han cumplido diez años de su existencia, cuando estamos padeciendo una segunda ola de reformas en el campo social, económico, político y laboral del país, y más aún cuando hoy en Colombia, el régimen lo dirige política y económicamente un representante de los más cercanos a los intereses norteamericanos, como es el presidente Alvaro Uribe Vélez. Hemos sufrido, entonces, unas nuevas reformas en el Código Sustantivo del Trabajo, o lo que se

llama Reformas Laborales, que deterioran los derechos individuales del trabajador y menoscaban los derechos colectivos de los mismos, tratando de legalizar el proceso de la deslaboralización del trabajo, materializado en el campo de la medicina como la proliferación de diferentes modalidades de remuneración, esquivando en el trabajo estable y bien remunerado. También hemos sufrido el establecimiento de una nueva Ley que reformó el Sistema Pensional de Colombia establecido en la Ley 100. Quedaba como posibilidad los regímenes, uno estatal público que otorgaba pensiones, y otro de fondos privados llamados de Pensiones, que otorgan rentas vitalicias, el cual es manejado por el sector privado.

La situación del país, en los escasos años de desarrollo, demostró que no hay suficiente capacidad de ahorro de la población trabajadora y, por lo tanto, la Ley pretendió resolver un problema y era darles garantías al sector privado para que esté en iguales condiciones de requisitos y beneficios del régimen pensional público o estatal.

Muchas otras reformas se desarrollaron en el primer semestre del Gobierno de Alvaro Uribe Vélez. Se reestructuró o renovó el Estado colombiano, se han planteado reformas tributarias o impositivas, y nos encontramos a puertas de utilizar un mecanismo que se llama Referéndum para convertir una ley en solicitud de

plebiscito a la política económica y social del régimen que rige los destinos del país.

Los médicos colombianos estamos sufriendo toda esta política. Hemos comenzado a resurgir en el proceso de la aglutinación, no solamente de los médicos, sino de todos los profesionales y trabajadores del sector. Es así como hemos logrado establecer ... de contención a la arremetida de esta política, y queriendo el Gobierno eliminar el principal instrumento de la seguridad social en el país, como era el Instituto de los Seguros Sociales, en el año 2001 estableció un pacto de salvamento de consolidación del Instituto de los Seguros Sociales para los próximos diez años, pero como son las políticas de Estado ..., este Gobierno está empeñado en desconocer este pacto, y por eso ASMEDAS ha llamado a la resistencia nuevamente y está procurando conseguir el concurso de todo el movimiento sindical colombiano y del pueblo para continuar la lucha por la persistencia del Seguro Social, la estabilidad laboral y las condiciones ... para los trabajadores de la seguridad.

Muchas son las preocupaciones que tenemos los médicos colombianos. Conocemos de cerca las realidades de los sistemas que se han implementado en muchos de nuestros países hermanos ... Queremos decirles que el paciente se agrava si se le dobla la dosis de una receta equivocada ... El pueblo latinoamericano, centroamericano y del Caribe, profundiza ..., está lleno de pobreza ..., indigencia ...

Muchos de nuestros países son excluidos del adelanto de la civilización, de los servicios de la protección y la seguridad social ...

Nuestro presidente habló sobre la migración de los médicos. El Pacto Andino y Centroamericano, se quedó corto con la política del ALCA y de ... Estados Unidos está desarrollando y tiene a nuestros Gobiernos comprometidos, en que dentro de tres años va a haber un solo mercado en el continente, donde indudablemente van a predominar los intereses del capital norteamericano por sus condiciones de desarrollo y tecnológicas ... Quiere decir esto que no solamente vamos a tener que hablar de sus regiones y de bloques, sino de todo el continente. Entonces, las migraciones van a ser totalmente libres en todos los 24 países que podemos conformar la CONFEMEL ... Este es un punto que hoy la CONFEMEL debe tener en primera importancia, mucho más cuando el Comité Ejecutivo entrega hoy su gestión ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 4*).

(Continúa cassette nro. 4, lado "B").

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "... En los seminarios que vamos a adelantar, debemos precisar cómo se han comportado las integraciones de los mercados en el MERCOSUR, en el Pacto Andino y los otros ejemplos que conocemos en nuestro continente, porque eso ya está traspasado en las pretensiones de los intereses del capital norteamericano. Si ustedes perciben la

experiencia vivida, por ejemplo, con el G-3, México-Venezuela-Colombia, y si perciben como también lo habíamos señalado en varias oportunidades, el problema de los acuerdos bilaterales con el Gobierno cubano, han perjudicado no solamente las condiciones del trabajo de los médicos, sino hacia el futuro vamos a tener mayores dificultades ... Por eso quiero señalar, para terminar, que esta Asamblea tiene la obligación de comenzar a abrir un debate que permita educar y concientizar a la masa médica en nuestros países, a que ya no solamente vamos a depender de la legislación propia de nuestra nación, sino que nos van a imponer criterios de desarrollo y de estándares del ejercicio profesional a nivel transnacional. Pienso que no nos podemos cortar frente a este reto. Debemos abonar todas las experiencias y con ellas poder dar una orientación adecuada general, unas directrices, para que cada organización médica de nuestros países pueda comenzar a hacer un trabajo de información, de educación y capacitación a nuestros médicos. Debemos hacer consciente en la mente de los médicos, que no solamente atendiendo pacientes, que no solamente asistiendo a las instituciones prestadoras de servicios de salud, se hace buena medicina; que debemos tener condiciones dignas y adecuadas para ello. Debemos enarbolar las banderas que nos pueden unificar internacionalmente como son la de un ejercicio desarrollado con dignidad, entendida la dignidad del ejercicio profesional como el respeto a la autonomía e independencia del acto médico, es decir, la defensa de la

relación médico-paciente. Además, debemos señalar la necesidad de rescatar el valor del trabajo del médico. Debemos crear un mecanismo de remuneración generalizada para los médicos de nuestros países. Ahí tenemos la bonita experiencia que ha ejercido el Colegio Médico de Honduras, cuando en el Congreso de la República se estableció una ley que permite una remuneración única de tiempo completo para el médico general y para el médico especialista, no importando la institución donde desarrolle su profesión médica. Esto lo llamo como un punto clave para que en esta Asamblea abordemos en forma inicial estos temas que son el interés y el resorte de nuestras organizaciones, en particular, y de nuestra propia Confederación Médica Latinoamericana, de Centroamérica y del Caribe.

Quiero agradecerle a ustedes que nos acompañen hoy en este debate y decirles que pueden contar con el criterio solidario y democrático de la Asociación Médica Sindical Colombiana, para intercambiar experiencias que hemos vivido. Muchas gracias, señor Presidente y señor Secretario de la CONFEMEL".

Dr. EDUARDO FLORES, Costa Rica: "Quiero dar un agradecimiento a la Federación Médica Venezolana y al doctor León Natera y sus compañeros, por la atención que hemos recibido. Lamentablemente, no pudimos ir a la reunión de Lima, pero mandamos una comunicación que resume lo que dijo el doctor Contreras hace poquito, que

creemos es importante que la CONFEMEL sea la organización que estandarice todas las necesidades de los Colegios Médicos, Sindicatos y todas las organizaciones médicas de América Latina, a raíz de los grandes problemas que se avecinan con la migración de médicos y requisitos de recertificación, etc. Aunque ustedes no lo crean, Costa Rica tiene 4 millones de habitantes. El 25% son extranjeros. Tenemos 7.500 médicos, cuyo 22% son extranjeros. Hay 35 médicos de diferentes nacionalidades de todo el mundo ejerciendo la medicina en Costa Rica. El último mes, incorporamos tres médicos de Venezuela que están ejerciendo la profesión en Costa Rica, por ser un país *sui generis*, que no tiene ejército, tiene un sistema de seguridad social que atiende prácticamente a toda la población, y el salario promedio del médico es de 2.500 dólares, lo que hace que usted, con sólo ejercer en el Seguro, ya tiene un salario suficiente para mantener su familia. Por lo tanto, Costa Rica tiene el gran problema de que actualmente hay 400 médicos colombianos que están emigrando; 300 médicos cubanos; muchos médicos panameños, nicaragüenses, de diferentes nacionalidades ...; y, por tener un sistema de estudios de postgrado bastante bueno, en la Universidad de Costa Rica, en los últimos cinco años, han estudiado en todas las profesiones, aproximadamente, 400 médicos que son especialistas en todo tipo de Pediatría, Cirugía, Neonatología, Ginecología, etc. El problema que tenemos es que prácticamente, todos los médicos, al terminar su residencia, se están quedando en Costa Rica, aduciendo

que las condiciones en sus países, no son buenas ... Por ejemplo, todos los colombianos se quedan en Costa Rica, porque aducen que la situación social en su país es muy problemática. Por lo tanto, al hacer cuatro años de residencia, hacerse amigo del jefe de servicio, de los residentes, etc., fácilmente pueden obtener trabajo hasta en los mismos hospitales principales u hospitales cabeceras de provincia, con un buen salario. Entonces, tenemos el problema de que Costa Rica es un sitio donde nosotros recibimos muchos médicos extranjeros. Todo eso está resumido en esta comunicación que le envío al doctor Julio Castro y que voy a dar copia a ustedes, y que coincide mucho con lo que dijo el doctor Contreras con respecto a la importancia de que CONFEMEL, con ayuda de la OPS y bajo la dirección ahora del doctor León Natera, se aboque a impulsar que la CONFEMEL sea la organización a nivel latinoamericano que todos los Gobiernos sepan que lo que diga CONFEMEL, es lo que se supone que deben hacer los Colegios Médicos para tratar de solucionar los problemas. Habrá oportunidad cuando hablemos de educación médica y recertificación, plantear otros asuntos que son importantes, pero como dijo el doctor Castro, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, acaba de cumplir 145 años de existencia, pues fue fundado en 1857. A raíz de eso, invitamos al doctor Castro para que diera una conferencia principal en el Teatro Nacional, el jueves 10 de octubre, celebrando esos 145 años. Lo hicimos tomando en cuenta que el doctor Castro reúne todos los requisitos, por su oratoria, por ser Presidente de

CONFEMEL y porque Costa Rica, cuando la guerra de los filibusteros, en 1857, que se fundó el Colegio, el doctor Lazario Toledo, un guatemalteco, fue a Perú y obtuvo un préstamo de 100.000 pesos, con el que financió nuestro Presidente, Juan Rafael Mora Porras, su lucha contra William Walker para defender que no se hiciera un estado sureño en toda Centroamérica. Por lo tanto, el Perú reúne todos los requisitos de amistad con Costa Rica y creímos muy importante invitar al doctor Castro, que estuvo ahí con nosotros junto con el doctor Vargas, después de haber ido a México a hablar con el doctor Mijares.

Creemos también que es importante informar que el doctor Cabrera y yo, hemos asistido a todas las reuniones de la Federación Centroamericana de Colegios de Médicos. El doctor ... Barrera, que estuvo en Nicaragua, fue Presidente del Colegio de Médicos y tuvo la idea de fundar esa Federación, la cual se constituyó en febrero del año 2000, siendo él el primer Presidente. Actualmente, la Presidencia la tiene el Presidente del Colegio Médico de Guatemala, quien la asumió en mayo último. Allí estuvimos el doctor Cabrera y yo, y dentro de esa reunión hicimos ver la importancia que tiene la CONFEMEL y que los asuntos de la CONFEMEL, como dijo el doctor Díaz, se ventilen en toda reunión de la Federación.

Luego, hemos estado involucrados en las reuniones que ha programado una agencia alemana y el SUCA (Consejo Superior Universitario de Centroamérica), con respecto a

la acreditación de Facultades de Medicina. En Costa Rica, igual que ha pasado en todos los países latinoamericano, hasta el año 1993 había dos Facultades de Medicina. A partir del año 1993, hay once. Por lo tanto, se están graduando, aproximadamente, 800 médicos al año, y creemos totalmente inconveniente que la calidad que se esté formando por los exámenes que hacemos y resultados en la práctica profesional de los médicos, que no están siendo bien formados ... A raíz de esto, creemos que la CONFEMEL debería ser la organización que diga ..., como me han dicho, que a partir de cierta época, por ejemplo, según dice el doctor Peñaloza, que en el Perú, a partir de cierto tiempo la Facultad que no se acredite, no se deja que médicos nuevos entren y sólo van a terminar su ciclo ... Yo creo que esta política debe aplicarse a nivel de Latinoamérica como una política de la CONFEMEL. Entonces, estuvimos en esas reuniones y ahí hicimos ver la importancia de la CONFEMEL y que esos Colegios Médicos se hicieran presentes en esa reunión, en la Federación de Colegios de Médicos de Centroamérica, Belice y Panamá. Yo, personalmente, en octubre del año pasado, que estuvimos en El Salvador, invité al doctor Aparicio, Presidente de la Asociación Médica Panameña; al doctor Guillermo Mata Penet, de El Salvador; a la doctora Odesa Hernández, de Honduras ... Lamentablemente, no están aquí con nosotros. Sabemos el problema de los médicos de El Salvador, que aún están en huelga, debido a que aun cuando solucionaron su proyecto de privatización, hay represalias, porque a los médicos que participaron en esa

huelga y hasta tanto el Gobierno no los vuelva a instalar, ellos seguirán en huelga. Personalmente, llamé al doctor Mata y dirigí la comunicación al doctor Castro, con el e-mail del doctor Mata para que lo contactara, para ver si podía presentarse a esta reunión ... Como dijo el doctor Castro, cuando fuimos a esa reunión, fuimos a la televisión, los periódicos, etc., con el doctor Mata, para presentarles la gran diferencia que hay entre Costa Rica, un país con una seguridad social del 90-95% de la población, y Nicaragua, un país en que la seguridad social es de tipo privado y no abarca a toda la población, y ahí tenían los salvadoreños el ejemplo de que los recursos se van para tener un ejército que va en contra de los médicos y de la población, en lugar de tener los recursos para educación y salud, como lo he dicho en todas las reuniones. En esta comunicación hay varias consideraciones, como dijo el doctor Contreras, con respecto al informe de la CEPAL y los tratados de libre comercio. Costa Rica, actualmente, está firmando uno con Estados Unidos, y toda Centroamérica. Por ejemplo, actualmente hay 300 familias de Procter & Gamble, de Venezuela, que todas se están yendo a Costa Rica. Están solicitando escuelas, habitaciones, casas, etc., y creemos que en el futuro, si los tratados de libre comercio están por encima de las leyes nacionales, las compañías pueden decir: "Bueno, vamos a traer médicos gringos aquí para que den la consulta". No hablan español, no están incorporados, pero por el Tratado Internacional de Libre Comercio van a poder ejercer su

profesión, en un país donde los costarricenses por el principio de reciprocidad, no podrán ejercer su profesión en los Estados Unidos si no hacen el famoso examen que tienen que hacer todos los médicos. Por lo tanto, creemos que esto es fundamental para la nueva Junta Directiva encabezada por el doctor León Natera y los demás compañeros que han sido elegidos, para que la CONFEMEL, con la ayuda de la OPS, etc., etc., y de todos los ex Presidentes, que creo es importante que ellos se incorporen a las futuras actividades de CONFEMEL, pueda llegar a ser una Confederación modelo y esto llegue también a la Asociación Médica Mundial, para defensa de todos nosotros, los médicos ...".

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Gracias al doctor Eduardo Flores por el informe de la situación de la protección social en su país, Costa Rica. A continuación, el doctor Rafael Cabrera, de Nicaragua, va a hacer su exposición".

Dr. RAFAEL CABRERA, Nicaragua: "Buenas tardes. Nuestro agradecimiento a los hermanos de la Federación Médica Venezolana por sus atenciones y a todos los hermanos colegas de CONFEMEL, con quienes hemos caminado unas cuantas cuadras.

Queremos exponerles lo que ocurre en Nicaragua, que nos consideramos la Cenicienta en todos los aspectos, en el ejercicio de la profesión médica. En Nicaragua, el médico

especialista en los sistemas de salud o sistemas médicos previsionales, no gana más de 250 dólares mensuales, y las restricciones que se hacen a la profesión médica son cada vez mayores, y el poco respeto que se tiene para nosotros, es que tenemos mucho tiempo que nos imponen Ministros de Salud que no tienen absolutamente nada que ver con la medicina, ni siquiera, digamos, que hayan sido damas de la caridad. Simplemente, nos pusieron una empresaria que hace helados, que es la que tenemos ahora, y supuestamente, ayer, que salía, decía que iba a ser reemplazada por un abogado político que ha sido Ministro de Gobernación y de Defensa, y ahora va para Ministro de Salud, y no han tomado en cuenta las presiones que como médicos hemos hecho todo el tiempo. Incluso, en este momento estamos abocados a enfrentar al Presidente en una carta pública, para que tome en cuenta a la Asociación Médica en la conformación del Consejo Nacional de Planificación Económico-Social, ya que no tiene ningún representante que tenga que ver con la medicina.

Comparto y no voy a repetir lo que han dicho mis antecesores. Nuestro mayor problema ..., como dije en el discurso frente a la Ministra de Salud, cuando la clausura del Congreso Médico Nacional, la principal enfermedad que hay en Nicaragua se llama la pobreza, que es la causante de la mayoría de las muertes en Nicaragua, ya que no hay cobertura para la atención de la gente que no tiene recursos ... Estamos viviendo la política de acabar con la pobreza eliminando a los pobres, ya que el

sistema de salud no proporciona más que medicamentos de primer nivel para los que puedan ser rescatables para la producción, al igual que la seguridad social ... De manera que quien no trabaja o tiene una enfermedad como hipertensión, diabetes, cardíacos, o crónica de cualquier tipo, o que tiene que hacer es resignarse, esperar y morirse. Un día se aparece en mi consultorio una señora, me manda un papelito pidiéndome una ayuda, que si yo tengo Enalapril ... Como ginecólogo, lógicamente, no tengo Enalapril. La mando donde el cardiólogo, me manda cuatro pastillas, en un momento, sin pensarlo, saco cien córdovas, se los doy y las cuatro pastillas, y después me quedo pensando: "¿Qué favor le hice? ¿Cuánto tiempo va a poder esta señora tomar Enalapril? ¿Una semana? ¿Y la semana que sigue?". Esa es la situación triste ... Ahora, yo veo que hay un ambiente global, un ambiente creado por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, y detrás también está en competencia la Comunidad Económica Europea, que de alguna manera están creando esta situación en nuestros países para obligarnos a las conductas y a la despoblación ... Precisamente, nuestros países no se desarrollan porque no tenemos suficiente cantidad de humanos para poderlos desarrollar. Entonces, implantan sus programas de control natal a base de exprimir las economías nacionales. Por ejemplo, es una ola de privatizaciones de los recursos del Estado, de los cuales hace uso para actividades sociales para dejar atados a los Estados: privatización de la energía eléctrica, privatización de las comunicaciones,

privatización del agua, privatización de la seguridad social, privatización del sistema de pensiones, privatización de la salud, etc., etc. Consecuencias: encarecimiento de los servicios, mala calidad de los servicios, Estado atado, población empobrecida, limitación de los recursos ... Luego, vienen las ofertas de ayuda a cambio de imposición de políticas traídas desde afuera. La Ley General de Salud, que entró en vigencia el 14 de diciembre de 2002, no es más que un enlatado del Banco Mundial hecho a puerta cerrada, impuesta por funcionarios del Banco Central. Afortunadamente, tuvimos un pequeño espacio, una pequeña apertura, y logramos que se incluyera en el Capítulo de Regulación Profesional, la conformación del Tribunal de Bioética, que es la esperanza nuestra ahora para que ahí se pueda derivar el Colegio Médico de Nicaragua. No han querido ni han tenido la voluntad política para darnoslo, pero en esa forma nos abren una puerta que nos hace ser optimistas. Sin embargo, cuando inauguramos el Congreso Médico Nacional, en octubre, le dije a la Ministra que si nosotros queríamos ser cumplidores de esa ley, tendríamos que cerrar al día siguiente todos los centros de salud y hospitales de Nicaragua, porque ninguno se acomodaba a la prescripción de la ley. Yo siento que en Nicaragua, nos están tomando como un campo experimental para implantar otro tipo de política que no va de acuerdo con nuestra idiosincrasia latinoamericana. Fuertemente financiados por la Comunidad Económica Europea y por los grupos de poder que influyen sobre el Fondo Monetario y Banco

Mundial, están queriendo implantar, en Nicaragua, bajo la figura de Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades, la destrucción orgánica de la familia, porque bajo esa figura quieren institucionalizar la legalización del aborto, la legalización de las uniones de parejas homosexuales, la adopción de hijos por medio de estas uniones de matrimonios homosexuales y todo ese tipo de filosofía enmarcado en esa ideología de género. Precisamente, para apoyar esas mociones, están las situaciones que se han dado últimamente que han sido del conocimiento mundial, de motivar y sensibilizar a la población sobre la aceptación del aborto, con relación a esa niña de 9 años que salió embarazada en Costa Rica. Los médicos costarricenses, las Cajas del Seguro Social, el doctor Esquivel Grio, el panel, dieron la protección completa y absoluta a esa niña desde el punto de vista médico y social, y el dictamen fue que ese embarazo monitoreado y vigilado bajo todos los recursos del Seguro Social Costarricense, podía llegar a viabilidad. Esa niña fue secuestrada, prácticamente, en Costa Rica, y llevada a Nicaragua con la única y exclusiva intención de hacerle el aborto a las 17 semanas de embarazo. La Asociación Médica Nicaragüense, se pronunció desde el inicio, en dos formas, primero, diciendo que la obligación del médico era velar por las dos vidas, e incluso tener todos los recursos necesarios para garantizar esas dos vidas, y ofreció los servicios de todo el cuerpo de especialistas de la Asociación Médica para atender el caso. El Ministerio de la Familia, se apoya en la Asociación

Médica. El Ministerio de Salud, por su parte, nombra una comisión de 15 especialistas para atender a la niña. Luego, esa niña no es presentada ni al Ministerio de Familia, ni al Ministerio de Salud. Posteriormente, de una manera clandestina anunciaron que le habían hecho el aborto. Nosotros, como médicos, no podemos aceptar una situación en la cual dejan de lado los dictámenes científicos, técnicos, médicos, y en este caso, de médicos de Costa Rica y de médicos de Nicaragua. Personas que nada tienen que ver con la medicina, hacen sus diagnósticos, los malcalifican de terapéuticos, ejecutan la acción y se meten en los campos médicos sin tomar en cuenta la opinión médica. Precisamente, el día de ayer, antes de salir para acá, la Asociación Médica, junto con otra serie de organizaciones, puso una denuncia en la Fiscalía de la República, pidiendo que se investiguen once delitos que se cometieron a la luz de este caso, y que lo queremos tener como modelo para evitar que el acto médico sea suplantado como está pretendiéndose hacer por personas no médicas, no autorizadas, no calificadas, y que en ese sentido, incluso, relacionado con una petición que quedó en el aire en la reunión de Managua, también que CONEMEL apoye esta actitud, e incluso, en otras condiciones, se haga y se respeten en condiciones extremas, la objeción de conciencia del médico, si acaso por alguna razón llegan a introducirse estas leyes y un médico se resista por los factores de conciencia, a cumplir con situaciones con las que él no esté de acuerdo. Entonces, respetar la objeción de conciencia,

porque esto va regándose como pólvora por toda América Latina, y sostener las posiciones como la nuestra, la Asociación Médica Nicaragüense, del respeto a la vida, y que se tomen exclusivamente los criterios médicos, no los criterios de personas no médicas para que se ejecuten actos que van en contra de la profesión médica, o sea, la instrumentalización del médico con base a una ideología y a programas impuestos por estos organismos internacionales que nos están prácticamente comprimiendo ...

Ahora, como mensaje de esperanza, hemos logrado que 33 organizaciones médicas de Nicaragua, las Sociedades Científicas de Cardiología, de Pediatría, de Dermatología ..., nos hemos conformado en lo que hemos llamado Alianza Médica Nacional, y en este momento ...". (*Fin cassette nro. 4, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 5, lado "A"*).

Dr. RAFAEL CABRERA, Nicaragua: "... una ley de colegiación. Tenemos buenas noticias de parte de unos diputados de la Comisión de Salud y las esperanzas se abren para pronto tener el Colegio. Pero, como decían mis predecesores, creo que es importante que todas las acciones que cualquiera de nuestras organizaciones haga, lleven por detrás el sello y respaldo de CONFEMEL, porque creo que es tiempo de que los médicos nos hagamos respetar en el continente. Toda esta situación que se está mencionando,

es real. Hace tres o cuatro días, me decía otro médico: "Mira, no te extrañe que después de firmado el Tratado de Libre Comercio de Centroamérica, tengamos aquí 200 ó 300 médicos norteamericanos ejerciendo libremente, o que las compañías vengan con sus propios médicos y sus propios sistemas de salud pasando por encima de toda ley y de toda soberanía, y es lo que está ocurriendo". La Comunidad Económica Europea, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, están violentando las soberanías nacionales imponiendo sus programas.

De acuerdo a la reforma tributaria, a todos los profesionales de Nicaragua, nos quieren implantar el 10% de lo que cobremos por cada acción profesional que hagamos, y no nos dan absolutamente ningún escudo fiscal. De manera que estamos en situación, tanto los asalariados como los de profesión libre, en inferioridad con cualquier megaempresario que con sus escudos fiscales, prácticamente, no pagan impuesto, mientras los asalariados y los de profesión libre, va neto el 10% de nuestros ingresos. Esto lo digo tomando en cuenta lo que dijo mi colega de Colombia.

Perdonen si ando un poquito de un lado para otro, pero es que habían unas cosas que tocaron adelante. Me rompieron el discurso, pero quería enfatizar sobre eso".

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctor Rafael Cabrera, de la Asociación Médica de

Nicaragua, por su informe. Nos ha recordado su lucha por lograr el reconocimiento legal para la organización del Colegio Médico de esa hermana República. Con ese motivo realizamos la Asamblea Extraordinaria el año pasado, para expresar de manera práctica con nuestra presencia, el apoyo a vuestra causa, vuestra lucha, haciendo patente los niveles organizacionales reconocidos a distinto nivel en el resto de países de América Latina. Esta información también toca algunos temas que en algunas comisiones podrán ser tratados y desarrollados.

El doctor Argollo, de Brasil, va a presentar su informe".

Dr. PABLO ARGOLLO, Brasil: "Antes de todo, quiero agradecer la postulación del Sindicato Médico de Brasil, para participar en la CONFEMEL. En Brasil, estamos ahora con un nuevo Gobierno al frente de Luis Ignacio Lula Da Silva ... Todavía es temprano para saber cómo sucederán las cosas. Por ahora, al contrario de lo que muchos estaban esperando, el nuevo Gobierno se está mostrando muy tímido. Prácticamente, está siguiendo las mismas directrices del Gobierno anterior. Las afirmaciones que antes eran muy duras como no pagar la deuda externa, o hacer la reforma agraria, no están siendo emitidas ahora. Entonces, es temprano para ver cómo serán las cosas. En el área médica, las experiencias que tenemos con el Gobierno del partido de los trabajadores, no son muy animadoras. Incluso, en el estado donde vivo tuvimos el Gobierno pasado ..., pero no ganó las elecciones. Ahora

tenemos otro partido. Pero, el Gobierno pasado ha sido el partido de los trabajadores, y muchos Gobiernos del partido de los trabajadores, en el área médica han sido muy problemáticos para los médicos, porque a disculpa de las ... multidisciplinarias, todos los médicos han sido sacados de los puestos de ..., sustituidos por enfermeras, por psicólogos, por asistentes sociales, por fisioterapeutas ..., con la justificación de que los médicos ya tienen el poder del conocimiento y tienen una historia de autoridad, muchas veces de prepotencia, y entonces no conviene que tenga además del poder del conocimiento, el poder administrativo. Les conviene que el poder administrativo quede en manos de otras personas. La experiencia de los médicos no ha sido buena con estos Gobiernos. En nuestro estado hemos tenido muchos enfrentamientos con una especie de poder intermediario que se crea de una especie de tecnocracia, en especial, de los que antiguamente se llamaban paramédicos, o enfermeras, psicólogos, etc., que pasan a asumir toda la titularidad de las acciones de salud. Estamos, incluso, con un proceso en la justicia para definir una prohibición de que las enfermeras, en Brasil, no puedan hacer solicitudes de exámenes de laboratorio, ni hacer diagnósticos, ni hacer prescripciones, porque una de las cosas que hacía el partido de los trabajadores, era que según los programas sociales, las enfermeras podían ejercer estas funciones. Lo que pasa es que esto se torna un poco nebuloso. Hace algunos meses, las enfermeras, en especial, en los programas de salud de la familia,

estaban ejerciendo la medicina. Es muy difícil determinar por qué no se puede llamar lo que están haciendo, ejercicio informal de la medicina. Me imagino que vamos a encontrar algunas dificultades en ese aspecto.

En el aspecto gremial, tenemos en Brasil, el Consejo Federal de Medicina, que tiene una función fiscalizadora; la Asociación Médica Brasileña, que es una asociación con finalidades científicas y culturales; y tenemos la Federación Médica Brasileña que depende de los sindicatos, en especial, estatales, pero hay otros sindicatos, incluso, dentro de los estados ... Aparte de la Federación, tenemos una Confederación. Estamos con la Confederación con un 20% de los sindicatos de los médicos del país, y en la Confederación Médica Brasileira, con un 80%. Lo que importa es que todavía estamos dirigidos. Estamos caminando para la reunificación. Así que la próxima semana vamos a tener en Río de Janeiro, la primera reunión ampliada de las Direcciones de las dos entidades nacionales sindicales. Así que en los próximos meses, debemos tener en Brasil, un movimiento sindical unificado. Todavía somos tres entidades nacionales, porque una va a ser el Consejo Federal de Medicina; otra va a ser la Asociación Médica Brasileira; y otra, la Entidad Sindical. Va a ser una única Entidad Sindical. Así que estoy muy esperanzado en que vamos a tener una reunificación de la Entidad Nacional Sindical.

Por último, les quiero decir que nosotros, el Sindicato Médico de Río Grande do Sul, estamos en guerra. Creo que somos los únicos brasileros que estamos en guerra ...".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Gracias al doctor Argollo, de Brasil, por su informe. Tiene la palabra el doctor Peñaloza, de Perú".

Dr. ISAIAS PEÑALOZA, Perú: "Reciban el saludo los médicos agrupados en la Federación Médica Venezolana, a través de su Presidente, doctor Douglas León Natera.

Al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, Perú no ha superado los problemas tanto en el área de salud y seguridad social, como en el ejercicio de la profesión médica. El 27 de junio de 1997, la Federación Médica Peruana cumplía 50 años de vida institucional. En esa fecha, reunidos con esa ocasión, delegaciones de Venezuela, Colombia, Ecuador, Argentina, Bolivia, Chile, conjuntamente con Perú, tuvimos la idea de refundar la Confederación Médica Latinoamericana, y posteriormente esto se cristalizó en la ciudad de Santa Cruz, de Bolivia, en noviembre de ese mismo año. Creo percibir que no nos equivocamos en esta refundación. Creo que el continente de América necesita una institución sólida en defensa de lo que se apostó en la Declaración de Lima, en defensa de la salud, de la seguridad social y de la profesión médica. Creo que más que nunca está vigente esto. Es grato ver cómo en estos 5 ó 6 años se han ido

sumando otras instituciones, colegios, federaciones, sindicatos, y todos ellos con el afán de sumar y resolver sus problemas en unión o comunión con toda América. Creo que es un sueño que se va haciendo realidad. Tal vez uno de los que siempre exigía en estas reuniones, es quien les habla, que necesitábamos una acción conjunta, requeríamos que CONFEMEL estuviera en los momentos difíciles de cada institución en todos los países en conflicto ... Creo que la visita de CONFEMEL a Venezuela, en el mes de mayo, justamente, cumplió uno de esos sueños, estar presente, acompañar a la Federación Médica Venezolana en aquel entonces, e igualmente a los otros países que se han ido a visitar. Debemos dar un paso más, un peldaño más en el escalón, ir a acciones conjuntas, que se escuche realmente a los médicos latinoamericanos, a los médicos del Caribe. Nos unen los mismos problemas. En el año 1997, cada una de las representaciones, en Santa Cruz de la Sierra, de Bolivia, hicimos un informe. Estoy escuchando el mismo informe. Prácticamente, no ha variado. Es el mismo con algunos agregados o con algunos cambios de Gobierno y de posiciones de los gobernantes. Por ejemplo, en mi país, la década de los 90 fue terrible para el pueblo peruano y para los médicos, en especial. Tuvimos la esperanza, en el retorno de la "democracia" y del estado de derecho, que muchas de nuestras dificultades iban a superarse, y que muchas de las reivindicaciones postergadas iban a ponerse en marcha. Pero, tanto en la dictadura como en la democracia, hemos constatado que salud no es prioridad para el Gobierno

actual, aun siendo democrático. Inclusive, se dice que este Gobierno sigue la misma receta, porque es muy cambiante, como ustedes saben. Esto ha hecho que subsistan los mismos problemas. Ustedes saben que en la década del 90, el Seguro Social daba las prestaciones de pensiones y salud. Fue privatizada la parte de prestaciones de pensiones y lo sigue siendo hasta ahora. La parte de prestaciones de salud quedó, pero con una amenaza a través de las CPS, una copia de nuestros amigos colombianos, pero tal vez con un poco más de perversidad en el Perú, pero, sin embargo, felizmente, o ha prosperado, a pesar de que sigue siendo una amenaza. En lo que es salud, de alguna manera ha retornado, al menos, en las declaraciones, que salud sigue siendo un derecho, pero, en la práctica, sigue siendo un privilegio, un privilegio de quienes tienen la economía, un privilegio de quienes pueden pagar la atención de salud. Estamos en ese camino tal vez de transición de una democracia, hace tres años, pero constatando que en el sector salud todavía no se avizora un cambio definitivo en este capítulo.

Igualmente, nosotros hemos tenido la proliferación de las Facultades de Medicina, tal vez una de las más grandes en Latinoamérica. En los 90, nosotros teníamos 13 Facultades de Medicina, y al terminar la década del 90, hemos llegado a 28 Facultades de Medicina, y con 10 Facultades de Medicina en espera de iniciar. Pero, felizmente, a través del Colegio y la Federación Médica, nuestro gremio

médico logró una ley en el Congreso, una Ley de Acreditación de Facultades, que es la que está en estos momentos en plena ejecución, y todas estas Facultades de Medicina están sometidas a esta acreditación. De las 28 Facultades, solamente han acreditado a 6 ó 7. El resto todavía está en veremos, en este año, para poder consolidar esta acreditación. Conversaba con alguno de ustedes, que a partir del 2004, si no logran la acreditación, en estas Facultades se suspenderá el ingreso de nuevas promociones de estudiantes.

Asimismo, nosotros iniciamos, en respuesta a toda esta persecución del gremio médico, del intrusismo de otras profesiones, de lo que ustedes llaman del ejercicio ilegal, lo que es la certificación médica. Cada cinco años hay que entrar a un proceso de recertificación conducido por el Colegio Médico. Este es un proceso que hemos iniciado y ya tenemos cuatro años. En estos cuatro años estamos viendo la necesidad de hacer algunos cambios y de profundizar un poquito más este proceso de recertificación. El intrusismo de otras profesiones, no solamente en la práctica ... En la práctica vemos que hay enfermeras que recetan. Vemos que las parteras no solamente quieren recetar, sino, inclusive, quieren hacer la cesárea. Vemos psicólogos que quieren ser psiquiatras, tecnólogos médicos que quieren ser médicos ..., en fin, toda una avalancha ... Pero, en nuestro país han tratado de la práctica a tratar de legalizar, a través del Congreso. Es así como actualmente existen varios proyectos de

leyes. Tal vez una de las más connotadas ha sido la de las parteras, quienes a través de una ley querían consolidar o legalizar su actividad médica sin haber estudiado en la Facultad de Medicina. Esto, lógicamente, trajo toda una lucha del Colegio Médico y, felizmente, salió la ley, pero dándole lo que les corresponde, pero sin incluir actividades médicas. Mediante esas leyes, querían convertirse en pediatras, neonatólogos y perinatólogos, obstetras ..., todo a la misma vez, inclusive, en la parte de la sexología humana, la fertilidad humana ... Era una situación bastante difícil. En los artículos de ese proyecto de ley, todo eso estaba consolidado. Felizmente, fuimos escuchados después de una larga y dura batalla, inclusive, con movilizaciones, por una parte, nosotros, y por la otra, movilizándose las obstetras ... Llegamos a la conclusión de impedir legalizar lo solicitado por las parteras.

Sigue todavía el problema de los contratos sin relación laboral. En nuestro país, tal vez la flexibilización laboral se hizo una práctica cotidiana, no en la parte del ejercicio privado, sino del ejercicio laboral del sector público. Hemos llegado a tener cerca de 5.000 médicos que no tenían relación laboral con el Ministerio de Salud y hacer funciones tal igual como si tuvieran una relación laboral y, lógicamente, extendían una factura como si fuera una prestación temporal o asistir a algunos pacientes en ese tiempo, con todo lo que significaba la pérdida de no tener una relación laboral como son las vacaciones, la asistencia de salud en el seguro, no tener

un futuro pensionario, no tener una carrera con los niveles, etc. Esto todavía persiste. El Gobierno mantiene la promesa de que se va a regularizar esto. Tal vez una de las tareas más grandes en el Perú, del Colegio Médico y la Federación Médica, es ésta, es decir, tratar de solucionar estos contratos laborales que no tienen ninguna relación laboral con el sector público.

A esto podríamos agregar que en el Perú, hay una amenaza de que en el Parlamento se está cocinando la llamada Ley de Mala Práctica Profesional. Entendemos que la Ley de Mala Práctica Profesional era para todos los profesionales, pero, sin embargo, en la lectura de este proyecto vemos que solamente se refiere al médico. La intención es que el médico, así como está obligado a colegiarse para ejercer, esté obligado simultáneamente a la colegiatura de tomar un seguro. Esto lo han intentado en las gestiones anteriores del Congreso, pero no lo han archivado. Todavía sigue vigente la amenaza en este capítulo y, lógicamente, el *lobby* para que esto sea tratado en el Congreso ... Existe por parte de las aseguradoras, el escándalo de hacer por una supuesta negligencia médica y salir, día a día, en los medios de comunicación masiva, la insatisfacción de algunos supuestos pacientes que se quejan de la mala práctica o de la supuesta negligencia médica del profesional ...

Igualmente, tenemos el problema de las migraciones de los profesionales de los países vecinos, como también con

seguridad médicos formados en el Perú, emigran a otros países vecinos. Sin embargo, el Perú está un poco preocupado, porque, si bien es cierto que nosotros hemos logrado detener a la proliferación de Facultades de Medicina, sin embargo, en los países no vemos que se haya detenido esto. Tal vez por eso es importante darles a conocer la experiencia del Perú, de lo que significa la acreditación de Facultades y las consecuencias que tiene esta proliferación de Facultades. Para nosotros, existe una nada más: que no existan más Facultades de Medicina, y la otra, que se regularice el número de médicos que se forme, y la tercera, que estos médicos formados nazcan de una Facultad de Medicina que esté actualizada, acreditada y que sea una garantía para el ejercicio del futuro profesional.

Tal vez en el transcurso de las mesas, podemos profundizar un poco más estos pincelazos que estoy dando y tomar referencia conjuntamente con ustedes para llevar a cabo en toda Latinoamérica y el Caribe, de consolidar algunas ideas comunes a través de CONFEMEL. Creo que se abre una fase muy importante con estos lazos de relaciones con la OPS, que nos puede abrir estudios no solamente de los temas que estamos viendo, sino del mercado de trabajo y de esa manera tratar de consolidar algunas preocupaciones que tenemos los médicos latinoamericanos".

Dr. PEDRO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Continuamos con el informe del representante de México, doctor Minjares".

Dr. JJOSE LUIS MINJARES, México: "El informe al cual me remitiría en esta ocasión que por primera vez estamos aquí, es que en 1964-1965 hubo en México un movimiento médico, el cual fue violentamente reprimido por el poder y esto dio como resultado que la Federación de Colegios Médicos tuviera que retraerse, ya que existiendo desde 1948, prácticamente, desapareció. No fue sino hasta la década de los 80 cuando vuelve a realizar algunas acciones, pero no es sino hasta 1997 cuando verdaderamente comenzamos a trabajar ... Prácticamente, yo les diría que en ese lapso de 1965 a la década de los 80, el ejercicio profesional en México, giró sobre una palabra: la anarquía. ¿Por qué la anarquía? Ustedes saben y lo han expresado en sus propios países, las decisiones de los políticos, políticas son, y las decisiones de los médicos abordan nuestros principios, y éstas fueron siempre supeditadas al poder. En mi país, como en el de ustedes, hemos encontrado médicos que están dispuestos a anteponer en contra de lo que establece la Asociación Médica Mundial, sus principios a los del poder, y México no es la excepción. Yo les diría que teníamos en tiempos de Echeverría, en la década de los 70, apenas cinco Escuelas de Medicina. Hasta hace poco teníamos 82, de las cuales sólo 7 están reconocidas por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Es menester dentro de la actitud de nuestros Gobiernos al

servicio del imperialismo norteamericano, el hecho de dismantelar los servicios de salud ... En México, esto se empezó a dar prácticamente desde la década de los 80, la cual se llamó la década perdida, en Latinoamérica. A ustedes también les tocó vivir esto. Quiero decirles que desde entonces ya no se invirtió en salud, y prácticamente se ha apelado al hecho de irle quitando recursos, con el objetivo de poder justificar en un momento dado ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 5*).

(*Continúa cassette nro. 5, lado "B"*).

Dr. JOSE LUIS MINJARES, México: "... Nosotros tenemos un nuevo Presidente que fue electo en un proceso democrático. Ya regresamos a la realidad. La realidad sigue siendo prácticamente la misma. Sí hay avances democráticos. Pero, quiero decirles que en salud, la tiranía sigue. El ejercicio del poder, en salud, sigue siendo una monarquía transicional, autoritaria, cuyo fanatismo y visceralidad es la que decide todo lo que deben hacer los médicos. En la mañana, les decía que en virtud de las situaciones de crisis que ya se viven en la América Latina, igual que en México, con el Tratado de Libre Comercio, las recientes movilizaciones campesinas me dan la pauta para asistir a una reflexión que la tomé de los campesinos ... Ellos le ponían: "El campo no aguanta más a los funcionarios". Yo les traduzco la idea, de que en la salud, funcionarios doctores ya no los aguanta más ... Ese es el marco en el cual hemos vivido esto. Hacían

referencia y por establecer alguna conexión dentro de la realidad que vivimos en las Américas, pues, en el estado mexicano de Querétaro, el Secretario de Salud es un colchonero, un empresario colchonero, y en la ciudad de México, el Presidente de la Comisión de Salud, es el líder del metro, del sistema de transporte colectivo. Hemos llegado a una situación en la cual les hablaba yo de este modelo democrático ..., que llega a la Secretaría de Salud un personaje que estuvo por acá, en Colombia, y como tratando de vendernos espejitos, nos llevó de nuevo el operativo del seguro popular y de otras manifestaciones de las cuales en Colombia tienen un manual que le llaman "Crónica de una Utopía", y éstas son las intenciones sobre las cuales en estos dos años prácticamente hemos asistido a más de lo mismo, pero peor ...

En cuestión de certificación, se ha recurrido a una maniobra que se llama Certificación de Hospitales, esto desde 4 ó 5 años, donde se busca legitimar que cada hospital esté acreditado para funcionar adecuadamente. Esto es una imbricación a la legislación sanitaria vigente y, realmente, en términos de finalidad, no cumple con el propósito para el cual fue creado, porque si bien esto se exige plenamente en hospitales particulares o en algunos hospitales que dependen del Estado, esto no se llega a cumplir, aun cuando se les otorgue dicha certificación. El problema de esto es la falta de recursos. México es un país que en la década pasada

apenas destinó el 2.33% del producto interno bruto, y en esas condiciones es todo un reto pensar que se les puedan exigir monitores y todo lo que requiere en un momento dado y que se han establecido en forma absurda, a través de normas oficiales mexicanas en salud. Bueno, éstas sí están en los manuales de procedimiento de ejercicio profesional que cada médico tiene, y que allá se les ha dado una implicación de corte legaloide que gravita realmente en contra del médico.

Tenemos el mismo problema en lo que se refiere a la industria de la demanda, con la entrada y la aprobación fraudulenta ... Digo fraudulenta, porque el día 27 de febrero de 1999, el entonces Secretario de Salud, doctor De la Fuente, publicitaba muy jactanciosamente que ahora sí los mexicanos iban a tener acceso a la salud del primer mundo. Lo que él ofrecía como salud del primer mundo, es la versión mexicana de lo que ya en Colombia y en Chile había fracasado, y son las instituciones de seguros especializadas en salud. Nosotros, cuando nos enteramos en esa declaración de qué estaba pasando, la impugnamos en el Senado y después de haber hecho un intenso cabildeo con todas las fracciones parlamentarias, quiero decirles que es tal el impulso del dinero, porque me consta (esto lo tengo de referencia, incluso, de senadores que formaron ese grupo) que todos votaron a favor. Aquí quiero decirles que nos reunimos con médicos de los tres partidos principales, el PRI, el PAN y el PRV, y quienes nos ofrecieron votar en contra, todos

votaron a favor. De ahí la necesidad de llevar diputados y senadores a los Congresos, con la finalidad de que representen nuestros intereses con la mística y con el compromiso que debe ser ...

En cuanto a la explotación que el poder ejerce también sobre el médico, les puedo decir que en el "López Mateos" tienen médicos que están trabajando en dicho hospital y a los cuales les pagan 1.000 pesos quincenales, con la promesa de ofrecerles una plaza.

Con relación a lo que es el Tratado de Libre Comercio, realmente, se trata de un acuerdo y, por lo tanto, les invito a que consideren esto. El Tratado tiene una connotación en términos legales, superior a lo que es un acuerdo. En realidad, esto es un acuerdo y por eso es que los gringos lo manejan como *agreement*. El caso es que allí, en los artículos 1.201 a 1.213, todo lo que se refiere al ejercicio profesional, lo llenaron con la ley del embudo: todo lo ancho para los canadienses y los gringos, y lo estrecho para los mexicanos. Esta es una situación que están por vivir ustedes al firmar también el ALCA o algunos de estos Tratados recíprocos. De hecho, tuve noticias y recibí el documento cuando en febrero del año pasado, Vicente Fox firmó un Tratado con Colombia respecto a los títulos que podían respetarse en su equivalencia, y de lo cual nosotros nunca fuimos consultados. Trabajamos después que aprobaron en forma fraudulenta lo de la CICEX. En el reglamento, nos

ofrecieron que ahí podíamos enderezar la barca e hicimos quince propuestas, de las cuales sólo se aceptaron dos. El reglamento, como tal, quien lo hizo fue el Colegio Médico de México, porque el formato con el cual posteriormente se publica, fue el que nosotros propusimos y que trabajamos. O sea, que de esto les puedo decir lo que ocurre en el autoritarismo en el sector salud de México, y así se aprovechan del trabajo ajeno. Después de la CICEX, bajo nuestra consistente presión se empezó a hablar del Seguro Popular y pedimos que nos informaran qué era, con el objeto precisamente de tener información acerca de qué iba a pasar con eso y dar nuestros puntos de vista. Se resistieron sistemáticamente. Tuvieron que hacerlo mediante un decreto, y prácticamente así es como se maneja ahora el sector salud, en México, frente a un acoso en el cual ellos no vivían, porque hoy les exigimos de alguna manera una rendición de cuentas y un ofrecimiento en términos de asesoría que también en el pasado nunca habían utilizado. Lo están haciendo por decretos. Quiero decirles que después de esta opción de corte autoritario que vino desde la Presidencia para el Seguro Popular, el día 12 de noviembre, se mandó a la Cámara de Senadores, una nueva versión de esto, la cual llamaron Seguro de Protección Social en Salud. Por una coincidencia plena, estábamos nosotros allí, el Consejo Directivo del Colegio Médico de México, y cuando ya tenían arreglado, también concertado, el hecho de aprobarlo prácticamente en *fast track*, logramos convencer ahora a los capitanes de cada fracción parlamentaria para

que se escucharan estas propuestas, un análisis, y propusimos ..., ya lo habíamos hecho desde septiembre del año pasado, el hecho de mencionar que el sistema nacional de salud está en crisis, y esta crisis hace necesario que hiciéramos un foro, con la finalidad de que se pudieran adoptar algunas políticas hacia el futuro que rescataran lo que el sistema nacional de salud en el pasado ha tenido como bueno y que sirve a la idiosincrasia de los mexicanos, lo cual también habíamos aceptado. Ya la Cámara de Senadores había aceptado, incluso, pagar los ponentes para que realizáramos este foro y que nosotros los instrumentamos con base al hecho de tener gente cuyas propuestas y valía a nivel internacional tuvieran la oportunidad de ser consideradas, pues quiero decirles que a últimas fechas esto se ha ido retrasando y tal parece ser que existe el convencimiento, yo lo llamaría en redondo, de que este foro no se haga. Nosotros insistimos en hacerlo. Estamos buscando el apoyo en el orden económico, de una universidad privada. No recurrimos a la Universidad Nacional Autónoma de México, porque el que era Secretario de Salud y que aprobó la CICEX, lo hizo sin escucharnos. A pesar de todo el cabildeo que realizamos para tratar de ofrecerle nuestros puntos de vista, jamás nos recibió, y es el actual Rector de la Universidad "Juan Ramón de la Fuente".

Con relación al Tratado de Libre Comercio, tenemos un trabajo consistente en una nueva Ley de Profesiones, el cual terminamos la semana pasada. En la misma

establecemos, concretamente, el hecho de que en todo Acuerdo o Tratado internacional ... Les puedo decir que México es el señor de los Tratados. Tenía 28 Tratados firmados y creo que ya vamos en 36. Pues, esto no se ha reflejado en la economía del mexicano medio. En términos macroeconómicos, estos sí tienen resultados que verdaderamente sólo a los funcionarios convence ...

En lo que se refiere a la participación de los Colegios, hemos logrado hacer algunos avances, y en algunos de los estados, nuestros miembros federados participan ya de los Consejos de Salud Estatales, muchos de estos Colegios ...

En cuanto a trabajo, hemos hecho un intenso cabildeo legislativo y estamos resistiendo al poder político, porque cuando en un sector tan autoritario como les digo que es el sector salud, el hablar diferente, el disentir, es algo que uno tiene que enfrentar y pagar, y en ese sentido hay que recibir amenazas y hostigamiento.

Frente a lo que podemos considerar que son los hechos concretos en los cuales esto ocurre en todos los países de Latinoamérica y son el servicio al Fondo Monetario Internacional y al Banco Mundial, yo los invitaría a algo que pienso establecer con un proyecto piloto en la ciudad de México con el Regente actual, el Gobernador del Distrito Federal, y es el crear unidades autónomas de catorce camas, las cuales sean manejadas por los médicos y se realice una inversión federal a largo plazo, que los

médicos también pongan dinero y la comunidad, y esto es con la idea de eliminar la participación de los empresarios. La CICEX, en México, sus cálculos actuariales parten del hecho de que cada 10 pesos que reciban, sólo quieren gastar dos. Con estos datos, ustedes se dan idea de quién va a ser la variable de ajuste: básicamente, el médico, y desde luego, los pacientes.

En otro sentido, se trata de establecer una cierta uniformidad en las acciones y plantearlo desde un orden filosófico. A mí me gusta expresar que buscamos en los Colegios Médicos, en México, que se respete la identidad, la dignidad, la integridad y la libertad del médico mexicano en su ejercicio profesional. Creo que eso es lo que podríamos establecer dentro de CONFEMEL y uniformar de alguna manera los conceptos sobre los cuales accionar, y tener desde luego un diagnóstico de salud de la profesión médica por cada uno de los países miembros. Yo tengo un trabajo que empezó por ser una hoja y ya va por ocho. En noviembre pasado, decidí hacerlo un libro, está en proceso de serlo, y se llama "La Profesión Médica hoy". De alguna manera, ésta es una versión de lo que me ha tocado vivir y ver, en México, pero, igual es un retrato de todo lo que ustedes viven y han referido. Desde luego, aquí lo importante es utilizar esta aglutinación que se está realizando, por lo cual felicito a quienes volvieron a hacer resurgir esta organización

para llevar adelante los fines y las propuestas que rescaten la identidad del médico”.

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: “Muchas gracias al doctor José Luis Mijares, de México, por su informe. Invito a la representación de Uruguay, a presentar su informe”.

Dr. BARRET DIAZ, Uruguay: “En coordinación con mis compañeros de delegación, el Vicepresidente del Sindicato Médico, doctor Eduardo Figueredo, y el Secretario, bachiller Alvaro Danza, vamos a tratar de dar un brevísimo aporte de nuestra problemática, que para empezar por el final, es esencialmente análoga a la del resto de los colegas del continente en esta realidad global que estamos transitando y que por suerte tratamos de enfrentar de manera global. Yo diría que a título de grandes pantallazos en nuestro sector público, ustedes deben saber que en el transcurso del año, el Sindicato Médico del Uruguay, ante el agravamiento de las carencias de insumos asistenciales básicos, absolutamente elementales, se vio en la necesidad de proponer que se declarara un estado de emergencia sanitaria nacional. Esto pinta el estado en que se encuentra el sector público de la salud, donde, además, factores de precariedad laboral también fueron manejados en la intención de rebajar la calidad de servicios, procediendo de manera indolente y negligente ante la renovación de contratos de colegas que trabajaban precisamente en las

áreas críticas que brindan servicios de mayor complejidad como terapia intensiva, diversas áreas quirúrgicas, etc. En nuestro sector asistencial privado, hemos asistido al cierre de instituciones que brindan asistencia sin fines de lucro, por ley, las denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que son fuente de trabajo probablemente para la mayoría de nuestros colegas y que tienen una regulación legal que les establece la integralidad de prestaciones asistenciales y la prohibición de generar lucro, debiendo reinvertir las eventuales utilidades, lo cual, a lo largo de décadas, llevó a la creación de una importante infraestructura locativa y tecnológica que hoy día se va viendo menguada por el cierre de instituciones. Actualmente, se asiste a la propuesta de modificar la esencia de ese sistema que es la integralidad de prestaciones, proponiéndole la formulación de paquetes asistenciales de calidad variable, según capacidad de pago, lo cual vendría a asimilar a estas instituciones a la de las instituciones comerciales aseguradoras por franjas de riesgos que gradúan sus primas, según el tipo de cobertura, pero que siempre mienten algo en la letra chica, terminando por comercializar de manera absoluta al sector privado de la salud, a todo lo cual nos estamos resistiendo. Pero como siempre esta división del análisis entre sector público y sector privado, esconde algo que debe ser dicho por sobre todo lo dicho hasta ahora, y es que no cabe hablar de la salud dividida en estos dos grandes capítulos. Además, aquí se esconde una gran cosa. En el Uruguay, per cápita,

se gasta cuatro veces más en el sector privado que en el público, y esto esconde una realidad todavía peor. Ese cuádruple lo podemos desagregar que en la ciudad capital de Montevideo, se gasta el doble, pero en el interior del país se gasta siete veces menos en el sector público per cápita, que en el privado. El problema bioético que implica tener una salud para quien pueda pagarla y otra salud para los menos favorecidos, es lo que nosotros debemos enfrentar, y el Sindicato Médico del Uruguay formuló su propuesta de un Sistema Nacional de Salud que varíe fundamentalmente en dos aspectos, el del modelo prestacional y el de su financiación, proponiendo un modelo de cobertura universal, de calidad uniforme comprobada con integralidad de prestaciones, accesible y oportuna, y con énfasis en la atención primaria de la salud para evitar la distorsión económica que la sobreoferta de una tecnología que promueve programas de obsolescencia prevista, lleva a un dispendio de los escasos recursos que la sociedad puede destinar hacia la salud, y en la financiación, abandonar los modelos de aporte del bolsillo y pasar a una financiación con un seguro nacional de salud. Pero, este sistema nacional de salud, dado que la seguridad social es más que el sistema asistencial, dado que abarca todos los aspectos de previsión social y todos los factores de la promoción de la salud, todos los factores que hacen a la cimentación de la salud, todo este sistema nacional de salud solamente se concibe integrado al concepto de seguridad social, como derecho del ciudadano que debe consagrarse

en la Carta Magna y que debe reflejarse en una institucionalidad acorde a ese concepto.

Por último, este sistema nacional de salud no sólo debe reformular su modelo y su forma de financiación, sino que para nosotros que somos quienes trabajamos allí, debe reformular completamente su política de recursos humanos, tanto en la formación (lo digo teniendo acá presente a nuestro compañero de delegación, el bachiller Danza, que representa a los estudiantes de medicina en el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y que está desde hace mucho tiempo, porque es la historia de nuestra Asociación de Estudiantes de Medicina, pero muy especialmente ahora promoviendo reformas en los planes de estudios) como en la adecuación de la práctica profesional en cuanto al número de médicos y en cuanto al tipo de médico que nosotros formamos ... ¿Para qué sistema de salud lo formamos? ¿Para este vendedor de alta tecnología costosa que privilegia a unos pocos y desatiende los aspectos de promoción y de prevención? ¿O para un sistema que conciba de otra manera a la salud? Para aquellos que somos ya graduados, tenemos que reconvertir la práctica profesional, a través de la educación médica continua que estamos tratando de consagrar junto a la Facultad de Medicina y al Ministerio de Salud en un sistema legal que prevea tiempos y recursos para la educación médica continua. Como un subcapítulo de esto, permítanme decirles y lo digo con satisfacción, que el Sindicato Médico del Uruguay acaba

de acreditarse ante la Facultad de Medicina como organismo prestador de educación médica continua, no en temas clínicos, sino en los denominados de humanística médica, abarcando actualmente a la economía de la salud, la bioética, los temas del derecho médico, o mejor dicho, sanitario, y la temática de salud vinculada al género, pero que va a abarcar con el correr de los años, todos aquellos temas que van surgiendo y son un problema cotidiano de asistencia como el suicidio, los accidentes de tránsito, la violencia doméstica, el tabaquismo, etc., y aún no han tenido el tiempo de organizarse curricularmente en la educación formal.

Finalmente, Uruguay, que por condiciones peculiares de desarrollo histórico, de tener una sola Facultad de Medicina con graduados ..., etc., no había legislado sobre colegiación médica. En la nueva realidad global confronta la necesidad de tener también una colegiación que elimine la asimetría que tenemos en la región y en el continente, y para lo cual, como sucedió con los hermanos de Nicaragua en la sesión pasada, nosotros vamos a solicitar en este año en curso, el apoyo de la CONFEMEL para las gestiones que a nivel parlamentario vamos a realizar, aprovechando la coyuntura de que por primera vez en nuestra historia un colega asume la presidencia de nuestra Cámara de Diputados.

Yo no sé si mis compañeros de delegación quisieran complementar en algo mi exposición. Si no es así, agradezco mucho a la Asamblea la oportunidad de haber

aportado estos pequeños bosquejos en este ámbito que es para enriquecimiento mutuo".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Barret Díaz, su informe de la delegación de Uruguay. Invitamos al doctor Enrique Visiyag, de Argentina, a la presentación de su informe".

Dr. ENRIQUE VISIYAG, Argentina: "Muchas de las cosas que pensaba decir, han sido espléndidamente expuestas. Por lo tanto, me parece que sería medio aburrido reiterar hechos.

Bueno, Argentina no está exenta, por supuesto, de la problemática del resto de los países latinoamericanos. Hoy, Peñalosa recién se refería cuando nosotros, en el año 1997, que yo estaba en Lima, en mi conmemoración de aniversario, y cuando escuchaba hablar de los distintos países, en Argentina, evidentemente estábamos en un nivel que era distinto. Nosotros ganábamos mucho más, estábamos en una situación económica diferente ... Recuerdo que fui una vez al Sindicato Médico que preside el doctor Argollo, y hablé del sueldo que teníamos los médicos argentinos, y yo decía que era muy poco, porque estábamos acostumbrados a eso. El sueldo mínimo de un médico argentino podía ser 2.000 dólares, en la actividad pública. Pero, las políticas que se han implementado, creo que tienden a ..., y eso sería paradójicamente, no digo buenas, pero el objetivo tiende a equiparar para

abajo a todos. En Argentina, un médico que ganaba en aquel entonces, 2.000 dólares, hoy gana 600 ó 700 dólares. Ha existido una pauperización enorme del médico. A eso debemos agregar la situación político-social que vive el país con el derrocamiento de un Gobierno constitucional por parte del pueblo ... Todas esas cosas han repercutido en la situación actual que vive la Argentina. A esto se ha agregado un montón de cosas que voy a nombrar muy puntualmente. Para no ser reiterativo, la flexibilización laboral, que no existía, se ha incrementado con absoluta violencia y crudeza, pese a la resistencia muy fuerte de los gremios médicos. Se acabó la estabilidad laboral que teníamos, y únicamente sigue permaneciendo esa estabilidad en aquellos médicos que tenían cargos previos, pero todos los nuevos tienen una inestabilidad muy grande. Los contratos, hoy día, no en la capital, sino en algunas provincias, a veces, son por semanas o días. Los contratan según el trabajo que exista. Pueden contratar a un médico de terapia intensiva, por una semana, o mientras hay trabajo o pacientes internados. Esto es un extremo de lo que es la flexibilización. Existen estas políticas, en un sector donde el recurso humano es absolutamente intensivo en su actividad ... Los ajustes no los han respetado, como creo que ha ocurrido en todos los países, y han disminuido notoriamente el personal en salud, con la dificultad ... No se olviden que en Argentina, la atención pública tiene una historia y una trayectoria muy importante, y en este momento, de los tres sistemas que existen, el privado, el

público y el de la seguridad social, el único que está dando parcialmente respuesta, porque los demás sistemas están en una situación económica peor, es el sistema público ...

Acá hablaron de la capacitación continua. Yo creo que en este momento, nosotros tenemos una problemática que es la dificultad de llevar adelante esta capacitación continua que es fundamental y nadie lo discute, pero estamos ante un médico que a veces tiene dificultades para llevarla a cabo, ya que por su actividad supera muchas veces las horas deseables y creo que los sindicatos o colegios, deben considerar la manera en que tienen que facilitar para que los médicos puedan lograr capacitarse, que es el objetivo fundamental. Nosotros no pensamos en la capacitación continua como restrictivo, sino simplemente con la función de capacitarlo y que la atención médica sea igualitaria y que todos los profesionales que trabajan tengan la misma calidad ..., en lo que se refiere a su capacitación y a la posibilidad de prestar la atención como corresponde.

Bueno, otro tema que tocó la representación del Perú, es muy agobiante. En Argentina, la responsabilidad profesional también se está pergeñando. Bueno, ya se aprobó una ley donde se aumentan las penas considerablemente. En Argentina, las penas hasta tres años eran encarcelables. Ahora, por muerte culposa, ya no es encarcelable y el médico, antes de comprobarse su

negligencia o su impericia, etc., puede ir preso, lo cual ha traído una movilización muy importante por parte de los gremios, tratando de evitar precisamente este tema tan gravoso, porque los médicos están actuando en una medicina que se ha dado por llamar a la defensiva, que piden todos ante cualquier paciente precisamente para evitar justo ese enjuiciamiento, lo que no es un buen ejercicio de la profesión, la encarece enormemente y tiene como única finalidad cubrirse ante la eventualidad de un juicio por mala praxis, que en Argentina, prácticamente, es una industria, que los abogados que han perdido en gran parte los juicios laborales por cambio de la legislación, hoy día han buscado en la actividad de los profesionales, por supuesto, no otros profesionales, sino exclusivamente los médicos nada más son los que son demandados, ya sea en el ámbito civil o penal, por presunta mala praxis o por responsabilidad en el ejercicio de la profesión ... Este es un tema muy importante, porque se agrega a toda la problemática laboral que tiene el médico, a todas las dificultades en el ejercicio de la profesión, incluso, a nivel hospitalario por falta de insumos y de recursos humanos, y se agrega otra gran preocupación como es la inseguridad permanente por esta industria a la cual me refería, de la mala praxis ... Toda esta situación de los profesionales tiene una repercusión indudable sobre la salud de la población, sumado a los lamentables planes de salud que, como decía Barret Díaz, trae una falta de igualdad y asistimos en la Argentina, por lo menos, con asombro,

cómo a partir de diciembre de 2001, la Argentina ha perdido en un porcentaje que se estima en más del 60%, la cobertura de la población, y con índices que aún no se han dado a publicidad, pero que demuestran claramente el impacto que han tenido sobre la mortalidad, sobre el peso de nacimiento de los recién nacidos, obviamente, sobre la expectativa de vida, etc., este tipo de política, que como decía recién el representante de Nicaragua, intervienen, lamentablemente, instituciones que no entienden mucho de salud, sino exclusivamente, de economía, y sobre esa base hacen los planes de salud, sobre lo que sale, no sobre el plan de salud y su costo posterior, de acuerdo a lo que uno esté ... De cualquier manera, creo que tienen una altísima responsabilidad, los gobernantes de los países. No en todos los países estos programas entran con la facilidad que entran, desgraciadamente, en nuestros países. No hay que demonizar tanto al Banco Mundial ni al Banco Monetario, sino hay que responsabilidad a aquellos gobernantes que han sido elegidos para una cosa y que hoy día no hacen nada que no sea lo que digan las instituciones internacionales. Todo lo que ustedes ...". (*Fin cassette nro. 5, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 6, lado "A"*).

Dr. ALBERTO SALINAS, Bolivia: "... Los médicos de Bolivia percibimos un sueldo, aproximadamente, de 300 dólares americanos, que consideramos es un sueldo magro, un

suelo con el cual uno no puede vivir. A causa de esto, el 12 de febrero, en Bolivia se causa una especie de guerra civil donde existen, aproximadamente, 32 fallecimientos y más de 250 heridos, entre los cuales, lamentablemente, fallece una enfermera auxiliar y tenemos a una colega médica que se encuentra en este momento muy afectada de salud por haber recibido un impacto de bala en su rostro. Se hicieron las reclamaciones correspondientes. Estamos pidiendo el esclarecimiento de estos hechos, pero, lamentablemente, hasta hoy no tenemos ninguna respuesta.

Otro problema que tenemos es la implementación del Seguro Universal Materno-Infantil, que si bien consideramos que es un seguro social, lamentablemente, no tiene el financiamiento correspondiente, no tienen los insumos, no tienen medicamentos en los centros de salud y en los hospitales. Es por eso que el Colegio Médico de Bolivia se opone a este seguro, porque no tiene la sostenibilidad correspondiente.

Otro problema es el que se tiene sobre la negligencia médica. Lamentablemente, en Bolivia, ningún colega hoy puede realizar una cirugía, porque si fallece alguien, muere alguna persona, la califican de negligencia médica. Frente a esto, el Colegio Médico de Bolivia está trabajando lo que es la Ley del Ejercicio del Profesional Médico. Esperamos que dentro de ocho meses esto esté concluido.

Los demás problemas son similares a los que tienen los demás países. Somos formadores de profesionales, pero, lamentablemente, nuestros profesionales en salud se van hacia el exterior, todo esto por la gran proliferación de Facultades de Medicina. Tenemos 18 Facultades de Medicina, de las cuales, tres son acreditadas y las demás no son acreditadas.

Queremos plantear a CONFEMEL, la universalización del salario, porque vemos que en todos los países son diferentes los salarios de los profesionales. Hay algunos que son de 1.000 dólares, de 250 dólares, y consideramos que eso podría lograrse y ser una cuestión unitaria.

Quiero manifestar y disculpar la presencia del doctor Franz Montesinos, que es Vocal de la mesa directiva y que, lamentablemente, no puede estar hoy presente, porque en este momento estamos en un problema en Bolivia, porque tenemos un paro de 48 horas y seguramente a partir del día lunes vamos a radicalizar nuestras medidas por estas situaciones y cuatro puntos importantes que creo que los he resumido, como son: el Seguro Universal, y, principalmente, el pliego petitorio salarial. Muchas gracias".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Salinas por presentar el informe de la delegación

de Bolivia. Finalmente, el doctor León Natera, de la delegación de Venezuela, presentará su informe".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Venezuela: "Estimados colegas, en primer lugar, muchas gracias por haber atendido a la convocatoria de asistir en Venezuela a esta V Asamblea Anual de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, en momentos críticos de nuestro país, por cuyo motivo se había diferido este evento desde el mes de diciembre y hoy está siendo posible gracias a la presencia de todos ustedes. En nombre del Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana y del Comité Organizador, les ratificamos la bienvenida. En ese sentido, les informo que nos acompañan, en representación de la Federación Médica, el Comité Ejecutivo integrado por quien les habla y el Secretario General, el Subsecretario General, el Secretario de Finanzas, el Subsecretario de Finanzas, la Secretaria de Asuntos Laborales, el Secretario de Actividades Científicas, Docentes y Deportivas, los Secretarios Ejecutivos; el Presidente del Tribunal Disciplinario, el Presidente de la Comisión Electoral, la Comisión de Seguridad Social, la Comisión de Jubilados, la Comisión de Salud Pública. En fin, ha habido una representación importante que nos acompaña aún a esta hora.

Realmente, la situación de Venezuela se ha agravado en los últimos tiempos. Nosotros, los miembros de este Comité Ejecutivo y del anterior, cuando nos dirigíamos a

la II Asamblea Ordinaria de CONFEMEL, realizada en Chile, había algo que nos llamaba la atención sobre el Presidente que virtualmente estaba electo antes de nosotros salir a las 4 de la tarde de ese día domingo 6. El gremio médico, para mala fortuna de nosotros, los médicos, no se nos hace fácil nada. Eso no es solamente a los venezolanos, sino a todos los médicos latinoamericanos, y me atrevería a decir que es mundial. Se nos hace, incluso, difícil, ingresar a las Facultades de Medicina, como el caso de Venezuela. El estudio implica que debes dedicarle a tu formación, cuatro o cinco horas más que cualquier otro compañero universitario que esté en otra carrera, incluso, más que los que estudian matemática. Lo que vemos a diario en nuestros países hermanos y aquí en Venezuela, es que el ejercicio de la profesión médica se nos hace muy difícil y, por supuesto, el Gobierno, a pesar de que había hecho algunas ofertas como derogar la Ley de Liquidación del Seguro Social, veíamos un verbo contumaz y demasiado radical del candidato Chávez. Al día siguiente de llegar a Santiago de Chile, nos enteramos de los resultados electorales y conocimos el discurso que el presidente Chávez pronunció esa noche. Esto nos dio cierta esperanza, porque dio un discurso de apertura diferente al que había dado en la campaña. El día martes fue totalmente diferente. Lo mismo pasó el 15 de septiembre, cuando regresa después de la situación de abril, donde para muchos de nosotros se creó una gran farsa internacional con una supuesta renuncia. Cuando regresa

vino rezándole a todos los santos y presentando el Cristo Crucificado, y dijo ese día que su espada la iba a envainar para no sacarla nunca más. El domingo pasado dijo todo lo contrario, que ya la había sacado y no la iba a envainar más.

Durante todo el año 1999, al gremio médico le fue imposible comenzar con las discusiones de las contrataciones colectivas vencidas en el mes de marzo de 1999. No fue sino después de abril del año 2000 cuando iniciamos las discusiones y logramos firmar un contrato con unos aumentos variables: 16% para los médicos del Ministerio de Salud, 16% para los médicos que trabajan para el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IMPRES), 20% para los del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) ... En el transcurso de los primeros cuatro meses del año 2001, se le hizo un reconocimiento adicional a los médicos del Seguro Social y se les sumó un 10% más. Luego, según una cláusula móvil del contrato, para el año pasado estaba previsto otro aumento y no fue posible lograrlo por la vía conciliatoria, ni por la vía conflictiva.

Tenemos un paro que se ha prolongado durante once meses, tres semanas y dos días. Aparentemente, es posible que lleguemos a alguna conclusión la próxima semana y puede suspenderse. Han sido muy difíciles para nosotros, los médicos, las relaciones con este Gobierno. Claro, no es que hayan sido fáciles con los Gobiernos anteriores. Con

todos los Gobiernos anteriores, nosotros, los médicos, hemos tenido problemas. Lo que sucede es que en estos cuatro años se han sumado a la enorme potencia de los cuarenta años criticados por el actual Presidente. Iniciamos un paro médico nacional por tres puntos fundamentales: 1) dotación hospitalaria, cuyo porcentaje, el año pasado, estaba apenas en un 10%. En este año, si acaso, llega al 5% la dotación de medicamentos, insumos y material médico-quirúrgico. La infraestructura de todos nuestros hospitales está virtualmente en el suelo. Hoy, en la presentación de Salud Pública, les informaba que en el Estado Amazonas, se desplomó casi la mitad de un hospital. Amazonas es un estado limítrofe entre Brasil y Colombia. Ese es el único hospital tipo II, pero ellos dicen que es tipo III. No ha sido reclasificado. En los otros hospitales se vive una situación parecida en todo el país, o sea, en los 320 hospitales que existen, aproximadamente, y más de 4.800 ambulatorios, siendo una copia al carbón, uno al otro, incluidos los hospitales de las Universidades: Central, de Oriente, Los Andes, Lisandro Alvarado, en Barquisimeto, Zulia y Carabobo, así como las nuevas Facultades de San Juan de Los Morros y Coro.

Además de la dotación, tenemos el incumplimiento de la contratación colectiva, según les mencioné. Finalmente, la firmamos a finales del año 2000 para entrar en vigencia en el 2001. Estuvimos dos años sin contratación colectiva y la misma fue incumplida inmediatamente

después de firmada. Asimismo, la tabla salarial que debió entrar en vigencia el 1° del año 2002, a esta fecha no hemos llegado a acuerdo con el Gobierno.

A esos tres puntos, se les suma lo que por obligación siente hacer este Comité Ejecutivo, que fue desde afuera, porque nunca nos han permitido darle la orientación formal a este Gobierno, en cuanto a política sanitaria. Hablamos del dengue, sarampión, etc., del repunte de todas estas enfermedades infecto-contagiosas. En la mañana de hoy se les dio amplia información y el resultado es que en Venezuela, esas enfermedades que creíamos nunca iban a reaparecer, están instaladas de una forma drástica y han producido morbilidad y mortalidad considerables.

Las instituciones con las cuales nosotros contratamos directamente, son varias: el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), que agrupa a 7.000 médicos, aproximadamente; el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), antes llamado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, donde laboran 14.000 médicos; y el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IMPRES), con 2.300 médicos. Los sueldos son variables. Traté de hacer una equivalencia en dólares para que ustedes la tuvieran. El Médico Interno, en el Ministerio de Salud, tiene un sueldo de 314 dólares, aproximadamente; el Residente, 325 dólares; el Especialista, escalafón 10, aproximadamente, 450 dólares.

El mismo especialista de escalafón 12, en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, gana un poco más, o sea, 625 dólares. Esa es la breve historia salarial del médico venezolano, que, desafortunadamente, en la medida que aumente la devaluación del bolívar frente a las monedas internacionales, va a ser mucho menor. Imposible para un padre de familia tener posibilidades adicionales para afrontar lo básico de la vida, con estos salarios.

El paro ha estado muy activo de nuestra parte, al punto que el día 10 de marzo pasado, en lugar de celebrar con fiesta el Día del Médico, lo hicimos con una gran marcha en la Gran Caracas. Recorrimos más de 8 kilómetros a partir de las 10:30 de la mañana hasta la 1 de la tarde, saliendo de la plaza llamada "Meritocracia", área adyacente a la sede de Petróleos de Venezuela, industria destrozada por este régimen, hasta llegar a un lugar simbólico como es el Hospital "Domingo Luciani", del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Allí concluimos esta gran marcha. Los que nos consideran bien hablan de 40.000 personas, un excelente porcentaje de médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, farmacéuticos, dietistas, técnicos, personal administrativo, obreros y pueblo ... Recibimos un apoyo que no lo esperábamos. Nosotros nos conformábamos con 5.000 personas, siendo ambiciosos. Por eso les digo que los consideran más hablan de 40.000, pero los técnicos hablan de 30.000 personas. Pudiéramos hablar, entonces, de 30.000 personas que nos acompañaron en esa gran "Marcha

de las Batas Blancas" por la salud y la vida del pueblo de Venezuela, en protesta, precisamente, por estos tres puntos de nuestro conflicto, además por la presencia de cubanos que están ejerciendo ilegalmente la medicina auspiciados por el Presidente de la República, la Ministra de Salud y cinco Gobernadores y Alcaldes de Estados de Venezuela. ¿Y los Tribunales de Justicia? Bien, gracias. Cuando acudimos a la Asamblea Nacional, a través de nuestra Vicepresidenta, quien es diputada por el Estado Zulia, fuimos agredidos verbalmente por cuatro de los médicos asambleístas, observando que dos de ellos fueron lacerantes, tenebrosos y punzopenetrantes. La verdad es que fueron demasiado agresivos con todos sus colegas venezolanos, favoreciendo la política que protege a personas que para nosotros no son médicos. Al Defensor del Pueblo, le entregamos todos los recaudos. No hay información sobre esto. En el Tribunal Supremo de Justicia, introdujimos una demanda de manera directa y con nombres y apellidos: Hugo Chávez Frías, María Urbaneja ..., formulada por la Federación Médica y suscrita por el Presidente de la Institución. Después de casi diez meses esperando el resultado de esta demanda, fue desestimada y no la admitieron. Alegan que no hay suficiente información, méritos, ni evidencia de que existen esos médicos cubanos aquí, personajes que han sido publicitados por el propio Presidente de la República, han sido homenajeados por el Presidente de la República, han sido premiados por el Presidente de la República, han sido objeto de consideraciones, placas y

muchos reconocimientos, además del Presidente de la República, por Gobernadores y Alcaldes de los Estados donde están ubicados ... Además, el Embajador de Cuba en Venezuela, se comporta como si fuera parte del Gabinete del Presidente, interviniendo, incluso, corrigiendo algunos errores del vocabulario contumaz, grosero y agresivo del Presidente, y ha reconocido que, por lo menos, 750 personas, entre supuestos médicos, enfermeras, yerbateros ..., lo que ellos llaman equipos de salud, han estado en Venezuela rotando por varios estados, y el Tribunal Supremo de Justicia dijo que no había evidencia de esto. Entonces, no admitieron el recurso en contra del presidente Chávez y de la Ministra de Salud. El ejercicio médico, por supuesto, se ha visto afectado. Hay gran cantidad de colegas a nivel nacional que han escrito sobre esto. Lo último que hemos visto es la renuncia de una colega en un medio rural, en la zona del Estado Vargas, que fue atropellada por cuatro cubanos y el Prefecto de la ciudad, y en vista de que no tuvo apoyo de la Dirección de Salud Regional, prefirió irse de Venezuela. El Colegio de Médicos de Vargas hizo la protesta oportuna y la Federación Médica lo ha manifestado en muchas oportunidades, pero, desafortunadamente, no hay información positiva de parte del Gobierno. Cuando les pedimos los títulos a estos supuestos médicos cubanos, no los enseñan y dicen que están en la Embajada o en la Dirección de Salud. Algunos Directores de Salud, más cercanos en el diálogo por el hecho de ser colegas, nos han informado que ellos no han

visto esos títulos. En el Estado Trujillo, un colega de la Dirección de Salud, me informó que no eran médicos. No puedo decirles el nombre, ni siquiera aquí donde estamos en confianza. La Directora de Salud del Estado Guárico, dijo públicamente que ella no los avala porque nadie ha visto los títulos. Sin embargo, fueron avalados directamente por el Gobernador del Estado Guárico y los Alcaldes. Quiere decir que estamos invadidos en cuanto a nuestro ejercicio legal. Para ejercer legalmente en Venezuela, hay reciprocidad con los países donde nos permiten ejercer nuestra profesión. Para esta situación, además de la reciprocidad, se necesita el título venezolano, por reválida o conválida, y estar inscrito en un Colegio de Médicos del país, estar inscrito en el Instituto de Previsión Social del Médico (IMPRES), y algunas otras situaciones legales que puedan estar en nuestro estamento jurídico nacional. Nada de eso se cumple, con excepción de un cubano que se le consiguió el título y es médico. El título, la dirección, el pasaporte, todo fue denunciado en los Tribunales correspondientes, y el Tribunal dictaminó que ejercía ilegalmente la medicina y libró boleta a quien debe tomar el correctivo, que es la policía. Bueno, tiene más de un año que sigue ejerciendo y no lo consiguen, teniendo, incluso, la dirección donde ejerce, en el Estado Lara. Esa es una situación muy grave, lo mismo que en Costa Rica, que los médicos vienen a hacer postgrado y luego se quedan ejerciendo y han demostrado ser buenos

profesionales, latinoamericanos legales, aquí en Venezuela.

Ha habido muchas confrontaciones entre médicos venezolanos. La gente nunca creyó lo que un grupo reducido de venezolanos, veía en ese Presidente. Creo que las máscaras se han caído y podemos concluir que en Venezuela tenemos una dictadura electa, porque así es como se comporta el Presidente de este régimen de la revolución bonita, de la Revolución Bolivariana, que se ha hecho a través de la sangre, las agresiones y las muertes de algunos venezolanos, contadas a partir del 11 de abril de 2002, en Puente Llaguno, y el 6 de diciembre de 2002, en la Plaza Altamira. El propio agresor y asesino de personas en Altamira, reconoció que él fue quien hizo los disparos a los cinco minutos de haber sido preso. A la noche siguiente, el Presidente de la República trataba al asesino como señor y dudaba que había sido él quien había disparado. Este es un breve resumen de ese punto.

Lo otro que no puedo dejar de pasar es lo que está sucediendo con Petróleos de Venezuela (PDVSA) donde laboraban cerca de 40.000 técnicos, profesionales y obreros en esta gran industria, la cual ha sido destruida por este régimen. Hasta ahora han sido despedidos más de 20.000 trabajadores de la industria petrolera. Siete de ellos están escondidos porque tienen orden de aprehensión de parte de este Gobierno, por haber participado en el

paro del 2 de diciembre hasta el 2 de febrero pasados. Cualquier persona que opine mal del Presidente o el Gobierno, es considerada por Chávez, como golpista, escuálido, fascista, y es enemigo de este régimen. Entonces, ya saben el lugar donde está ubicado el Presidente de la Federación Médica.

Se han hecho algunos paros, pero, el nuestro, ha sido el más largo de la historia médica de Venezuela. No sé si habrá algún otro paro a nivel internacional que llegue a estos términos. Si llegamos al 18 de marzo, estaremos hablando de un año.

Otro punto importante a informar, es que hemos introducido ante el Tribunal Supremo de Justicia, un recurso de amparo a la salud, porque nuestros hospitales están desabastecidos. Hicimos más de 25 inspecciones oculares con jueces de la República. En el mes de julio de 2002, entregamos copia de estas inspecciones al Defensor del Pueblo, quien hasta la fecha no ha respondido absolutamente nada. Luego, en septiembre del mismo año, introdujimos el recurso de amparo y tampoco hemos obtenido respuesta. La respuesta de apoyo que le ha dado el Gobierno al pueblo, en cuanto a sus hospitales, es un IVA a la salud, de un 8%. Es un impuesto a los pacientes. Lo que sucede es que han colocado a los médicos como agentes de retención, y tenemos la obligación, por ley fiscal, de retener ese 8%. En ese sentido, también introdujimos un recurso de nulidad a la

ley, que ojalá aquí funcione aquello de que a la tercera va la vencida, que aquí exista justicia, por lo menos, en este caso. En un país donde tenemos los hospitales virtualmente muertos por inanición, porque no hay dotación de recursos a estos institutos, ahora le están cobrando a los pacientes que hacen uso de los servicios de salud privados. En la mayoría de nuestros hospitales, el paciente no puede realizarse exámenes especiales de laboratorio, o radiológicos como tomografías, etc., etc., o comprar los medicamentos. Por lo tanto, tiene que acudir a clínicas privadas y pagar el 8%. Entonces, este impuesto está siendo aplicado a todo el pueblo de Venezuela. De ahí que nos vimos en la necesidad de introducir un recurso de amparo a la salud. Pensábamos que se iban a adicionar muchos venezolanos, pero hasta ahora no ha sido así ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 6*).

(*Continúa cassette nro. 6, lado "B"*).

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Venezuela: "... Los políticos han hecho eso en un país donde la desnutrición pasa del 80%. En este país petrolero, la pobreza está alrededor del 80%, no tienen techo ... Digamos que el 50% de los venezolanos, no tienen habitación propia. La inseguridad es igual o peor a lo que les he referido de los hospitales y el pueblo está pasando hambre. Sin embargo, el presidente Chávez dirige constantemente su mensaje al pueblo soberano. Cuando inició su mandato, Chávez tenía un 80% de popularidad. Ahora, ese 80% lo rechaza. Sin

embargo, todavía le queda constitucionalmente parte de su período.

Tenemos ocho Facultades de Medicina. En la década de los 90, se sumaron dos a las seis que existían. En la década del 60, se sumaron dos a las que existían anteriormente. Es decir, antes de los 60 existían cuatro Facultades de Medicina. Todas son universidades públicas con autonomía universitaria. De paso, quieren invadir la autonomía universitaria ahorcando a las universidades económicamente, generando una anarquía interna ...

Se pretende, mediante una ley, quitarle el corazón a la Federación Médica, como es el caso de Medicina Vial. Esto fue informado esta mañana por el Coordinador de Medicina Vial. Costó mucho esfuerzo para lograr que quitaran el artículo de la Ley Orgánica de Salud, referente a medicina vial. Fue aprobada en la Ley de Tránsito. En los actuales momentos, está en la reglamentación. Sin embargo, los peligros se mantienen, porque en dictadura cualquier cosa vale. Realmente, éste es un Gobierno diferente, porque entró por una vía y se transformó en otra cosa.

Creo que hay muchas cosas que pudiéramos decir sobre estas cuestiones particulares, pero creo que es bueno que a esta hora concluyamos.

Vamos a dar la palabra al doctor Gallo, coordinador de este evento, para que nos dé información de lo que vamos a hacer esta noche".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Douglas León Natera, Presidente de la Federación Médica, por su informe ... Esta situación, evidentemente, no permite que se consoliden auténticos procesos de democratización en nuestra América. Creo que éste es un problema muy serio, en que los médicos de nuestros países tenemos la necesidad de encontrarnos de la mejor manera para contribuir a la modernabilidad, para superar estos problemas y encauzar por un verdadero camino de desarrollo sostenible, humano, con derechos garantizados a todas las personas. Particular preocupación nuevamente asumimos de la realidad venezolana que una vez más nos ha hecho conocer el Presidente de la Federación Médica Venezolana. Esto nos hace dar nuestra solidaridad y respaldo a la Federación Médica Venezolana, al gremio médico, a sus luchas, pero, al mismo tiempo, desear vivamente que se encuentren los mejores caminos para superar esta crisis y esta difícil situación que genera un entorno que no permite abordar problemas de fondo, sanitarios, profesionales, sociales ..., y no puede ser de otra manera, según nuestro punto de vista, sino siendo firmes y leales en la defensa de los principios y valores de la democracia, el estado de derecho, la constitucionalidad ... Creo que a lo largo de este evento vamos a ir tomando más conocimiento acerca de estos

problemas que afectan nuestra realidad de la gran patria latinoamericana y caribeña.

Habiendo concluido los informes y haciendo las consultas con el Vicepresidente y el Secretario General, quiero decirles que la propuesta es que concluyamos aquí la sesión de hoy para retomarla el día de mañana, solicitándoles que la hagamos lo más temprano posible, a las 8:30 a.m., para poder abordar los puntos del orden del día, que no son otro sino los temas que iban a ser tratados en comisiones, pero que como ya lo planteó el doctor León Natera al suspender la mitad de la jornada de hoy, creemos que lo más conveniente es que lo tratemos aquí para poder participar todos de los temas del debate, enriquecernos en las informaciones y contribuir a las mejores propuestas para encauzar nuestro quehacer como Confederación y cada una de las instituciones a las que pertenecemos. Entonces, vamos a suspender la reunión agradeciéndoles nuevamente, pero, previamente, el doctor Rubén Darío Gallo va a hacernos conocer algunas informaciones".

VIERNES, 14-03-03

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Vamos a verificar la asistencia: Argentina, presente el doctor Enrique Visiyag; Bolivia, presente; Brasil ...; Colombia ...; Costa Rica, presente; México, presente; Nicaragua, presente; Perú, presente; Venezuela ...; Uruguay, presente. Bueno, tenemos siete delegaciones de las diez. Existe quórum. Podemos iniciar la reunión.

La propuesta, colegas, como habíamos señalado el día de ayer, es la siguiente. Vamos a tratar los temas de las Comisiones en este ámbito, o sea, en la plenaria, dado que las representaciones de las delegaciones, en esta ocasión han sido por representantes únicos, prácticamente. Entonces, eso posibilita que hagamos la revisión de los temas en esta reunión y nos beneficiemos todos del debate de cada uno de ellos. Propongo que iniciemos con el tema **"Acreditación de los Estudios**

Médicos y Educación Médica Continua". Este es un tema que será presentado por el doctor Eduardo Flores. El doctor Eduardo Flores ha venido cumpliendo este especial encargo, en la medida de un proceso muy dinámico que se ha desarrollado a nivel de Centroamérica y el Caribe, entre los Colegios Médicos y el Consejo Superior de Educación de Centroamérica, y se han producido varias reuniones sobre estos temas, con asistencia técnica de organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud y otras instituciones que realmente han avanzado en el tratamiento del tema y nos parecería muy importante la exposición del doctor Eduardo Flores.

El segundo tema que quisiéramos tratar inmediatamente, será el de **"Trabajo Médico"**, que en esta oportunidad, el doctor Enrique Visiyag, de la representación de la República Argentina, va a hacer una presentación y tiene un documento que lo vamos a reproducir para entregarlo a ustedes.

El tercer tema a tratar será **"La Responsabilidad Médica"** y los temas derivados, conexos. El tema será presentado por el doctor Barret Díaz, quien también ha tenido este encargo y lo ha venido desarrollando en el marco de las responsabilidades propias del Sindicato Médico de Uruguay y de las reuniones del MERCOSUR donde se ha venido tratando.

Colegas, invitamos al doctor Eduardo Flores para exponer el primer tema: **"Acreditación y Educación Médica Continua"**. El doctor Flores hará una exposición de 20-30 minutos y sobre esa base abrimos el intercambio entre todos nosotros para conocer nuestras opiniones y enfoques particulares".

Dr. EDUARDO FLORES, Costa Rica: "Como dice el doctor Castro, en Centroamérica hay un proceso de acreditación de las Facultades de Medicina. Entonces, ha habido varias reuniones en Guatemala, Costa Rica y El Salvador, con respecto a este tema patrocinado por dos agencias alemanas y el SUCA, que es el Consejo Superior de Educación Universitaria de Centroamérica. En eso hemos participado, porque los sistemas académicos se dieron cuenta que no podían hacer absolutamente nada si no participaban los Colegios Médicos, que tienen el poder de que reúnen a todos los médicos, y por ley son las instituciones que el Estado les da la prerrogativa para controlar el ejercicio profesional, y a los Colegios les toca el control de las competencias de los médicos, de la educación médica continua, de la recertificación, de la certificación, y aunque algunos dicen que hay autonomía universitaria, creemos que ya los Colegios se deben involucrar en los sistemas académicos, en la educación de pregrado y, por supuesto, en la educación de posgrado. Por eso, participamos en dichos foros y hemos sido tomados muy en cuenta, en cuanto a las ideas que tenemos con respecto a la educación médica. Como dijo alguien

ayer, en Costa Rica, el médico, para graduarse, debe cumplir 270 créditos. Cualquier otra profesión tiene 100 créditos menos. Por lo tanto, los médicos somos, como dijo el doctor León Natera, los profesionales que, prácticamente, más créditos tenemos que cumplir y más años tenemos que hacer para obtener nuestro título. Se ha analizado el currículum con respecto al internato rotatorio universitario, que dentro de la carrera tiene 2.000 horas. Por lo tanto, es importantísimo el control de parte nuestra del internado rotatorio universitario, porque es uno de los bloques más importantes y creemos que debe basarse en las cuatro especialidades principales y medicina comunitaria. Por eso, en Costa Rica, el Colegio Médico tiene como uno de los requisitos de incorporación, que todo graduado, nacional o extranjero, debe probar que ha hecho internado rotatorio universitario: en Cirugía, tres meses; en Ginecología y Obstetricia, tres meses; en Pediatría; en Cirugía; en Medicina Comunitaria, por lo menos, cuatro semanas, en un sistema de ... o servicios básicos de salud, o en una unidad sanitaria, o en un hospital periférico provincial ... Si no cumple con ese requisito, no se puede incorporar. Creemos que eso es importante exigirlo a todos los médicos para poder incorporarse al Colegio, que es el que le va a permitir poder ejercer su profesión. También, el Colegio cree importante y ya lo dijimos y fue discutido en El Salvador, que haya un período de premédica. En las universidades privadas, actualmente, el muchacho sale a los 17 ó 18 años, y de inmediato hace un remedo de examen

de admisión, que prácticamente lo pasan el cien por cien ... Al mismo tiempo, la universidad tiene cursos de preparación para el examen, y lo que hacen es cobrarle al estudiante para que pase el examen y luego entra prácticamente de bachillerato a la carrera de Medicina. Creemos importantísimo que haya un año de premédica, que incluya las humanidades, conocimientos básicos de matemática, estadística, informática, y que sepa el idioma inglés básico en lectura y comprensión, antes de poder ingresar a la carrera de Medicina. Creemos también que hay que uniformar el número de años y así lo hemos dicho en los foros que hemos asistido, porque algunas universidades tienen cuatro años, otras cinco, otras 3 y medio, etc., y creemos que el número mínimo debe ser de seis años, que son 5 de carrera y uno de premédica. Ese es el número de años que nosotros creemos debe cumplir el estudiante para graduarse como médico. Estamos tratando de enfatizar que las universidades y los hospitales que gradúan médicos, deben estar debidamente acreditados ante las instituciones nacionales, porque es la única manera de poder controlar la calidad de los graduados. Por lo tanto, en mi país, como les dije ayer, hasta el año 1993 había dos universidades: una, estatal, que es la Universidad de Costa Rica, fundada en 1940, y la otra, privada, la Universidad de Centroamérica, que tiene 27 años de existencia, pero a partir de 1993 han proliferado una serie de universidades y actualmente hay once (11). La única que está acreditada es la Universidad de Costa Rica, que es un proceso de tres años, que trajeron los

padres e hicieron el estudio y la acreditaron, y actualmente, la primera universidad privada está en proceso de finalizar la acreditación. En Costa Rica hay un organismo que se llama CONESUN, que es el Consejo Nacional de Educación Superior. Se supone que antes de aprobar el funcionamiento de una Facultad o Escuela de Medicina, tiene que consultar al Colegio Médico enviándole el programa de la universidad y de la carrera de Medicina en toda su extensión. Si el Colegio Médico se pronuncia en contra, no tiene, por ley, que acoger el dictamen. En los últimos siete años, sólo una universidad aprobó el currículum para poder funcionar, y a pesar de eso, se han instalado siete universidades sin acoger el recurso que dio el Colegio Médico. Por eso, estamos tratando de modificar la ley para que el pronunciamiento del Colegio que es el órgano técnico, que es el único que puede decir si una universidad reúne los requisitos, por ser los médicos los únicos que lo pueden decir, no los abogados ni los técnicos en educación, sino los médicos académicos los que pueden decir si esa universidad reúne los requisitos en programas, en infraestructura y en los demás requisitos que deben reunir para poder formar médicos ... Por eso, el Colegio está muy interesado en que se reforme la ley, de manera que este organismo, a nivel estatal tenga que acatar lo que dice el Colegio de Médicos con respecto a las universidades.

En Costa Rica, tuvimos una reunión a la que asistieron varios expertos internacionales. Estuvo el doctor Brito,

de la OPS. Allí se discutieron muchos temas importantes con respecto a la acreditación. Sabemos, por ejemplo, que en Estados Unidos hay 125 Facultades de Medicina. Sólo una no está acreditada. Hay 124 que están acreditadas. En Estados Unidos, la acreditación hace que una universidad reciba préstamos y todo tipo de ayuda federal o estatal para poder graduar médicos. Por lo tanto, ellos tienen un interés especial en acreditar su Facultad de Medicina. Esto pudiéramos hacerlo nosotros, de manera que nuestros Gobiernos, a las universidades que estén acreditadas, les puedan dar algunos privilegios que hagan que absolutamente todas las Facultades de Medicina se acrediten como lo hacen en Estados Unidos. Es inconcebible que una universidad no esté acreditada.

Nosotros, en varias reuniones hemos dicho que el proceso de acreditación para una universidad es bastante oneroso, porque tiene que formarse una comisión, una secretaría, etc. Por lo tanto, hemos dejado ir la idea de que un proceso más fácil podría ser que las Facultades se acrediten si el 80% de los alumnos pasen un examen de incorporación en el Colegio de Médicos, porque, no importa. En una universidad donde pasa el 80% de los alumnos, en un examen hecho por un organismo como es el Colegio de Médicos, que es totalmente independiente y autónomo de las Facultades de Medicina, daría una prueba de que esa universidad sirve, no importa cómo sea el edificio, cuántos profesores tienen, etc., etc., porque la única manera de aprobar la medicina cognoscitiva es

con un examen de conocimientos. Por lo tanto, si el 80% del alumnado de esa universidad pasa el examen, esa universidad, aunque tenga laboratorios malos, o que no los tenga, o que el edificio sea de tres pisos, o que tenga cinco profesores de Fisiología y ocho en sólo dos ..., si pasan el examen, están acreditadas. Esta idea, como todos sabemos, los que andan en estos asuntos tienen sus privilegios, etc., etc., que yo creo que eso hace que no estén muy de acuerdo, pero es una idea que se puede materializar desde el punto de vista práctico, tomando en cuenta que nuestros recursos en América Latina, son escasos.

Entonces, sabemos que a los Colegios de Médicos, el Estado nos da la potestad, porque el Estado no puede controlar, y la certificación es importante para probar que el entrenamiento, la educación y las destrezas de los que se gradúan en las Facultades de Medicina, son suficientes para poder ejercer la medicina.

Nosotros siempre lo hemos dicho y lo mencioné en El Salvador, sobre las competencias de los médicos que deben reunir y es lo que los Colegios deben aprender: la atención del paciente, conocimientos médicos ... Es inconcebible que un médico sea líder sindical, sea presidente del colegio, sea psiquiatra, sea médico de empresa ..., y no tenga los conocimientos médicos. Es responsabilidad total y absoluta de todo médico, estar al día en los conocimientos en cualquier esfera que labore.

Por lo tanto, eso es fundamental. Debemos hacer una cultura médica, de que el médico acepte que si no estudia y no está al día, deja de ser médico, deja de ser un profesional que es la base de ser médico ... El médico que no tiene conocimientos médicos al día, deja de ser médico y la responsabilidad principal es saber lo que debe conocer como médico. Luego, debe tener un compromiso con el aprendizaje ...". (*Fin cassette nro. 6, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 7, lado "A"*).

Dr. EDUARDO FLORES, Costa Rica: "... Eso es fundamental. Debemos hacer una cultura médica, de que el médico acepte que si no estudia y no está al día, deja de ser médico, deja de ser un profesional que es la base de ser médico ... El médico que no tiene conocimientos médicos al día, deja de ser médico y la responsabilidad principal es saber lo que debe conocer como médico. Luego, debe tener un compromiso con el aprendizaje y el mejoramiento basado en la práctica; debe tener destrezas y comunicación; debe tener profesionalismo ... Eso de que si nos llaman los domingos a las 10 de la noche y cortamos el teléfono, o no estamos, es una actitud no de profesionales, o que no le dé usted el consentimiento informado a un paciente que lo va a operar, y una serie de detalles que es importante que tengamos como médicos ... Luego, la práctica basada en sistemas. El médico, como dijo ayer el representante de Brasil, es el factor principal en la atención del paciente, y el acto médico sólo puede ser hecho por

médicos, pero, debemos entender que los microbiólogos, los trabajadores sociales, los psicólogos, etc., son ayuda nuestra así como los técnicos en radiología ... En Costa Rica, el Colegio Médico aprueba la práctica de todos los técnicos o tecnólogos en las 24 tecnologías médicas que hay, y aprueba todos los profesionales afines como son los licenciados en Terapia Respiratoria, etc., etc., para poder ejercer su tecnología o su profesión. Actualmente, estamos en un proceso de hacer el examen de incorporación, no sólo a todos los médicos, sino a los tecnólogos y profesionales afines.

Entonces, el médico debe tener evidencia de una posición profesional, de un compromiso con el aprendizaje por toda la vida y la necesidad de involucrarse en un proceso de autoevaluación periódica. Yo estoy muy involucrado en esto, porque soy ... de la American College de Cirujanos. Entonces, tengo mucha relación con cirujanos estadounidenses. Tengo un programa en que vienen estudiantes residentes de cuarto año de la Universidad de Carolina del Norte, a Costa Rica, a estudiar cáncer de estómago. Por ejemplo, en mi servicio, ellos ven diez casos de cáncer de estómago, diez gastrectomías, y en toda su vida sólo una han visto, y en Costa Rica, en un mes, ven 8 ó 10 casos. Entonces, no comprenden cómo ellos tienen tantos casos. Eso lo digo, porque es muy importante que nosotros no tenemos por qué sentirnos inferiores a ningún otro médico, porque si nosotros cumplimos con todos los elementos de una educación

médica, podemos más bien enseñarles. Creo que en el futuro, con la globalización, estamos hablando de 50 años, muchos médicos de todo el mundo vendrán a los hospitales de Costa Rica a ver los casos de cáncer de estómago.

Referente a la medicina cognoscitiva, eso es lo que el doctor Visiyag como pediatra tiene, y con sólo ver un niño sabe qué es lo que tiene, si tiene meningitis o no, o si es una meningitis séptica, o una meningitis viral ... Eso es lo que con los años se gana y es lo que debemos saber, que en cualquier momento que se nos pida, debemos probar que la hemos incorporado a nuestro cerebro y tenemos ese conocimiento.

Luego, tenemos la evaluación de los resultados. Yo invité a Costa Rica al Vicepresidente ..., del Medical ... de los Estados Unidos, el doctor Scolts, quien fue a darnos una charla. Ellos cobran por hacer un examen de incorporación, 65.000 dólares. Ya lo hicieron en Panamá para escoger residentes y les cobraron eso. El Colegio de Médicos lo está haciendo actualmente con una comisión. Ya vamos por 500 preguntas. Él nos dijo que a partir del año entrante en los Estados Unidos, ningún médico puede practicar medicina si no está recertificado. Por lo tanto, si los norteamericanos ya van por ahí, nosotros, como Colegios de Médicos, debemos impulsar la recertificación de todos los médicos. El problema es que los médicos más viejos están renuentes a hacerlo, porque

no se les ha explicado. Creemos que estos maestros deben ser los primeros en recertificar sus conocimientos, a fin de que los médicos jóvenes sigan el ejemplo e inicien el sistema de recertificación, lo más pronto posible.

También se dice que en Estados Unidos se van a poder recertificar los médicos, examinando, dejando examinar sus expedientes del hospital o el consultorio, para que un grupo de pares examine los resultados de los pacientes, y si los resultados son de acuerdo a la buena práctica médica, el médico se recertifica sin hacer ningún examen ni prueba, sólo con los resultados que le da la comisión de pares, en cuanto a su práctica, ya sea a nivel privado o a nivel institucional.

Esto lo tenemos en la literatura que ha mandado la CONFEMEL en cuanto a la educación de pregrado a nivel de Latinoamérica, y más o menos, resume ... Lo mismo que pasa en Costa Rica, sucede en todos los países. Hay diferentes currículum. En la mayoría de los planes de estudio, no hay la bioética, no hay medicina legal, ni administración de salud, etc. Eso es insuficiente. Por eso, yo, como Presidente del Colegio, implanté un curso que es obligatorio para todo médico antes de incorporarse y juramentarse. Eso le ha traído grandes beneficios al Colegio, porque el curso se cobra. Entonces, le han entrado unos 20 millones de colones al Colegio, porque como se están graduando tanto, son 800 médicos que en los últimos dos años se han incorporado anualmente ... Por lo

tanto, son 1.600 exámenes que ha cobrado el Colegio para ese curso. Básicamente, en dicho curso se le dice al médico, qué es el Colegio de Médicos, para qué sirve el Colegio de Médicos, cuál es su Ley Orgánica, cuál es su Reglamento y los puntos más importantes que debe conocer el médico, para que vea la gran importancia que tiene el ser agremiado a ese Colegio de Médicos y la responsabilidad que tiene como colegiado, en cuanto a su práctica y a su relación con los pacientes. Ahí se incluye también una parte dada por abogados, que es la responsabilidad del médico ante la institución que lo contrata, la responsabilidad del médico ante el Estado, la responsabilidad penal del médico, la responsabilidad civil, y un capítulo dado por un médico, sobre bioética, lo último que hay acerca de este tema, y eso lo hicimos basados en las consideraciones de que sabemos que las Facultades de Medicina no hacen todo esto ... Como dijo el doctor Barret, es importante, por ejemplo, en Uruguay, que ellos están tomando estos temas como sindicatos, en Costa Rica lo está tomando el Colegio de Médicos. Creemos que eso debe ser una actitud y posición firme de CONFEMEL para que todos los Colegios lo hagan, o sea, llenar ese vacío que tienen las Facultades de Medicina.

La formación de recursos no está adecuadamente establecida. En Costa Rica, hay un médico por 600 habitantes. Ya está totalmente saturado el mercado. Actualmente, está pasando lo que dijo ayer el doctor Peñaloza y otros compañeros, que el médico se contrata

por horas, a destajo, por una semana, por cuatro días ... Lo mismo está pasando en Costa Rica, que tiene un Sistema de Seguridad Social y que se supone que todos los médicos deberían tener un trabajo adecuado, pero el Seguro no da para tanto médico. Por lo tanto, estamos afrontando ese problema y se va a agudizar en el futuro. También creo que éste debe ser uno de los aspectos que la CONFEMEL debe contemplar y plantear soluciones.

Luego, tenemos el funcionamiento de las universidades, las universidades que nosotros llamamos "de garage" ... En Derecho, en Costa Rica, hay 30 universidades, aproximadamente, que funcionan y hacen abogados en tres años y medio. Lo malo es que esos abogados son los que están ocupando cargos en el Poder Judicial y son los futuros jueces, preparados en sólo tres años y medio.

Como dijo la CONFEMEL, hay que estandarizar la educación médica a pregrado. Allí debemos involucrarnos los Colegios de Médicos. Actualmente, estamos reformando la Ley Orgánica. El problema es que en la Asamblea Legislativa, muchos de los diputados son miembros directivos de universidades. Entonces, estamos viendo cómo hacemos para que el Colegio de Médicos se pueda involucrar en la educación de pregrado, de manera que la ley sea aprobada sin que sea detenida por esta gente que tiene interés en que no haya control absoluto en la formación de profesionales en las universidades.

Muy importante es el examen de incorporación. Como les dije, estamos haciendo un examen de incorporación. El examen de incorporación al Colegio de Médicos, existía, pero, en 1964, a raíz de que el Colegio se vio ... Primero, se creó la Facultad de Medicina, en 1940, y los primeros médicos se graduaron en el año 1961. Entonces, no se les hacía examen, pero, la Junta de Gobierno tenía el problema de que era muy difícil reunir un jurado para que hiciera los exámenes. Entonces, ellos decidieron que lo más fácil era eliminar el examen de incorporación, y esto ha traído un gran problema, porque ahora es absolutamente necesario que haya examen de incorporación. Como dije ayer, eso es muy importante para que cumplan con el concepto de reciprocidad, los médicos extranjeros que quieran ejercer en Costa Rica, porque, por ejemplo, el convenio que tenemos con Colombia, de 1926, y el convenio que hay firmado con Rusia, en 1974, hace que los médicos de esos dos países invoquen ese tratado para no tener que hacer el examen e incorporarse sin ninguna prueba ante el Colegio de Médicos. Esto ha hecho que aumente el número de médicos proveniente de Colombia que han emigrado a Costa Rica.

Entonces, en los factores de la acreditación de la carrera, se está viendo el personal académico, el currículum ... Es muy importante que los estudiantes sean tomados en cuenta. En toda comisión hay estudiantes. La administración de la carrera, la infraestructura, el

equipamiento, el impacto y la pertinencia de esa carrera para su debida acreditación ...

Esta gráfica es con respecto a por qué y cómo se debe hacer un examen de incorporación.

Esto lo dijo el doctor Jorge Félix Patiño, médico colombiano, en la clínica, y él lo preconiza. Son los valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética de los médicos para el siglo XXI. Yo creo que son ideas muy elocuentes y que debemos adaptar nosotros, porque resumen en todo lo que debe ser un médico latinoamericano en nuestro siglo XXI. El profesionalismo y la conducta ética son esenciales. Incluye, el profesionalismo, la producción del conocimiento general y especializado, las habilidades clínicas, la capacidad intelectual para la toma de decisiones independientes, el continuado compromiso de servicio al paciente y a la sociedad, y la disposición de autorregulación para asegurar el mantenimiento de los valores de la medicina en el marco de sus responsabilidades legales ... Como pueden ver, aquí se resume mucho lo que vamos a discutir hoy en esta mesa, lo que va a hablar el doctor Visiyag, el doctor Díaz y lo que hemos hablado ayer respecto a todo esto.

Fundamentos Científicos: El egresado debe dominar el fundamento de la medicina y estar capacitado para aplicarlo a la solución de los problemas clínicos y comprender ...

Habilidades: Es importante que tenga habilidades de comunicación social; cómo puede educar ... a los pacientes, un médico que no tenga estas habilidades; una comunicación amplia y eficaz con los pacientes, con el entorno, con la comunidad, con el país, etc. Las habilidades clínicas, diagnóstico, manejo efectivo de los pacientes ... Salud de la población y sistemas de salud ... Debe asumir un papel primordial. No es pensar en hacerse médico para ir a ver pacientes, cobrar mucho y que la cuenta del banco suba mucho ..., sino que tiene que proteger y promocionar la salud, no sólo del individuo, sino de la familia, la comunidad, y requiere conocimiento de los determinantes socioeconómicos ... Por eso, en este informe que les entregué resumo los últimos informes del año pasado de la CEPAL con respecto a Latinoamérica, y es lo que hemos estado discutiendo aquí, que hemos sido expoliados ... Treinta y nueve mil millones de dólares netos, el producto interno bruto de los países ricos, toda la plata del mundo se le fue a ellos, si se pagan intereses, etc.; cómo ha aumentado la pobreza, etc.; y luego, lo que nosotros debemos hacer en cuanto a exigir la democracia, la equidad, la soberanía, la sustentabilidad, para ir en contra del ajuste estructural neoliberal, de la liberación, de la desregulación, de la privatización ... Ahí digo que la CONFEMEL se constituya en una organización que estudie, analice, se pronuncie, proponga soluciones a los problemas de los médicos y las sociedades en nuestros países ...

El manejo de la información es importante. Todo médico debe manejar la información como maneja el conocimiento médico.

El pensamiento lógico, la investigación ... No le hemos dado mucho a la investigación. En Costa Rica, se hizo un Instituto de Investigaciones Clínicas, que se vendió el año pasado por 5 millones de dólares a una empresa hindú. La misma está en una zona franca y hace experimentos con todos los pacientes del Seguro Social. A raíz de esto, hace un mes se hizo un nuevo reglamento que va a exigir el consentimiento formal y la aprobación de todo experimento de medicamentos, por un comité de bioética y de investigación clínica, para poder ser aplicado a los pacientes en el Seguro Social.

Entonces, el proceso de acreditación establece factores estándares para que los servicios de salud busquen la excelencia y tengan criterios para evaluación y autoevaluación.

Los factores del hospital, los servicios hospitalarios, el personal médico, los pacientes y los servicios de apoyo ... Como dijo ayer el doctor León Natera, hubo un hospital que se cayó y nadie hace nada. ¿Cómo es posible? En los hospitales de nuestros países, nosotros lo sabemos, hay ventas de comidas, rifas de todo tipo, ventas de periódicos, promociones de clubes de viajes, etc. En las salas de operaciones hay 50 por ciento más de

la gente que debería estar allí y nadie dice nada. Por lo tanto, yo he preconizado que el hospital debe volver a ser un templo dedicado a la promoción de la salud, el tratamiento a la enfermedad y a la rehabilitación del enfermo. Por lo tanto, debemos echar del templo a los mercaderes y asumir, como médicos, el papel de los resguardadores, de los sacerdotes del hospital, que es un templo y debe ser, a nivel de Latinoamérica, un hospital para servicio de los pacientes para que recuperen su salud.

El personal médico es muy importante. La selección y contratación de ese personal, debe estar basada en requisitos como la formación profesional, competencias, experiencia de planes aportados para su práctica, que tengan un compromiso de educación médica continua, recertificación de conocimientos, recursos didácticos y ética profesional ... En Costa Rica, hicimos el sistema de recertificación desde hace tres años. El año pasado se graduó el primer grupo. Hay, aproximadamente, 3.000 médicos ... Más o menos, el 50% de los médicos activos están en el sistema. En recertificación se hacen 20 puntos por año durante tres años, el que hace 60 puntos, cobrándole el Colegio, 5.000 colones por cada período. El Colegio ha hecho, aproximadamente, 40 millones de colones, con las cuota que han salido de allí. Es importante decirles que, yo, como Presidente, me recertifiqué en Cirugía, formando parte del primer grupo, para dar el ejemplo a los otros médicos de que es

importante que todos los médicos, a cualquier nivel y posición, sean miembros directivos o de cualquier edad, tengan que cumplir este requisito ...

Es muy importante calendarizar las actividades médicas. Por eso, ahí ven el programa anual del 2003, de Educación Médica Continua. En el día de ayer, el doctor Contreras mencionó a Honduras. Nos parece que Honduras tiene el mejor sistema de educación médica de Centroamérica. Lástima que la doctora Hernández no vino. Nosotros hemos llevado esto, más o menos, a través del Colegio Médico de Honduras, y lo importante es la programación de actividades, porque sabemos que los médicos de provincia, los médicos que no son de la zona metropolitana, le achacan al Colegio diciéndole que "ustedes no nos dicen cuándo van a hacer los cursos ...". Con esto, todos los médicos pueden acceder a la página web, o nosotros le mandamos a cada uno con la bolsita de la revista "Acta Médica Costarricense" y la "Revista Médica", para que ellos desde enero se informen de todas las actividades.

Luego, hacemos cursos. Por ejemplo, en el examen de internado, la nota máxima fue un 27 en una universidad, y 20 en otra. Entonces, hicimos el diagnóstico de que en Farmacología no sabían. Por lo tanto, hicimos este curso de postgrado en Farmacología Clínica. Lo realizamos en cinco sábados, de 8 a.m. a 4 p.m., y sacamos este cd, el cual se vende al costo. Después hicimos otro cd para el Congreso Médico Nacional, por telemedicina, que acabamos

de hacerlo en noviembre. A nivel latinoamericano, es el primer congreso médico que se transmite a todo el país, porque Costa Rica es el único país que reúne las condiciones, primero, porque es muy pequeño ... Entonces, es fácil. En España y México ha hecho congresos por telemedicina, pero sólo en zonas segmentarias de la población médica. En Costa Rica, este congreso, a través de la telesalud del Seguro Social, que tiene 26 centros, fue transmitido en un horario especial de 8 a.m. a 2 p.m., y todos los médicos pudieron acceder a través de los cubículos donde está la videoconferencia, el congreso médico, y esto fue muy bien recibido por los médicos y de ahora en adelante se va a seguir haciendo en Costa Rica. Creo que en la CONFEMEL podríamos hacer actividades y conferencias a través de los Colegios Médicos, ya sea a nivel de directiva o de actividades de congresos de los diferentes Colegios que tengan interés en participar.

Para terminar, nosotros creemos que la educación médica debe ser divulgada e informada. Nada hacemos con programar si no estamos seguros de que absolutamente todos los médicos incorporados al Colegio, en cualquier ciudad, en cualquier lugar, en cualquier atención primaria, en cualquier sistema terciario, secundario o primario, debe saber el programa, deben estar informados ... Hasta el momento, puede ser voluntaria, pero creemos que debe ser implementada para que en el futuro sea obligatoria la recertificación y la ganancia de créditos de educación médica continua, y debe ser dirigida no sólo

a médicos especialistas, sino a médicos generales; debe ser una actividad personal, pero también debe ser una actividad universal que abarque a todo tipo de médicos en todo tipo de niveles; debe contemplar la autoevaluación y el autoaprendizaje ... Es decir, que deben programarse cursos para que el médico por sí mismo pueda, como en Estados Unidos, tener un libro, estudiar el libro y luego que el Colegio le mande el examen; que haga el examen con un número, un código, y una lectora óptica le califica el examen y luego le manda el resultado, lo aprueba o no, y el médico puede darse cuenta en qué falló, qué debe estudiar más, etc., etc. Todo eso debe contemplarse en la educación médica continua. Asimismo, recertificar la medicina cognoscitiva es importante. El recurso de la telemedicina y la videoconferencia, creo que debe ser implementado a todo nivel dentro de los Colegios de Médicos y llevar a todos los médicos este recurso, y luego debe contemplarse el acceso irrestricto de todos y la disponibilidad que deben tener los médicos para poder tener una educación médica continua permanente desde que ingresa al Colegio de Médicos y hasta que se muere".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias al doctor Eduardo Flores. Es importante la ponencia que ha alcanzado a la asamblea. Es importante diferenciar que son dos temas: la acreditación de los estudios médicos y la educación médica continua para la recertificación profesional, procesos, por supuesto, íntimamente vinculados. El tema de acreditación de los estudios, todavía aparece en la gran mayoría de experiencias, que

es voluntaria. Este es un tema que se debate, si debiera ser un proceso voluntario u obligatorio y, además, qué consecuencias debe tener con aquellas instituciones que no acreditan. Ese es el otro elemento importante. El doctor Flores también ha planteado que la acreditación puede tener dos mecanismos. El primero, es el mecanismo que podríamos llamar aseguramiento de la calidad de proceso, es decir, establecer cuáles son las competencias y vigilar si ellas se cumplen o no: el currículum, el contenido, la estructura institucional, el cuerpo docente, los estudiantes, los laboratorios, etc., etc., y luego evaluar si se cumplen o no. Es una manera de hacer la evaluación. La otra es la evaluación de resultados. Eso puede haberlo o no, pero si nosotros tomamos un examen, el que aprueba, y si esta aprobación, como señala, es mediante un indicador, y si es del 80% de los egresados de esa Facultad, quiere decir que es una Facultad que tiene el nivel adecuado en la formación de sus profesionales. Son problemas que ha planteado, es decir, dos mecanismos de acreditación: uno de aseguramiento del proceso de calidad, y el otro es la evaluación de resultados. Son dos procedimientos. De otro lado, señalar que este tema de la acreditación cada día se generaliza a nivel internacional, que en nuestra América, recordemos, existe la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, que agrupa a la mayoría de las Facultades de Medicina del continente. Esta institución también está interesada, a nivel general, de establecer estándares para toda América. Recordemos que son

organizaciones filiales de esta Federación Panamericana de Facultades de Medicina, las federaciones nacionales de facultades de medicina que existen en cada uno de nuestros países. Es más, a nivel de ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 7*).

(*Continúa cassette nro. 7, lado "B"*).

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "... Este es un proceso general. El otro tema, el de la educación médica continua para la recertificación profesional, es un proceso también que de manera creciente se va generalizando y en el que los colegios profesionales y las organizaciones médicas estamos llamados a conducir estos procesos de manera autónoma, porque también hay en algunos países, el intento o la realidad de que sean las autoridades sanitarias, los ministerios de salud, quienes lleven adelante los llamados procesos de licenciamiento periódico de los médicos, que son procesos similares a los de la recertificación, pero en los cuales son las instituciones estatales, como en este caso, el Ministerio de Salud que lo lleva adelante, de manera diferenciada en la que somos los colegios de profesionales y las organizaciones médicas, quienes los organizamos y los conducimos. Entonces, son dos procesos diferenciados.

Vamos a abrir un rol de intervenciones sobre el tema. Evidentemente, nos puede faltar el día para el debate, porque tenemos muchas cosas que comunicar entre nosotros. Por eso, les vamos a pedir que las intervenciones puedan

hacerse de manera ordenada, no reiterativa, y buscando que se aporte. La manera de hacerlo es abriendo un rol de intervenciones para sobre esa base establecer el mecanismo. Están inscritos para hablar, los doctores Rafael Méndez Díaz (Venezuela), Cabrera (Nicaragua), León Natera (Venezuela), Rubén Darío Gallo (Venezuela), Ardila (Venezuela), Peñaloza (Perú). Cerramos el rol de intervenciones sobre este tema. Están inscritos seis colegas. ¿Les parece adecuado darles entre 5 y 10 minutos para sus intervenciones. Creo que cinco minutos es un tiempo apropiado. Tiene la palabra, doctor Méndez".

Dr. RAFAEL MENDEZ DIAZ, Venezuela: "Soy el Secretario General del Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana. En primer lugar, quiero decir que la intervención del colega de Costa Rica ha sido excelente, porque creo que hay un concepto interesante que expone el doctor Flores, con relación al rol del Colegio en la acreditación y en la recertificación de los médicos en general. En Venezuela, existe la Ley del Ejercicio de la Medicina. Esta ley establece que el médico debe inscribirse en el Colegio de Médicos respectivo, para poder ejercer la medicina. Esta ley también establece, con relación a la clasificación y a la recertificación, en su artículo 14, que es la Federación Médica Venezolana, la que oyendo el criterio de las Sociedades Científicas, establece los criterios para recertificación. En este momento, la Ley Orgánica de Seguridad Social, se aprobó en el mes de diciembre

pasado. Dicha Ley Orgánica comprende varios subsistemas, y uno de los subsistemas es el Subsistema de Salud. Evidentemente que a la Federación Médica Venezolana, le va a tocar una lucha, una lucha contra un Estado cuya tendencia es a ser totalitario, y en el Subsistema de Salud se establece que la recertificación médica la va a efectuar el Ministerio de Salud, oída la opinión de las Sociedades Científicas. Existe una intención gravísima por parte del Estado Venezolano, de dejar a las instituciones gremiales, en este caso, los Colegios, y a la Federación Médica que es una confederación de colegios, de dejarlos afuera. Por eso es que saludo la intervención del colega de Costa Rica, ya que él es muy enfático cuando dice que el rol es de los colegios. A esto quiero agregar, no sé cómo sucederá en otros países, pero, en Venezuela, existe una lucha entre las universidades y las instituciones gremiales, en el sentido de que las universidades tratan de obstaculizar la acción gremial, con relación a educación de pregrado y a la educación de posgrado. No sé si en otros países se viven situaciones similares, pero, en Venezuela, sí. Me parece ideal lo que ha propuesto el colega, de que sea la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, la que establezca criterios y parámetros con relación a esta actividad, para que sea universal, para que sean unos lineamientos a seguir por cada una de las Federaciones Médicas de cada país, porque creo que realmente, sería una manera de darle fuerza a las instituciones gremiales, y no solamente a eso, sino darle fuerza a los contenidos

de tipo ético, de tipo programático, con relación al ejercicio de la medicina, no solamente a nivel nacional, sino a nivel universal.

Entonces, con respecto a ese punto era que yo apuntaba mi intervención, en el sentido que se dé a la CONFEMEL, el rol que ha sugerido el colega de Costa Rica, doctor Flores".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctor Méndez, han sido precisas sus intervenciones. Creo que es el rol de los colegios en los procesos de acreditación y recertificación y la necesidad de que la Confederación establezca criterios orientadores para la acción de cada una de nuestras organizaciones en nuestros países, y de esta manera esa exigencia del reconocimiento del rol se vea en la práctica sustentada en una acción muy clara de cada una de nuestras organizaciones. Doctor Cabrera, tiene la palabra".

Dr. RAFAEL CABRERA, Nicaragua: "Con relación a lo expuesto por el doctor Flores, yo he participado junto con él en las reuniones del Consejo Superior Universitario de Centroamérica, y me ha tocado jugar el doble papel de Presidente de la Asociación Médica y de Decano de alguna de las Facultades de Medicina que hay en Nicaragua, de manera que he podido ir viendo en todo este trayecto, esta conjugación. Faltó decir que la intención del SUCA para el proceso de integración de la

acreditación de las Escuelas de Medicina, la comisión estuviese integrada por los decanos de las Facultades de Medicina, por los presidentes de los Colegios Médicos, por los directores de docencia de los Ministerios de Salud y los directores de docencia de la Seguridad Social de Centroamérica, Belice y Panamá. Desafortunadamente, no ha habido eco en los directores de docencia de Salud y Seguridad Social en esas reuniones. Prácticamente, no han asistido. La intención del SUCA era, el que forma, el que controla, regula, recertifica y el que emplea, para que fuera una situación global, lo cual me hace ver que hay poco interés político en el área de Centroamérica para eso. La otra situación que vemos en Nicaragua, es que hay ahora una avalancha de procesos de acreditación, y de repente uno se queda: "¿En qué me voy a plantar?". Yo dirijo la única Facultad de Medicina privada que hay en Nicaragua (en Nicaragua sólo hay tres Facultades: dos estatales y una privada). Esa es la única universidad nicaragüense que ha sufrido dos procesos de acreditación: uno, por parte de la AOPRICA (Asociación de Universidades Privadas de Centro América), y otra, recientemente, de la Red Latinoamericana de Cooperación Universitaria, que más bien es una agencia acreditadora. Hemos sido acreditados como universidad. La Red Latinoamericana también ha comenzado a acreditar programas de medicina. Por ejemplo, en Bolivia acreditó a la Facultad de Medicina privada. Hasta ahora, ha acreditado tres. Nosotros ya iniciamos ese proceso, pero, sin embargo, Nicaragua nos presenta una situación adicional. Están los esfuerzos del Consejo

Superior Universitario para acreditar Facultades de Medicina y para acreditar Universidades al mismo tiempo. Nosotros, hemos sufrido dos acreditaciones como Universidad, de carácter internacional. Entonces, el Banco Interamericano de Desarrollo otorga un préstamo de 5 millones de dólares a Nicaragua, para formar una Comisión Nacional de Acreditación, cuyos objetivos son: dar a conocer qué es la acreditación; motivar a las universidades privadas y estatales que existe en Nicaragua, para que se acrediten; comenzar un proceso de definición de estándares de calidad ... Luego de eso, promover la afiliación, la cual va a ser voluntaria. La que se acredita, bien; los que se sometan al proceso, bien; los que lo pasen, bien; los que no lo pasen, que sigan; los que tampoco se sometan al procedimiento, también sigan ..., algo que desde nuestro punto de vista, no es ético; y, conformando una Comisión Nacional de Acreditación presidida por el Ministro de Hacienda. Entonces, es algo inexplicable. Yo me he enfrentado a ellos y he dicho: "¿En qué quedamos? ¿Cuál va a ser la acreditación que va a valer?". De manera que hay una confusión y muchos intereses económicos de por medio, entre ellos, los del BID, que de esos 5 millones de dólares está destinando el 25% para consultorías, o sea, 1 millón de dólares para que se queden entre sus mismos funcionarios, entre su misma elite de funcionarios ... Esa es una realidad que estamos viviendo. Entonces, yo me sumaría a la posición de que CONFEMEL podría convertirse, así como la Red Latinoamericana de Cooperación

Universitaria (RLCU), en una agencia acreditadora para Facultades de Medicina de América Latina. En la Red Latinoamericana, están la Universidad Belgrano, de Bolivia. Así como está la RLCU, que es una agencia acreditadora, CONFEMEL podría considerarse una agencia acreditadora y ver cómo nos insertamos en esta "marabunta" que hay en estos momentos, de procesos de acreditación".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctor Cabrera. El doctor Douglas León Natera tiene la palabra".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Venezuela: "Este es un tema de sumo interés para todos los médicos latinoamericanos y, en general, a los de todo el mundo, porque el médico permanentemente está en formación, y debe hacerlo no sólo por el hecho de que necesitamos estar informados, sino que por obligación, ante esta gran cantidad de información que surge a diario en las diferentes especialidades, cada médico, especialista o no, debe estar al día con estas informaciones. Aquí, en Venezuela, como tal, aún no tenemos el proceso de certificación y recertificación. Fue algo que se inició en la década de los 80, impulsado por la Federación Médica Venezolana a través de presidentes como Félix Eduardo Castillo, Amadeo Leiva, Angela Cruz, Abdelkrim Salomón y Francisco Martínez. Desde los 80 para acá, lo que tenemos es una Comisión Permanente de Educación Médica Continuada. De

todo curso que se hace a nivel nacional, la sociedad científica, la sociedad médica del hospital, la sociedad de residentes, o la sociedad de residentes e internos, el colegio médico o la seccional del colegio, con la información con el programa especificado según la carga horaria de cada materia que se va a presentar, esta comisión le otorga horas-crédito. Debe ser mínimo cuatro horas-crédito por cada curso. De lo contrario, la Federación Médica no avala con su certificación horaria, este curso. Sin embargo, lo terminan de hacer, pero sin las horas-crédito que otorga la Federación Médica Venezolana. Tenemos 20 años en este proceso. Actualmente, la ley se discute en la Asamblea Nacional. La Subcomisión de Salud está en discusión de la Ley Orgánica de Salud. Hemos tenido alrededor de 32 anteproyectos de ley. Al principio, no sé cuál era peor, pero había una secuencia de anteproyectos y en todos existían una cantidad de artículos que lo que trataban era de sesgar todo lo que se había venido haciendo a través de la Federación Médica y sacar de plano a esta institución y a los colegios también, como parte de una estrategia política del Gobierno, de eliminar las sociedades intermedias de este país, como el caso de la Federación Médica Venezolana, la Confederación de Trabajadores, colegios de profesionales, incluso, intervenir universidades en una forma directa a través de la limitación de los presupuestos y criticando la autonomía universitaria. A través del coordinador de la Subcomisión, afortunadamente, un médico gremialista que

fue miembro del Comité Ejecutivo en el período 1985-1987, presidido por la doctora Angela Cruz de Quintero, se ha logrado que se reconozca a la Federación Médica y otras instituciones como las universidades, las sociedades científicas, etc., puntualizando mejor lo que es la certificación y recertificación de nuestra profesión en el país. Tenemos reuniones permanentes con la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina. En todas las reuniones que han hecho en estos últimos 22 meses, hemos estado participando a través de nuestro delegado, doctor Ardila. He asistido en dos oportunidades. Estuvieron muy felices, porque, casualmente, la primera vez que estuve coincidimos la Ministra de Salud y quien les habla. Ojalá que se incorpore el Ministerio, porque la Federación está en permanente contacto y en reuniones con la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina, mientras que el Ministerio de Salud apareció sólo esa vez y no sé si ha ido en otras oportunidades. Lo cierto es que nosotros estamos tratando de que sea una asociación estratégica con las universidades, para que nos pongamos de acuerdo, en principio, en cómo vamos a certificar y recertificar, mediante horas-crédito, o los que no lo hagan al final en tres o cuatro años, un curso con examen ... Lo que nos presentó el doctor Flores, es por demás interesante. La doctora _____, ex Presidenta de la Red de Sociedades Científicas de Venezuela, va a presentarnos un material muy interesante sobre lo avanzado con las universidades, la Federación Médica y la Red de Sociedades, y lo que pudiera ser el basamento, además del

material que tiene el Comité Ejecutivo y que ha discutido en un Consejo Nacional y en otras reuniones, puntualizar lo que pudiera ser en un futuro próximo, esta necesidad perentoria de certificar y recertificar a todos los médicos venezolanos".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Gracias, doctor León Natera, por su participación. Tiene la palabra el doctor Gallo".

Dr. RUBEN DARIO GALLO, Venezuela: "Felicitó al doctor Eduardo Flores, por su importante y brillante exposición. Incluso, da motivación a la discusión y al análisis. Pienso que la acreditación, certificación y recertificación, es un tema sumamente importante que, incluso, la tendencia de algunos Gobiernos comunistas y con tendencia militar, es minimizar a los sindicatos y a los gremios médicos. Precisamente, tenemos el ejemplo del caso venezolano. Tenemos una lucha férrea conjuntamente con el gremio médico venezolano, por impedir este atropello. De aquí tiene que salir un manifiesto bien claro donde se fije una posición, que el gremio médico y los sindicatos de los diferentes países, en ningún momento deben perder esa potestad de certificar y recertificar.

Con respecto a la educación médica continua, tema muy interesante y donde hay países con grandes experiencias como Honduras, pienso que la CONFEMEL tiene que

profundizar un poquito más en ello, porque estoy seguro que hay países que necesitan el apoyo de ellos, sin mencionar ninguno, y que hagamos una evaluación, porque creo que CONFEMEL, a través de esta temática, tiene que motorizar talleres de trabajo de educación médica continua y que escojamos los mejores países para transmitir esas experiencias, de manera que nos nutramos de sus experiencias; incluso, llevarlas a las universidades.

En conclusión, esas son mis dos propuestas, bien definidas y caras, con respecto a la educación médica continua, un plan de trabajo y de experiencias, llevarlo a los diferentes países y, con respecto a la certificación y recertificación, un pronunciamiento de la CONFEMEL donde se fije una posición muy clara en cuanto a que seamos nosotros los entes rectores de esta certificación".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctor Gallo, por sus propuestas precisas. El doctor Ardila tiene la palabra".

Dr. GOTARDO ARDILA, Venezuela: "Soy Secretario de Actividades Científicas, Docentes y Deportivas de la Federación Médica Venezolana. A mí me corresponde asistir como delegado a todas las reuniones que realiza AVEFAM (Asociación Venezolana de Facultades de Medicina), al Consejo Nacional de Directores y Coordinadores de

Posgrado de Medicina y Ciencias de la Salud, y a todos los eventos que me invita tanto la Universidad como la Red de Sociedades Científicas. Este tema ha sido clave durante el transcurso del año pasado y el que estamos corriendo, es decir, lo referente a las certificaciones y recertificaciones. Lo que me parece importante es que nosotros hasta ahora estamos trabajando en eso. La potestad de certificar y recertificar siempre la ha tenido la Federación Médica. Actualmente, en conjunto, la universidad, los Consejos Nacionales de Facultad, la Red de Sociedades Científicas, el Ministerio y nosotros, hemos trabajado para tener un consenso de cómo se debe certificar y recertificar. Sin embargo, este Gobierno ha tratado de eliminar todo lo que se llama sindicatos y gremios. Si esta potestad de certificar y recertificar la tiene un régimen o un gobierno, esto va para atrás, porque nosotros tenemos la mejor experiencia aquí con los médicos cubanos. Si llegan a certificar y recertificar todos esos médicos que están acá, el desempleo para el médico venezolano va a ser catastrófico. Estamos trabajando con base a un reglamento. Lo importante de esta reunión es nutrirnos de las experiencias que trae cada uno de ustedes. Nosotros tenemos bastante material. Argentina fue uno de los primeros países que recertificó. Tenemos ahora la experiencia del doctor Flores, en Costa Rica. Le voy a solicitar a todos nos faciliten sus correos electrónicos, para así poder intercambiar opiniones. Veo que Honduras es uno de los países de Centroamérica que está más avanzado en esto. Como estamos

trabajando sobre ese reglamento, nos gustaría asumir todas esas experiencias. En el Congreso Nacional de Cardiología que se celebró en agosto de 2001, en la ciudad de Maracaibo, hicimos un acuerdo preliminar para presentarlo a la Asamblea Nacional en el momento de discusión del Proyecto de Ley de Seguridad Social, del cual van 25 versiones. En unas, aparecíamos, pero, en la siguiente versión, nos eliminaban. En otras, apareció sólo el Gobierno como responsable de esto. Al final, no sé cómo quedó eso. Sin embargo, nosotros presentamos esto para llevarlo a la Asamblea Nacional, donde manifestábamos que la certificación y recertificación de los profesionales y especialistas es hoy día necesaria; que debería ser considerada una opción voluntaria, de inicio; que constituye una calificación de calidad de nuestros profesionales y especialistas; permite mantener al día a nuestros especialistas y facilita el intercambio y la adquisición de nuevos conocimientos en su práctica diaria; constituye una demostración periódica de la competencia del médico ante la Comisión Nacional de Acreditación, Certificación y Recertificación, la cual estaría constituida por las Sociedades Científicas, representadas por la Red de Sociedades Científicas, la Universidad, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la Federación Médica y la Academia Nacional de Medicina; se ratifica la proposición de la creación de una Comisión Nacional previamente mencionada, y también hacer comisiones regionales; que dicha propuesta considera el acercamiento de diversas instituciones involucradas en la

formación de recursos profesionales y en la prestación de salud del país, a fin de realizar una prestación de salud de calidad; que debe lograrse un consenso de los diferentes puntos aquí tratados; se sugiere la creación de los distintos comités y mecanismos que faciliten el desarrollo de esta propuesta para el beneficio de los pacientes y de nuestra comunidad médica; presentar esto ante la Asamblea Nacional ...

La verdad, no sé si todo lo anterior se tomó en cuenta. Sin embargo, ratifico que estamos trabajando en la realización del reglamento y nos interesa sobremanera tener toda la experiencia de los países que nos visitan y que ya implementaron esto. Creo que esto lo puede complementar más tarde la doctora Elda Jansante, quien tiene en vídeovim todo lo que se ha hecho en Venezuela con relación a ello y los futuros proyectos de lo que vamos a realizar".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctor Ardila. Damos el uso de la palabra al doctor Peñaloza, de Perú".

Dr. ISAIAS PEÑALOZA, Perú: "Primero, felicito al doctor Flores y suscribir lo que él nos está proponiendo para que CONFEMEL sea la entidad encargada no sólo de coordinar, sino que dé la guía para realizarse tanto la acreditación de las Facultades como la recertificación. Solamente quiero manifestarles que en Perú existe la

acreditación de las Facultades de Medicina y también la recertificación del médico. La recertificación nace prácticamente, en Perú, con una finalidad que Venezuela sospecha o asevera el día de hoy acá; nace con la finalidad de prácticamente tener a los médicos en la mano, a través del Ejecutivo, porque éste es el que iba a hacer el licenciamiento periódico, es decir, cada cinco años, el Ministerio de Salud nos iba a tomar examen, y si nosotros no aprobábamos, dejábamos de ejercer la medicina ... Este hecho puso en alerta a las entidades médicas como la Federación Médica, que como ustedes saben, en el Perú es la rama sindical de la profesión médica ...". (*Fin cassette nro. 7, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 8, lado "A"*).

Dr. ISAIAS PEÑALOZA, Perú: "... En la Ley General de Salud conseguimos este objetivo, con el compromiso de que el Colegio asumiera la recertificación de los médicos. Es así, que ya tenemos cerca de los cinco años, una experiencia que nace fundamentalmente con tres objetivos: primero, la recertificación voluntaria; en segundo lugar, que tenga accesibilidad a todos los colegas médicos; y, tercero, que no le cueste al médico. Estos fueron los tres principios u objetivos que nos trazamos dentro de la recertificación, y que ésta sea comandada por el Colegio Médico y sustentada o apoyada por las Universidades y las Sociedades Científicas Médicas. Así se viene realizando. Sigue siendo voluntaria. La accesibilidad no la hemos

conseguido, realmente. La tercera, o sea, el financiamiento, tampoco ha sido posible. La idea era que el financiamiento estuviera a cargo de las entidades públicas y privadas como empleadoras de los profesionales médicos. Esto ha quedado, lógicamente, en el tintero, y no ha sido posible. Los médicos somos los que nos vamos certificando en este camino. Estamos en toda una etapa de reevaluación de esta acreditación. Nuestra acreditación, fundamentalmente, está basada en el creditaje que uno debe realizar y la práctica profesional. Creemos que estos dos temas son importantes, pero hay necesidad de buscar otros parámetros que garanticen la acreditación tal como ha mencionado el doctor Flores, especialmente, la práctica, el ejercicio práctico del médico más que el conocimiento teórico o la asistencia a cursos. Creo que lo mencionado por el doctor Flores es importante y estamos en ese camino, tratando de corregir lo que es solamente asistencia a los cursos, congresos, etc. Creemos que es necesario, pero no debe tener el puntaje máximo como tal, sino ver cómo los médicos demuestran sus competencias y sus cualidades en el ejercicio práctico de la profesión.

En lo que es la acreditación de Facultades de Medicinas, hay una ley que también sale frente a la preocupación del Colegio Médico por la proliferación de Facultades de Medicina. Esta ley contempla una comisión que es la encargada de hacer la evaluación en la acreditación. Esta comisión tiene la virtud de estar compuesta por un

representante del Ministerio de Salud, por un representante del Ministerio de Educación, por un representante del Colegio Médico, por un representante de las Facultades de Medicina, o sea, la Asociación de Facultades de Medicina y, si mal no recuerdo, dos representantes de las Facultades de Medicina privadas y públicas, respectivamente. Esta es la comisión que ha trabajado estándares de calificación y estamos en pleno proceso. Yo había anunciado el día de ayer, que de las 28 Facultades de Medicina, las que se han sometido ... Otra cosa, la acreditación es obligatoria en este caso. Aquel que no acredita, yo había mencionado que tiene un plazo para poder superar la carencia de sus estándares, y de no superarlo en ese plazo, se suspende el ingreso de admisión de nuevos alumnos a esta Facultad y, lógicamente, iría en el camino de la desaparición de esta Facultad de Medicina. Tenemos, sin embargo, un punto importante a reflexionar en el Perú, porque hay una ley universitaria, la cual da autonomía plena a las universidades. So pretexto de esta autonomía plena, es que se han ido creando diferentes Facultades de Medicina. Estamos en esa etapa. Inclusive, la Asociación de Rectores de las Universidades, de alguna manera no están apoyando este proceso que se ha iniciado a través de una ley. Creemos que esto se va a corregir en el camino y ya tenemos fruto. El fruto es que nos hemos quedado en 28 Facultades de Medicina y hay 10 que están en espera de que la Ley les dé el paso para crearse, pero tendrán que

crearse, lógicamente, cumpliendo los estándares que dice la Ley de Acreditación de Facultades de Medicina”.

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: “Muchas gracias, doctor Peñaloza. Sigue en el uso de la palabra, la doctora Elda Jansanti”.

Dra. ELDA JANSANTI, Venezuela: “He sido invitada por la Federación Médica Venezolana representando a la Red de Sociedades Científicas, como mencionaron los doctores Gotardo Ardila y León Natera. Vivimos en esta angustia, yo diría que globalizada, trabajando en estos conceptos de certificación, acreditación y recertificación. En el último Encuentro de la Red de Sociedades Científicas, que somos la agrupación de las Sociedades Médicas reconocidas por la Federación Médica Venezolana, planteamos el tema de la certificación y recertificación, haciendo una propuesta de cómo debería ser el proceso. Bueno, éste es el concepto de sociedades médicas ... Aquí vemos qué es la Red, como tal, cómo funciona aquí en Venezuela, que es una institución privada, cultural y social, por supuesto, sin fines de lucro ... Actualmente, la Red de Sociedades Científicas está constituida por 38 sociedades médicas. Bueno, en esta angustia de la globalización de estos conceptos viene trabajando la Red de Sociedades, desde mayo de 1999, cuando lideriza o propone una reunión del Primer Taller Institucional, el cual denomina “El Médico, la Especialidad y su Ejercicio”. En este taller, por supuesto, estuvo involucrada la Federación Médica, los

Colegios de Médicos, las Universidades, la Academia Nacional de Medicina, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y las Sociedades Científicas. Fue un taller muy productivo, porque nos pudimos dar cuenta nosotros mismos, de que existía a nivel nacional, una indefinición de los conceptos de acreditación, certificación y recertificación. Igualmente, tenemos una Ley del Ejercicio de la Medicina aquí, en Venezuela, pero no está reglamentada. Tampoco existe un censo de especialistas. Estoy hablando de especialistas, porque represento a las Sociedades Médicas, o sea, a las especialidades. Igualmente, hay falta de uniformidad en los criterios de formación de los especialistas. En las universidades, cada quien deriva unos criterios individuales para aceptar tanto el sistema de prelación como el pensum de cada una de las especialidades, dependiendo de la zona donde uno se inscriba. Igualmente, no existe una política de reconocimiento y evaluación del especialista. A partir de 1999, hemos tenido reuniones conjuntas, en las cuales hemos tratado de conceptualizar, en primer lugar, qué es una certificación. Esto es a través de un consenso de todas las entidades que asistieron al taller, y las cuales definen que es el resultado de un acto por el que una entidad médica legalmente acreditada y aplicando criterios preestablecidos, asegura, a través de un proceso de evaluación, que el profesional posee conocimientos, habilidades y aptitudes propias de una especialidad reconocida. Asimismo, tratamos de conceptualizar, de manera uniforme, el concepto de

recertificación, ya que todos tenemos que trabajar con un mismo patrón para poder seguir subsecuentemente estableciendo el reglamento. Entonces, en cuanto a recertificación, en países como Argentina, Brasil y Perú, tienen el mismo concepto, es decir, que es el resultado de un acto por el que una entidad médica legalmente acreditada y aplicando criterios preestablecidos, asegura, a través de un proceso de evaluación, que un especialista médico, por supuesto, previamente certificado como especialista, posee los conocimientos, aptitudes y habilidades que ha desarrollado dentro de un marco ético y científico adecuado, de acuerdo al proceso y al desarrollo propio de la especialidad. Así que tratamos de crear un organismo técnico operativo que se encargara de la evaluación continua y permanente de este conocimiento, de estas habilidades, destrezas y valores que posee el profesional, y deberíamos también presentar un programa nacional de certificación y recertificación, que evaluara continuamente este conocimiento, estas destrezas y estos valores, pero acordando puntos específicos a definir, por supuesto, para cada especialidad. ¿Y cuál sería ese organismo técnico federativo? Una comisión nacional permanente de certificación y recertificación. ¿Cómo estaría constituida esta Comisión Nacional de Certificación y Recertificación? Debe ser interinstitucional para que no existan problemas de dominio ni de liderazgo en un momento dado, y que todos deben tener una visión compartida con seguimientos de estrategias bien

definidos. Así tenemos que la Comisión debería estar integrada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, por las Universidades, por la Academia Nacional de Medicina, por la Federación Médica Venezolana, que en este país es el máximo representante de los médicos, mientras que, según tengo entendido, e en el Perú, es el Colegio Médico Nacional; por la Red de Sociedades Científicas, por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, y el Ministerio de Ciencia y Tecnología, todo esto con un ente que nos está sugiriendo, ordenando, corrigiendo algunas fallas, como es la Organización Mundial de la Salud y la OPS ... Aquí vemos que la certificación sería una comisión interdisciplinaria, que debe haber un consenso único para ser reconocido y certificado como especialista ... Por supuesto, al tener un consenso único, debe conllevar a que todas esas residencias asistenciales deben ser incorporadas a los posgrados, avalados por las Universidades. En cuanto a la estrategia para hacer la recertificación, sería la educación médica continua, que es el proceso de actualización y perfeccionamiento de las diferentes actividades en un momento dado, realizado a través de diferentes tipos de actividades, conducente, por supuesto, a mejorar la actuación del profesional, sea cual fuere el campo del ejercicio. ¿Cuáles eran las proposiciones? Que las Sociedades Médicas y Científicas, sean ejecutoras de la certificación y recertificación del especialista, porque tenemos también la certificación y recertificación del médico que no es especialista.

Entonces, en este caso, debería ser la Federación Médica que se encargue de los médicos no especializados, y nosotros, de los especializados, ya que estamos más en contacto y en relación y los tenemos inscritos en nuestras organizaciones ... Asimismo, formar una comisión de vigilancia interinstitucional (no solamente que tengamos esta comisión, sino que debe haber una comisión que vigile que esta comisión esté actuando bien); la creación de un sistema único de prelación y formación para los diferentes posgrados nacionales, en lo cual se ha venido trabajando desde 1997-1998, de crear un sistema único de prelación nacional; comprometer, por supuesto, al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a realizar y actualizar los registros, bien sea de los profesionales de salud, que también deben certificarse y recertificarse, los especialistas médicos, y debe realizar también un registro de las especialidades reconocidas ... Nosotros propusimos en nuestro último encuentro que se realizó en septiembre de 2002, cómo las sociedades científicas podían llevar a cabo esto, a través de una página web, que sería la página de la Red de Sociedades, con un icono para certificación y recertificación ... Ahí cada uno de los integrantes de las sociedades científicas, una vez que entra a la página principal y chequea recertificación, entonces, si es médico, tiene unas pautas de cómo la debe realizar, un estado de cuenta donde se le dice al especialista: "Tú, hasta el año 2002, tienes ... unidades crédito. Todavía no te puedes recertificar"; un envío de los recaudos, o sea,

yo quiero actualizar mi cuenta personal. Entonces, envío a la Red de Sociedades ..., y después ésta se lo da a cada Sociedad Científica, al administrativo, cuáles son los recaudos que cada persona va mandando y un calendario con las publicaciones que hizo cada persona ... El administrativo de cada Sociedad, por supuesto, revisa la administración de punto y administra también la base de puntos acreditados para este especialista ... Esto conlleva un programa de validación de la asistencia a los congresos en los cuales hay que estar, y las horas-crédito que otorga la Federación Médica Venezolana, y estar pendiente de que cada congreso o simposio que se haga tiene horas-crédito otorgadas a través de congresos por sociedades, o bien, administración de puntos, y ya la persona estaría recertificada ... Muchos de ustedes tienen la misma angustia, de por dónde uno empieza a certificar y a recertificar, que cuál es la viabilidad de esto y con qué dificultades nos podemos conseguir, porque, en el papel, muchas de las cosas son bonitas, factibles, pero cuando uno las lleva a la práctica, tenemos los problemas ... En cuanto a la viabilidad, debe haber, por supuesto, una voluntad política y un consenso entre los actores. En Venezuela, actualmente, los actores estamos ..., a excepción del Ministerio de Salud y Desarrollo Social que tiene como un silencio permanente, los otros actores estamos de acuerdo y tenemos una voluntad política para que se realice este proceso de globalización de certificación y recertificación ... Un apoyo institucional de otros actores que no están vinculados, o sea, comenzar

a integrar a este proceso también a las residencias que no sean universitarias ... Debe haber consolidación de grupos nacionales y regionales, necesidad sentida ... También, el médico debe sentir que eso lo va a beneficiar de alguna forma, sino va a decir: "¿Para qué me voy a certificar y recertificar?", y ubicar el proceso dentro de las estrategias para lograr una calidad integral en materia de salud ... ¿Cuáles serían las dificultades con las que nosotros pudiéramos conseguirnos? Con gran variabilidad de los actores, que algunos estén de acuerdo y otros no; unas visiones diferentes en el rol, en las instituciones; el proceso voluntario limita el logro ... Hemos visto que algunos países que lo han hecho voluntariamente, no certifican y recertifican a los profesionales de salud en la forma como está reglamentada ... En Venezuela, aparentemente, según la Ley Orgánica de Salud, el proceso no va a ser voluntario, porque si nos lo está pidiendo la ley, es obligatorio. En el caso de la recertificación, resistencia de algunos grupos de profesionales a recertificarse. Para las personas que tienen muchos años de graduadas, casi siempre es un choque a lo nuevo y, por ende, existe alguna resistencia. Asimismo, falta de experiencia (por supuesto, no la tenemos); evaluada y consolidada en la mayoría de los países latinoamericanos; complejidad del proceso (implica costos económicos y humanos, como acaban de decir varios de los que me precedieron, por ejemplo, el caso Perú); falta de fundamentos legales y disposiciones y regulaciones de cómo hacer ese proceso.

Muchas gracias, ésta es una propuesta de la Red de Sociedades Científicas".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctora Elda Jansante, por su exposición. Quedan dos exposiciones finales y luego le daremos brevemente la palabra al doctor Eduardo Flores, ponente. Tiene la palabra el doctor Minjares, de México".

Dr. JOSE LUIS MINJARES, México: "En este sentido, quiero hacer referencia puntual a una experiencia que ha ocurrido en México, en donde hace más de 20 años, la Academia Nacional de Medicina, se toma, a través del Grupo de Especialidad, la idoneidad ... Este es un término que no es jurídico. Es una entelequia que busca legitimar de alguna manera a grupos médicos cuyos intereses, en términos de manipulación política y económica, conforman eso, nada más. Decía en palabras de un ex Procurador de la República, en términos de que: "Díganme dónde está el botín y les diré dónde está el conflicto", y el conflicto, hoy, son los Consejos de Certificación Médica, en la República Mexicana. Empezamos a resurgir los Colegios y comenzamos a demandar esta facultad que nos otorga la ley. Claro, esto ha sido motivo de conflicto. Seguiremos haciéndolo. Eso no tiene remedio. Creo que en los términos en los cuales las leyes le otorgan a un grupo de ciudadanos, derechos, y cuando éstos se dejan de lado, además de que manifiestan una ausencia, también

legitiman a quien lo hace. El término ideoneidad estamos buscando dejarlo de lado y estamos impulsando que ésta sea una actividad que parta de los Colegios. El interés autoritario del cual yo hacía referencia ayer, de nuestros Gobiernos, es algo que también prevalece en la República Mexicana. Tenemos una experiencia que a partir de haber empezado a trabajar una nueva Ley de Profesiones, que es ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, nos encontramos en una ocasión que precisamente una de las personas del grupo conductor y que es asesora en docencia del Instituto Politécnico Nacional, nos llevó una ley que ya había sido preparada por la Dirección General de Profesiones, de México. Esta ley tenía 81 artículos, de los cuales 49 eran restrictivos o de sanciones, y de esta manera, los Colegios pasaban a ser una segunda parte y en primer lugar estaban las Academias. Tenía como otra particularidad y una muestra real del ejercicio autoritario del poder en Latinoamérica, el hecho de que en su exposición de motivos había mención de que esto había sido consensado por 1.500 asociaciones, sociedades, colegios y academias, lo cual era mentira. Les comento esto, porque les toca vivir, prácticamente, lo mismo. Aquí es donde adquiere particular importancia la necesidad de establecer qué es y nosotros lo hemos ya definido, hemos hecho un trabajo de alguna manera parecido a lo que hoy nos expone la doctora, qué hace una sociedad, una asociación, qué hace una academia y qué hace un colegio. Una cosa que tenemos que definir muy

claramente y nosotros lo hemos hecho valer, es que las academias, en México, aparte de que son entidades gubernamentales porque reciben subsidio del Gobierno, son grupos que sólo tienen como objetivo promover y difundir la ciencia. Cualquier otra injerencia que realicen está más allá de los preceptos legales que la Constitución le concede a los colegios. Aquí entra la necesidad de establecer una definición muy clara de qué es sociedad civil, que es un término muy manido luego por los políticos, pero que no tiene un contexto bien definido. Nos hemos abocado también a definir esto, porque en el conflicto con el poder, con el Gobierno, siempre está presente la manipulación y la intención de regularnos a ultranza y con fines de manipulación política. Los colegios somos sociedad civil, somos una estructura que busca democratizar al Estado. No podemos permitir que el poder sea, incluso, a través de organismos creados en términos fantasmas, como en México se creó el SENEVAL o Centro Nacional de Evaluación, en donde el director por muchos años era cuñado de la Directora General de Profesiones. El poder todo lo arregla y hay un compadrazgo que permite que esto se perpetúe en el tiempo. Si tenemos que pensar en llevar adelante estos procesos, desde luego hay que definirlos en forma muy clara y pertinente. Aquí entra el valor de CONFEMEL. Toda esta información que se está recibiendo, sería conveniente que pudiéramos tenerla todos y de ahí partir bajo estos principios y delinearlos perfectamente bien. Creo que la capacidad en términos de aglutinación que

pueda tener la CONFEMEL, podría estar dando resultados a partir de pronunciamientos tan específicos como estos. La ley que les comentaba ayer y que acabamos de terminar su revisión, la cual entra en el próximo período de sesiones al Congreso de la Unión, dedicamos en la revisión, todavía en la última parte después de que a Julio Castro le entregara una copia cuando estuvo en septiembre-octubre, en México, dedicamos un capítulo muy amplio y meticulado a certificación y recertificación. Próximamente, podría estar a disposición de ustedes y se los enviaré vía e-mail".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias, doctor Minjares. Tiene la palabra el doctor Contreras".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "En primer lugar, este tema ha sido tocado en casi todos los eventos de la CONFEMEL. Acogiendo la última parte de la intervención del delegado de México, doctor Minjares, quiero decirles que esa es precisamente la finalidad de CONFEMEL, poder intercambiar las experiencias basadas en nuestras realidades nacionales. La naturaleza de CONFEMEL permite que aquí existan organizaciones de diferente tipo y de realidades distintas. Por ejemplo, en este evento y en la CONFEMEL, Colombia está representada por el Sindicato Médico, que es el que tiene incidencia real en la vida de los médicos, llámese lo académico, lo ético, lo científico, lo laboral, bienestar, etc. Por lo tanto, nuestras angustias no es la academia. Nuestra angustia es

la vida de los médicos. Siempre habíamos dicho que nosotros no teníamos ese lío, que teníamos otros problemas más grandes, por ejemplo, cómo comen los médicos, en un modelo de salud donde hoy el ingreso es deteriorado permanentemente, donde los médicos no tienen con qué comer ... Entiendo al compañero mexicano, porque tiene 250.000 médicos y no nos ha dicho cuántos médicos tienen vínculo de la medicina para subsistir digna y adecuadamente en México. Entonces, ¿de qué certificación o recertificación pueden hablar ellos allá? Algo me está pasando a mí. A mí, las sociedades científicas me llaman y me dicen: "¿Este será un mecanismo bueno para garantizar que en mi sociedad estén todos los especialistas y, además, como un método de ingreso a la sociedad, de billete?", porque es que los médicos no pagan siquiera la afiliación a la sociedad científica. No tienen cómo hacerlo. Hoy, los especialistas salen de mi país, y por el modelo de salud tienen que hacer Medicina General, siendo especialistas excelentes, académicos, que los dotan de un título y de una idoneidad. Entonces, nosotros venimos en este proceso porque ahora en que se deterioró como nunca el nivel de ingreso en mi país, sale a la palestra la certificación y recertificación, no con la idea de mejorar la calidad del servicio, sino con la idea de excluir de la posibilidad de ejercer la profesión, destruirla ... ¿Quién se inventó la certificación y la recertificación? ¿Fue una entidad como ésta para la proliferación de médicos o de facultades de medicina? ¿Y la CONFEMEL no promueve en los países un

método ...? No, yo digo ... Me acerco acá a la Federación, voy por Nicaragua, paso por Costa Rica ... Veo que ésta es una idea de unos magos que han desarrollado unos modelos de salud en nuestros países y que tienen que ir complementados. Tienen que buscarse todos los mecanismos legales para excluir del servicio ..., porque no es una finalidad de los Gobiernos brindar de servicios de salud a la población. Si en Colombia, el derecho constitucional a recibir los servicios de salud fueran correctamente aplicados, nosotros estaríamos aquí en este evento diciéndole al compañero de Costa Rica: "¿Esos que le sobran allá, nos lo puede mandar porque nos faltan médicos?", o "Doctor Minjares, mándeme 60.000, que los recibimos". Somos 45.000 médicos para 44 millones de colombianos, y resulta que no hay trabajo porque la política del sistema de la Ley 100, de mercadeo, dice que solamente se le da salud al que la puede comprar, y la mayoría de la población colombiana no puede comprar la salud ... Estamos en esta plena discusión y mañana, por ejemplo, en Colombia tenemos un encuentro con la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, y tenemos la Federación Médica, y el Sindicato, y todas las instituciones médicas para discutir, entre otros, este punto, porque están escuchando el eco de eso, que en tal parte, que en el Perú, que allí ... Nosotros dijimos: "Un momento. Definamos cuáles son las angustias de los médicos colombianos". Si esa es una preocupación, atendámosla. El doctor Peñaloza traía un punto clave por fuera del modelo. Esta es otra parte del modelo de la

educación. La educación también es sometida a las leyes del mercado y se convirtió en una mercancía. Por eso existen leyes en mi país, y en el mismo año, en el mismo mes que se aprobó la Ley 100, de 1993, se aprobó la Ley 30, de ese año, que privatizó la salud y dijo: "Todo el que quiera montar el negocio de la educación ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 8*).

(*Continúa cassette nro. 8, lado "B"*).

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "... Por eso hay facultades de medicina de garage ... La acreditación es un proceso donde comienzan a darle chance a la primera promoción y no hay seguimiento. Este punto educativo es interesante verlo vinculado a este campo, y el otro punto reivindicativo de los médicos, es el tema de la educación continua. El Estado debe garantizarle a esta profesión, la facilidad de acceder al avance científico, al conocimiento tecnológico de la medicina, en forma obligatoria. Hoy, eso no es así. Eso lo dice la ley, pero no es así, porque desde el punto de vista comercial a nadie le interesa que la gente se capacite y esté adecuadamente informada. Entonces, no pueden ir los médicos a los congresos de las sociedades científicas. Una sociedad científica que hacía congresos de 2.000 médicos, ya no los hace porque los médicos no ganan ni siquiera para pagar el pasaje. Tienen que abandonar su ejercicio. No tienen permiso. Por eso, el sindicato tiene una autoridad en Colombia, porque nosotros tenemos la

convención que para algunos se llama acuerdo colectivo, entre el sindicato y la empresa, como el Seguro Social, y decimos que todos los años tienen que garantizarle una asistencia plena, con permisos remunerados al médico para que vaya a su congreso de especialidad nacional o internacional ... Si el médico es escogido por su sociedad, o por su trabajo, o por su capacidad científica, para un evento internacional, le tienen que dar esas facilidades. El sindicato organiza todos los años, un evento para los 3.000 médicos del Instituto de Capacitación Científica y Gremial. En las demás entidades que son la mayoría de los médicos, no tienen ningún vínculo que les pueda exigir. Entonces, el médico no puede acceder ni siquiera a un congreso. Quiero llamar la atención para decirles que las experiencias de los demás países nos deben servir para mirar por qué estamos metidos en el embrollo de la certificación y recertificación, y si eso es de las angustias de nuestros médicos, o es un problema que nos quieren imponer como otra dificultad para que podamos desarrollar adecuadamente ... Lo que tenemos claro es que éste es un paso que tendrá que llegar a la autorregulación médica. Las instituciones médicas son las que deben definir cuál es el mecanismo. Termine diciéndoles una cosa que estamos viviendo. Por eso, el sindicato comienza a tener una especie de ... Es porque los eminentes profesores de nuestras Facultades de Medicina, que ya completan hasta 200 años, excelentes ..., 200 años las Facultades y las Universidades ... Quiero precisar esto. Esos eminentes profesores que hoy formaron el

contingente de especialistas, al meterse a la certificación y recertificación, mueren, porque los profesores se dedicaron a la docencia, a capacitarse, a adiestrarse en la vida práctica del acto médico ... En cambio, el especialista sale y se va a supraespecializar a otra parte, trae todas las cosas, y hoy los profesores se encuentran en esa angustia: "¿Cómo es eso? ¿Me van a pedir a mí títulos, subtítulos ..., si yo me dediqué a formar estas generaciones?", y siguen siendo los mejores. Nosotros tenemos un equipo de transplantes de hígado, de riñón, de páncreas, de corazón, de pulmón, de laringe, de todo ... Ustedes lo conocen. Y esos tipos lo llaman a uno y le dicen: "¿Cómo nos van a meter en este cuento?". Sí, porque resulta que ahora hay la especialidad de Transplantología. La hay en Estados Unidos. Aquí, no. Aquí son formados por la escuela. Cogen el mejor residente o el que más inclinación tiene de cirugía y le dicen: "Maestro, venga y rote seis meses por mi servicio de Transplante", y si le gusta, lo van adecuando y mejorando. Analicen ese punto para que vean que no es fácil este tema de certificación y recertificación y merece manejarlo con mucho cuidado".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente FMV: "Gracias, doctor Contreras. El doctor Eduardo Flores hace uso de la palabra para finalizar".

Dr. EDUARDO FLORES, Costa Rica: "Con lo que han manifestado los estimados compañeros y colegas, tengo

aquí varias ideas que tal vez no pude manifestar, pero creo importante darlas a conocer. El Colegio de Médicos de Costa Rica, se concibe como una corporación de interés público, de derecho privado, de organización privada, y el Estado le da autoridad para que controle el ejercicio profesional de la medicina. Por lo tanto, en Costa Rica es inconcebible que no haya una participación del Colegio en todo asunto que tenga que ver con la salud, por ejemplo, el sistema de recertificación. En Costa Rica, el 60% de los médicos trabaja para el Seguro Social. El Seguro da 20 puntos en un concurso, al médico que esté recertificado por el Colegio de Médicos. Por lo tanto, todos los médicos que están recertificados por el Colegio, empiezan con 20 puntos más que cualquier médico que no está recertificado. Esa es una ayuda y una prueba de que las autoridades del Seguro Social han confiado en el sistema de recertificación del Colegio, y eso ha servido para que los médicos, especialmente, los más jóvenes y los que tienen que concursar por sus plazas, tengan que participar. El concepto que dije al principio que tiene que ver con lo que dice el doctor Contreras, es que en el siglo XXI, con la globalización, es imposible que el médico no tenga el concepto de que si no tiene las competencias, deja de ser médico, es decir, no puede ser médico si no tiene las competencias, los conocimientos científicos y todo lo que mencioné. Esos profesores colombianos tienen que aceptar que se deben recertificar, y eso es lo que el Colegio de Médicos de Costa Rica está haciendo. Todos los dinosaurios tienen que

recertificarse. Hemos hecho un programa para que se recertifiquen. Por eso, yo les dije que soy el primer médico cirujano en la historia de Costa Rica, recertificado. Siendo Presidente del Colegio, presenté todos los papeles, asistí a todos los cursos e hice todo lo necesario para dar el ejemplo y así me voy a mantener, porque sólo dando el ejemplo se puede hacer esto. En cuanto a lo que dijo ayer el doctor León Natera y el doctor ..., el Ministerio de Salud es un órgano político. Ahí llega el que el Presidente quiera poner y lo que le diga el Fondo Monetario qué es lo que tiene que hacer con salud, y él va a hacer las políticas que le interesan al Gobierno. Por lo tanto, no puede ser el Ministerio de Salud el que se meta con esto. Tiene que ser el Colegio de Médicos. En Costa Rica, eso está totalmente comprendido. El miércoles pasado fue la Ministra de Salud al Colegio de Médicos, a una reunión para hablar de estos temas.

En cuanto a las academias, en Costa Rica, el Colegio Médico fue el que creó la Academia Nacional de Medicina, en el año 1996. Aunque es ahora autónoma, fue el Colegio el que le dio vida y fue le que aprobó y mandó a la Asamblea Legislativa y a la Gaceta, a publicar el acta constitutiva de la Academia.

En el nuevo Código de Moral Médica del Colegio de Médicos de Costa Rica, que próximamente va a ser publicado, se señala como falta grave del médico que actúa o es

profesor de más de dos universidades y que haya incompatibilidad con el ejercicio profesional diario, en cuanto a su labor de turno. Por lo tanto, nosotros podemos suspender al médico, como Colegio de Médicos, que es profesor de tres universidades de garage y está teniendo un horario de 24 horas y esto es imposible. Por lo tanto, es prerrogativa del Colegio, a través del Colegio de Moral y Etica, que puede ser suspendido ese médico si no actúa conforme a lo que dice la sana crítica.

En cuanto a la recertificación, uno de los proyectos que hice antes de ser elegido Presidente, era que nadie pagara nada, pero no se pudo. Entonces, lo sustituimos y en lugar de hacer un pago anual, se estableció que fuera por cada período de 3 años, que son 20 puntos por año por 60. Entonces, ahora tienen que pagar sólo una vez cada tres años. Pero, ¿qué hicimos? Las universidades de garage pagan páginas de 1 millón de colones todos los domingos, anunciando la gran universidad que es, etc., los cursos de posgrado que dan ... Nosotros creemos que las universidades que no tienen sistemas de posgrado, no deben participar en la enseñanza. Eso le toca al Colegio de Médicos o a cualquier universidad que sí tiene estudios de posgrado. Entonces, nosotros, de 1.500 dólares que tenían que pagar por participar en el sistema de recertificación del Colegio, lo subimos a 5.000 dólares. Ahora, hay como 10 ó 15 que están pagando 5.000 dólares. Entonces, subimos 50.000 dólares. Pudimos bajar

eso. Lo que queremos también es que, en el futuro, sea gratis, y como dijo el doctor Peñaloza, que sea con un acceso total y una disponibilidad de todos los médicos ... En Costa Rica, el último congreso se hizo por televideoconferencia. Todos los médicos de Costa Rica que quisieron hacerlo, no tuvieron que ir a San José. Fueron a su hospital, al cuarto de teleconferencia y participaron ahí y el Colegio de Médicos les dio el café, las galletas, la comida, diciéndole a las casas farmacéuticas que colaboraran. Entonces, le dimos un cheque a todos los Colegios y ellos fueron y les dimos puntos y el título del congreso médico. Eso es lo que tienen que hacer los colegios, facilitar eso como una labor que es consustancial con sus objetivos.

Luego, en Costa Rica también se quiere hacer por ley un sistema nacional para acreditar Facultades de Medicina, pero eso está aún en el papel, porque, como les dije, hay muchos intereses políticos que quieren que no se acredite, pero el Colegio Médico está dispuesto a ir ... Hay tres comisiones, no como presentó la doctora Elda: una, para certificar; otra, para recertificar; y, la tercera, para educación médica continua. Sepan ustedes que el examen de certificación en los Estados Unidos, el famoso ..., se va a quitar. Va a ser sólo uno. Hay un paso uno, un paso dos ... El paso uno, es Ciencias Básicas; paso dos, Ciencias Clínicas; y, paso tres, Práctica. Yo fui al National Board y allí no puede entrar uno ... Un negro de dos metros de altura, con una pistola así, lo revisa

todo, y en todos lados que uno va, alguien tiene que ir acompañado, porque ese examen es protegido. Ese examen tiene reglas, normas ... Nosotros trajimos las normas, las traducimos, las adaptamos a Costa Rica ... Por ejemplo, nadie puede llevar teléfonos al examen, ni calculadoras, ni relojes, ni nada que pueda ..., no puede estar más de un minuto viendo una pregunta ... Hay una serie de normas que son muy importantes. El problema es que para que el Colegio de Médicos haga el examen de incorporación, es muy difícil para certificar los nuevos estudiantes de medicina. Al tener que hacer este examen de incorporación, automáticamente, las universidades de garage van a tener una promoción bajísima. Entonces, todo el mundo va a saber que en tal universidad, el 10% pasó el examen y se quedó el 90%. Entonces, esto va a ser una selección de los resultados de esos médicos. Por eso, el Colegio está planeando volver al examen de incorporación y va a ser un examen que cada vez que hacemos preguntas, se destruyen, y sólo dos personas saben sobre el examen, que es la doctora Gilda Sancho y yo, y nadie más conoce las preguntas o tiene acceso a ellas, para que el sistema se mantenga totalmente confidencial y no puedan ser copiadas. Ya un examen de residentes se lo han robado dos veces, y actualmente en el Seguro lo tienen en la caja fuerte para que esto no vuelva a pasar".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente FMV: "Muchas gracias al doctor Eduardo Flores. Hemos concluido el rol de intervenciones sobre este punto de la agenda sobre

acreditación de Facultades de Medicina y de recertificación profesional. Hemos empezado por este tema, pero, inmediatamente vamos a ver las otras preocupaciones médicas. Enseguida viene la de trabajo, la de definición de los ingresos ... Ninguna preocupación de los médicos es ajena a las organizaciones que los representamos y a nuestra Confederación, todas, y este tema de la recertificación profesional es un aspecto trascendente que está en el profesionalismo médico. Es un mandato ético la educación médica continua y la actualización profesional. Si queremos ser fieles y leales a los mandatos éticos del primero no dañar, tenemos que estar actualizados. Un profesor argentino lo dijo de manera dramática: "Cuando la vida de las personas depende de nuestros conocimientos, la ignorancia es criminal", y en medio de una revolución científico-técnica en la que se multiplican, día a día, minuto a minuto, los conocimientos, la actualización de los profesionales es un aspecto esencial de la preocupación de los médicos, de las organizaciones, y por eso éste es un proceso que se desarrolla a nivel general, y lo que necesitamos es justamente posesionarnos para entender este proceso como médicos, y por eso es que buscamos organizarlo autorregulándonos. Miren, la experiencia del Perú es la siguiente. Existe una Comisión Nacional de Recertificación. ¿Quiénes la integran? El Delegado de la Academia Nacional de Medicina, el Delegado de la Academia Nacional de Cirugía, el Delegado de la Asociación de Facultades de Medicina, el Delegado del Ministerio de

Salud, el Delegado de la Seguridad Social, el Delegado de la Sanidad y las Fuerzas Armadas, el Delegado de la Sanidad y la Fuerza Policial, el Delegado de las principales Sociedades Científicas Médicas generales, es decir, Pediatría, Medicina, Ginecología y Obstetricia y Cirugía; el Director del Comité Ejecutivo del Colegio Médico en Educación Médica Continua; pero esta Comisión es una comisión del Colegio de Médicos, ¿y quién la preside? El Decano del Colegio Médico. Todas las instituciones van. ¿Por qué? Porque las Sociedades no son ajenas al Colegio. Las Sociedades Científicas existen en tanto estén inscritas en el Colegio Médico. El Colegio Médico tiene un libro donde se registran las Sociedades Científicas, y todas las Sociedades se pelean por estar inscritas en el Colegio Médico, porque, en la práctica, la que no está inscrita, no tiene existencia. Además, la Sociedad Peruana de Facultades de Medicina tiene una estrecha relación con nosotros. Es más, su local está en la sede del Colegio Médico y, por lo tanto, mantenemos una relación muy importante. Entonces, este tema es claro. Por supuesto, queremos que esto no le cueste a los médicos. Debe ser obligación de los empleadores, financiar la capacitación continua de sus integrantes, porque, además, hablan permanentemente de calidad, de calidad, de calidad, y la calidad en los servicios, en las instituciones de servicios como es el Servicio de Salud, se da en función de la calidad de sus recursos humanos, y un componente esencial de la calidad de los recursos humanos es su capacitación permanente. Entonces,

así como existen en los presupuestos ... Primero, en los planes operativos de cada institución tienen que ver cuál es el plan de capacitación cada año, y no solamente para el médico, sino para todos los integrantes de la institución, y deben estar financiados por las instituciones empleadoras, sean públicas o privadas. Esto nos parece fundamental (el ejemplo de ASMEDAS es muy importante) y es una exigencia incorporar esas demandas dentro del pliego de peticiones, dentro del pliego de reclamos, para que ahí quede constancia de responsabilidad del empleador para financiar la capacitación.

PROPUESTAS. De las intervenciones queda claro: 1º) La necesidad de remarcar que somos las organizaciones médicas las que debemos exigir y demandar un rol protagónico, y como parte de nuestra responsabilidad, autorregular la profesión. 2º) Tratar de organizar estos procesos de manera voluntaria, aunque existen tanto los imperativos éticos que lo hacen obligatorio, sin necesidad de decirlo, o los temas de la competencia profesional que igualmente exigen cada día esta actualización profesional, que tenemos que luchar por su gratuidad para que no le cueste a los colegas. Es muy importante que recogiendo las experiencias diversas que se dan en los países, podamos formular unos lineamientos para orientar a todas las organizaciones en cualquier lugar donde se encuentren, para que con base a sus realidades puedan poner en práctica estos procesos.

Entonces, del debate extraemos estas **PROPUESTAS** que han sido formuladas.

Pasamos al siguiente punto de la agenda. El doctor Enrique Visiyag va a tratar el tema "**El Trabajo Médico**". Se entregó a ustedes una ponencia, por escrito, del doctor Visiyag. Vamos a darle la palabra para que haga una síntesis de la exposición y luego abrimos el rol de oradores".

Dr. ENRIQUE VISIYAG, Argentina: "Antes de comenzar con la exposición del tema "El Trabajo Médico", quisiera brevemente decir que todos estos asuntos que estamos tocando acá, es decir, lo que se acaba de hablar sobre acreditación, certificación, recertificación, y el que va a seguir ahora sobre la responsabilidad profesional y otros, están íntimamente ligados y conforman en su conjunto todas las preocupaciones del médico, y es muy difícil desarrollar un tema sin concatenarlo con los demás y relacionarnos íntimamente. De ahí que la certificación, recertificación ..., si bien nadie puede negar la importancia que tiene esto, creo que también es interesante conocer las condiciones en que se encuentran los médicos, y paradójicamente, la posibilidad que tienen los médicos hoy día en muchos países para ejercer la profesión. Digo esto, porque los Gobiernos que tienen la responsabilidad indelegable de garantizar la salud de la población, están poniendo algunos modelos de salud a los

cuales mucha gente no tiene acceso, o tienen un acceso muy limitado. Entonces, nosotros debemos exigir la recertificación y certificación, porque es la manera que los médicos, que son los que van a brindar la salud, estén capacitados. Ese tiene que ser el único objetivo, no ser limitativos ni mucho menos para el ejercicio de la profesión. Estamos capacitando médicos que después, lamentablemente, no van a poder ejercer, porque hay gente que no accede a esa salud. Por lo tanto, éste es un tema central también a tener en cuenta, que es el acceso de la población a una salud integral, porque sino los médicos van a ser acreditados para quedarse en su casa, cosa que tampoco es nuestro objetivo.

Bueno, yendo al tema específico, creo que en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, por lo menos, en muchos de ellos, la relación o el tipo del trabajo del médico se ha ido deteriorando progresivamente, yo diría que con diferencias, pero, fundamentalmente, a partir de la década del 80. Esta situación ha sido considerada por CONFEMEL, en la mayoría de las asambleas donde ha habido documentos. Pero, igualmente, nosotros creemos que es importante volver a establecer algunos puntos fundamentales en cuanto a este tema. Los cambios que se han producido en el modelo de salud, no han tenido como objetivo fundamental optimizar ni la asignación de recursos, ni la calidad de las prestaciones de salud. Los modelos actuales no tienden a eso. La reforma de salud, en los países latinoamericanos,

se produce, no aisladamente, sino en un contexto general donde ha habido una modificación de los modelos económicos, de los modelos políticos y de los modelos laborales. La transición a economías abiertas mucho más competitivas, dominadas por la lógica del mercado, han llevado a la mercantilización de la medicina o de la atención médica, mercantilización en la cual todo tiene su precio, y éste es uno de los elementos fundamentales que ha hecho cambiar totalmente la accesibilidad de la gente, como decía el doctor Contreras, en muchos países ... Tampoco fue tomado en cuenta algo tan importante en este ajuste económico, como es el recurso humano en salud, recurso humano absolutamente intensivo, el cual ha sufrido especialmente los avatares que ha llevado este nuevo sistema. En los mecanismos de ajuste, podemos mencionar la racionalización y la disminución del número de agentes de salud. Especialmente, esto se observa, por lo menos, en mi país, y creo que muchos de ellos en el sector público, que es un fruto de políticas también descentralizadoras y de tergiversación de servicios, sobre todo en lo que se refiere a los públicos. Cada servicio tergiversado trae como consecuencia, no solamente en el ámbito de salud, sino en muchos ámbitos, una marcada desocupación por una disminución de los agentes que trabajan. Me surge como primera conclusión de esto, que desconocer al recurso humano es desconocer su rol clave en el éxito de cualquiera de las reformas que se intentan implementar. Si el recurso humano no está compenetrado en este tipo de reforma, yo diría que es

imposible llevarlo a la práctica, aunque sea la mejor de las reformas. La omisión de las condiciones de trabajo del médico, que no fue involuntaria, sino que es una manera inexplicable en un sector el recurso humano, es un recurso intensivo ... y de aspectos éticos dominantes con el compromiso con la enfermedad y la salud de la población. Por lo tanto, este tipo de medidas conduce exclusivamente a lo que hemos mencionado en reiteradas oportunidades: al deterioro de la atención de la salud de la población. Todo esto ha llevado hacia un nuevo modelo laboral en lo que se refiere al médico. Este nuevo modelo laboral ha producido un resentimiento indudable en las condiciones de trabajo del médico, con consecuencias negativas, como decíamos anteriormente, en la calidad de las prestaciones y, por ende, de la salud de la población. Intentar incrementar la eficiencia y calidad imprescindibles en cualquier sistema de salud, no puede ser considerado como una ecuación que resulta en una simple reducción de costos, que es lo que muchos de estos modelos tienen, que supeditan la calidad de la salud a los costos, cosa que nadie puede negar que los costos son importantes, pero tal vez tenga mayor valor la salud y la calidad de las prestaciones. Cualquier cambio en las modificaciones en el modelo de atención de la salud, debe prioritariamente implementar regímenes laborales que no afecten a los trabajadores. Lamentablemente, en los países latinoamericanos no hay otros principios de condiciones laborales implementando en otros países nuevas legislaciones que han orientado fundamentalmente

hacia la flexibilización laboral ... La flexibilización laboral significa la pérdida de conquistas gremiales sustentadas en la estabilidad del empleo. Si bien es importante la estabilidad laboral en el sector de la salud, significa además de la pérdida del trabajo, el fin muchas veces de la relación médico-paciente tan importante, porque el médico deja, obviamente, de trabajar en algún sitio y se rompe esa relación, que el paciente la sufre muchas veces en forma muy intensa. Aquí podemos nombrar lo que se ha hablado muchas veces sobre los médicos extranjeros, pero no lo voy a retirar. Todo esto se ve reflejado en la disminución de ingresos de los médicos, como consecuencia de la disminución en los montos de los presupuestos, propiciando tanto el pluriempleo como el desempleo. Se dan una serie de factores concomitantes y diferentes. Avalando un poco las palabras del doctor Contreras ...". (*Fin cassette nro. 8, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 9, lado "A"*).

Dr. ENRIQUE VISIYAG, Argentina: "... Avalando un poco las palabras del doctor Contreras, con respecto a la certificación y recertificación, creo que hay muchos médicos que trabajan tantas horas que realmente habría que tener una contemplación especial o una atención que tiene que surgir de nuestras instituciones y con la suficiente capacidad creativa para que aquellos médicos que trabajan 15, 20 ó 18 horas, tengan todavía tiempo

para tratar de capacitarse. Creo que éste es otro deber que tienen las instituciones, de facilitar todo lo que sea el acceso a la capacitación.

Una síntesis de las nuevas modalidades y sus consecuencias, primero, es el cambio de trabajo por tiempo determinado ..., lo que nosotros podemos decir como estabilidad laboral por plazos limitados y precarios, es decir, lo que llamamos la flexibilización laboral (esto es una primera consecuencia); segundo, las nuevas estrategias de remuneración basadas en la flexibilidad en las políticas remunerativas, cuyo objetivo vuelve a ser la reducción del costo, a la vez que exigir un incremento de la productividad ... Es interesante señalar que no significa un aumento de la calidad de las prestaciones, siendo esto lo esencial para obtener un buen sistema de salud. Además, está intencionalmente aceptada la imposibilidad de utilizar una metodología que permita medir con certeza la productividad de la atención médica. Es un tema muy difícil. Hablando también de la tecnología, es otro de los temas que es importante señalar, que decía recién el Presidente, que es muchas veces criminal no poder emplear la tecnología, aunque los médicos no estén ... a esto. Creo que aún es más criminal la actitud del Estado, de excluir la llegada de esa tecnología a una parte cada vez mayor de la población, por cuestiones exclusivamente económicas. La nueva característica del tipo de empleo, o sea, la precarización, el trabajo en negro, retraso del pago y

contratos por plazo muy limitado ... Acá se ha hablado mucho de la sindicalización y creo que también dentro del marco de la flexibilización laboral, en los ámbitos de la actividad pública, privada y de la seguridad social, se intenta conculcar el derecho de ejercer la actividad gremial en plenitud. Inclusive, a raíz de las nuevas legislaciones en algunos países, los sectores gremiales se ven limitados a ejercer sus derechos de huelga por la regulación de la misma. Finalmente, se pretende obtener consenso (esto pasa, por lo menos, en Argentina) con representantes gremiales en las negociaciones, con la finalidad de legitimar condiciones laborales perjudiciales. Desgraciadamente, hay algunos dirigentes que se avienen a cierto tipo de actitudes del Gobierno y de esta manera ellos quieren legitimar lo que han hecho primero por su propia voluntad. El recurso humano de salud, otro de los puntos, no puede ser considerado como una variable de ajuste. Este es otro tema que CONFEMEL debe tomar con mucha importancia, teniendo en cuenta sus características especiales y distintivas. El régimen laboral de los trabajadores de la salud, no puede verse afectado por la flexibilización laboral. Se debe pugnar por impedir la desreglamentación que conduce a la precarización del trabajo médico, contratos a plazo determinado, pérdida de la protección social e individualización de las relaciones laborales, disminución de ingresos, pluriempleo, subempleo o desempleo. Por otro lado, se deben fijar pautas claras en cuanto a las condiciones de trabajo médico: horarios,

ambientes de trabajo, posibilidad de capacitación, remuneración, seguridad, etc.; propiciar la participación de las entidades representativas de los médicos, en la defensa de los derechos y en todo aquello que se relacione con el funcionamiento también de los servicios de salud, tema que involucra y afecta al conjunto de la población. Ha sido postura y creo que se debe sostener y que ha sostenido muchas veces, por lo menos, en nuestras manifestaciones, CONFEMEL, hoy día o en esta época, al cumplir cinco años de existencia, debe ser como lo fue en su creación, exigir las necesidades sanitarias y las graves carencias de atención de salud de nuestros países; también, que estas grandes diferencias sean abordadas por los Gobiernos, y entre las necesidades sanitarias formando parte de un sistema integral, no se debe descuidar al recurso humano, sus condiciones laborales y de seguridad y su justa remuneración.

Por todo esto, CONFEMEL, como institución creada para reflexionar sobre temas sanitarios y de trabajo médico y que brinda el apoyo incondicional a cada uno de sus miembros, debe recomendar a los países que la componen y a sus representantes, continuar con el trabajo realizado hasta ahora, con manifestaciones concretas, vuelvo a reiterar, de repudio a la flexibilización laboral, a la visión economicista de la salud, a la contratación indiscriminada de médicos extranjeros y a los intentos por conculcar los derechos médicos fundamentales. En cambio, sugiere apoyar y promover las contrataciones

colectivas de trabajo, la formación de conciencia gremial y el estudio integral de las formas de retiro médico y seguridad social.

Desde nuestro lugar, creemos que es un deber para todos los profesionales médicos que tenemos como misión principal el cuidar la vida y la salud de las personas, continuar bregando por el digno ejercicio de la profesión”.

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: “Muchas gracias, doctor Visiyag. Tenemos la ponencia del doctor Visiyag entregada a cada uno de los miembros de la asamblea. Vamos a abrir un rol de oradores. Creo que ha puesto mucho énfasis en el tema de los cambios en el modelo económico; de cómo la globalización ha traído entre sus manifestaciones más perniciosas, el tema de la flexibilización laboral, que es lo que ha afectado severamente las condiciones de trabajo del médico y, en general, de los trabajadores, trayendo la situación de la pérdida de la estabilidad laboral, la pérdida de la capacidad adquisitiva, las rebajas de las remuneraciones, la pérdida de la protección social, en fin, todo esto afectando directamente al médico como profesional, como servidor, como trabajador, pero sin olvidar que afecta seriamente al servicio de salud y, en particular, a nuestros pacientes, a la calidad de las prestaciones ...

Abrimos el rol de oradores con trece colegas que han solicitado hacer uso de la palabra. Vamos a ser estrictos en el tiempo. Las intervenciones serán de 5 minutos máximos. Agradecemos a los colegas, precisión. Los

nombres son los siguientes: doctores Salinas (Bolivia), Rafael Cabrera (Nicaragua), Minjares (México), Olga Machado (Venezuela), Rafael Méndez (Venezuela), Abdelkrim Salomón (Venezuela), Rafael Belmonte (Venezuela), Peñaloza (Perú), León Natera (Venezuela), Varela (Colombia), Gallo (Venezuela), Argollo (Brasil) y Eduardo Flores (Costa Rica)".

Dr. ALBERTO SALINAS, Bolivia: "Creo que tenemos que ser bastante sintéticos. Voy a empezar señalando lo siguiente, dentro de lo que es el contexto general de la política en Bolivia, un país centralizado que está yendo hacia lo que es la descentralización en salud. Lamentablemente, estamos viendo que este proceso está llegando a lo que es la municipalización, una municipalización que consideramos nosotros no es nada positivo, porque los municipios, en nuestro país, no tendrían la capacidad necesaria para poder absorber puntualizando lo que son los salarios de los médicos en Bolivia. Si señalamos que un médico boliviano gana 300 dólares, aproximadamente, con la municipalización, existen datos de que algunos médicos estarían trabajando, inclusive, por 60-70 dólares americanos. Es por eso que se acrecenta la desocupación. Tenemos médicos que están trabajando como taxistas, o se están convirtiendo en comerciantes y que, en definitiva, llegar a la flexibilización laboral, hará que desaparezcan los sindicatos y las federaciones de los médicos, donde

consideramos que esas son las instancias que aún todavía los médicos tendrían dónde acudir para poder reclamar.

Finalmente, la descentralización, y llegar a la municipalización en Bolivia, no nos daría un resultado muy positivo".

Dr. RAFAEL CABRERA, Nicaragua: "Felicitó al doctor Visiyag. Prácticamente, creo que tiene el don de la clarividencia, porque leyó las mentes nuestras en su exposición, ya que compartimos todo lo que él ha dicho. Sólo quiero enfatizar, como es un tema de trabajo, lo mismo que dije ayer. Es una conspiración para terminar con la pobreza, eliminando a los pobres. Lógicamente, nosotros, los médicos, somos un instrumento en ese sentido. Combinando con el tema anterior, recuerdo que hice mi especialización en el Seguro Social Mexicano, donde atendíamos desde un piojo hasta una pulga y todo por intermedio de los recursos que necesitábamos. En Nicaragua, nos sorprendieron en el cambio de la noche oscura de la década de los 80 a la de los 90, privatizándonos el sistema de seguridad social, las previsionales, donde la contratación es a los que menos calidad tengan, porque el mejor médico es el que menos receta, el que menos gasta en análisis y en medicamentos, además de que los medicamentos son limitados y la patología es limitada. Según me ha dicho el dueño de una clínica de las previsionales, la contratación de médicos cubanos se debe, específicamente, a que son sumisos, no

protestan, aceptan lo que les dan y siguen todos los lineamientos, desplazando a los médicos nicaragüenses, incluso, con salarios bajos. No les interesa la educación médica continua, porque no les dan permiso para ninguna actividad médica, ningún simposio, nada ..., porque lo que les interesa es sacar trabajo, o sea, el capitalismo salvaje metido en estas políticas neoliberales. De manera que la situación llega a ser crítica. Creo que no se está tomando en cuenta tampoco la formación del médico. Aquí hemos dicho que un médico tiene casi el doble de créditos que cualquier profesión. Sin embargo, cualquier otra profesión gana 3, 4 ó 5 veces más que lo que gana un médico, y un especialista supera en créditos cualquier ... de cualquier otra profesión y, sin embargo, el ... les rinde en el sombrero y ganan lo que quieran, por no decir otra cosa. Creo que esto es general. Por lo tanto, quiero ver que en este punto del trabajo médico, se diga esta situación de agresión contra los países pobres y a los pobres de los países pobres, que ya no tienen posibilidad de sobrevivir, aunque le pongamos un Premio Nobel de Medicina atendiéndolos".

Dr. JOSE LUIS MINJARES, México: "En este sentido, las preocupaciones expresadas por el doctor Visiyag, en el caso de México han dado la pauta para que tengamos varias declaraciones nacionales, algunas de las cuales tienen esa imagen con las de la Asociación Médica Mundial, pero que buscan de alguna manera representar los intereses de los médicos mexicanos. Creo que escuchando la

problemática que se ha expuesto aquí en términos globales, es la misma. Pensaría que esto, como documento ya establecido, lo haría llegar a todos ustedes para que establecieran pautas de reflexión. Le acabo de entregar al doctor Douglas León Natera, una última declaración que hicimos en Cancún, en nuestra reunión nacional, y que es sobre la medicina administrada en México. Tenemos allí puntualizaciones que podrían ser aprovechadas por ustedes, pero, más allá de esto, creo que también tendríamos que hacer algunas propuestas concretas en términos de acción. La realidad, nos está rebasando, o ya nos ha rebasado, concretamente, y hay que ser quizá más proactivos".

Dra. OLGA MACHADO, Venezuela: "Soy la Secretaria de Relaciones Laborales del Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana. La verdad es que el doctor Visiyag ha hecho una exposición en la cual nos vimos reflejados los médicos venezolanos. Quiero expresar que hemos visto en estos últimos años, un deterioro tal de las condiciones laborales de los médicos venezolanos, que hace un año estuve en Perú, en una reunión de CONFEMEL, y tuve la oportunidad de presentar un estudio de las condiciones laborales de los médicos venezolanos, tanto para el Seguro Social como para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación. Desde ese momento, o sea, hace año y medio, no hemos tenido nuevas contrataciones colectivas. Sin embargo, el deterioro del salario del

médico venezolano ha sido más de la mitad. Esto no sólo está dado porque los entes empleadores no están cumpliendo lo que está instituido en nuestros contratos colectivos, sino por un retraso en las cancelaciones de todos nuestros beneficios, llámese bono nocturno, por tres, cuatro y cinco meses, hasta volverse deudas impagables que tenemos en estados donde hay una deuda de 2 y 3 años que, prácticamente, el Instituto o el Ministerio, ya no las pueden cancelar ... Asimismo, la devaluación, dada la política que tenemos actualmente en nuestro país, nos ha llevado a la proletarización total del gremio médico en las instituciones públicas. Nosotros tenemos una diferencia importante entre las instituciones públicas y las instituciones privadas. Pero, prácticamente, el 80% de los médicos venezolanos, tienen un cargo en las instituciones públicas. Aun cuando tengan su parte privada en una clínica o en algún ambulatorio privado, la parte pública representa el gran porcentaje de nuestra parte laboral. En este sentido, me ha preocupado y me he sentido tan reflejada en la exposición del colega, porque en las actuales condiciones y en este mismo año o en el que ha transcurrido, la Federación Médica ha librado una lucha titánica contra estas instituciones empleadoras, ya que tenemos una cláusula en los tres contratos marco, que nos ha llevado más de un año luchar por esta cláusula que se llama Incremento Salarial. Esto ha hecho que las instituciones empleadores hayan presionado a los colegas para el no cumplimiento de lo que nosotros hemos planteado como los mecanismos de

defensa, que incluso llegamos a la huelga en la cual tenemos un año, con la casualidad, y les tengo que decir algo grato en este momento, que después de un año, ayer en la mañana tuve la reunión con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y logramos hacer un acta convenio para honrar esta cláusula con un acta con mejoras salariales, que no son las ideales, las que nosotros quisiéramos, pero viendo las condiciones socioeconómicas del país, viendo la política que estamos viviendo con este Gobierno, el lograr estas mejoras salariales y que por casualidad va a ser prácticamente firmado este acuerdo el mismo día que cumplimos un año de huelga, me parece casual, pero quizá satisfactorio poderles decir que a pesar de todos estos elementos desfavorables, la Federación Médica Venezolana ha logrado, con base a su lucha, que ha sido muy difícil, que hemos llevado, incluso, con amenazas de presidio hacia el Presidente, el Secretario General y mi persona ... Hubo un momento de hace un mes, que estuvimos amenazados de que íbamos a ser detenidos. En verdad, para mí, como mujer, madre de familia, que soy madre de un médico residente, sería algo nunca visto aquí en este país, en esta nueva era democrática, pero estuvimos amenazados, porque el paro médico lo llevamos con todas las riendas, con todos los riesgos, a sabiendas de que nos estaban presionando los médicos. ¿Y cómo nos han presionado? Lo que el colega acaba de plantear es la Biblia. Imagínense ustedes que la flexibilización es el mecanismo que han conseguido para violentar los mecanismos gremiales de la Federación

Médica. En este sentido, no están contratando bajo la contratación que nosotros tenemos firmada, sino que le hacen contratos por cada 3 ó 4 meses, a los médicos residentes, a los médicos especialistas, profesionales muy bien preparados, pero de esta manera los tienen presionados: "Si tú sigues los reglamentos de la Federación Médica, no te renovamos el contrato". Es por eso, colegas, que estamos reflejados todos en esta realidad social. Me siento en este momento muy contenta de que la Federación Médica Venezolana esté representada en este movimiento, porque va a ser esta institución la que en Latinoamérica podrá lograr en el futuro, unificar esos criterios y hacernos más fuertes para que nos respeten".

Dr. RAFAEL MENDEZ DIAZ, Venezuela: "Continuando en el mismo sentido que la doctora Olga Machado ha planteado acerca de la contratación colectiva en nuestro país, voy a estar totalmente de acuerdo con lo que ha expresado, porque soy de los que opina que en la unión está la fuerza. Un médico venezolano, el doctor Luis Razetti, decía: "Los médicos unidos, somos una fuerza social, y los médicos desunidos, sólo somos esclavos de los que nos quieren explotar". Resumo con estas palabras cuál debe ser la conducta de nosotros, los médicos, y creo que como decía la doctora Machado, a la CONFEMEL también le corresponde una actuación protagónica en esta problemática. Todo lo que ha expresado el doctor Visiyag, lo he visto como un reflejo muy sincero de la situación

que vive el médico hoy día ante el mercado laboral. En Venezuela, se agrava más la situación. La Ley de Seguridad Social de Venezuela, le da excesivo protagonismo al Presidente de la República. El Presidente de la República es el que puede nombrar el órgano rector de la seguridad social; es el único que puede nombrar el Superintendente de la Seguridad Social; es el único que puede nombrar los Presidentes de los Institutos Autónomos que crea la nueva Ley de Seguridad Social. Pero, dice también la nueva Ley de Seguridad Social, que el Estado podrá contratar con entidades privadas. Aquí se ve lo que decía el doctor Visiyag: se va a mercantilizar el acto médico. ¿Qué va a suceder, entonces, cuando sea el Gobierno el que puede contratar entidades privadas? Todas esas transnacionales van a contratar con el Gobierno. Los servicios quirúrgicos y los de atención médica, también podrán ser ejecutados por instituciones privadas. ¿Qué creen ustedes que va a pasar con lo que va a ser el honorario médico? ¿Cuánto va a ganar un médico? Bueno, ganará más el que pida menos exámenes, el que indique menos medicinas, el que establezca o aplique los protocolos de tratamiento y, por supuesto, creo que también va a ganar más aquel que esté menos formado ... Es decir, que aquí se va a deteriorar la calidad del acto médico. Entonces, el tema que estamos tocando, señores, es algo trascendental, importante. Este punto es un reto para el nuevo Presidente y autoridades de la CONFEMEL. Les toca un rol estelar, porque lo que se va a observar es el deterioro progresivo de la atención médica y eso va

en contra de un deber fundamental nuestro, que tenemos que preocuparnos por la calidad de la atención médica que recibe el paciente. Quería dejar esto establecido y hacer un llamado a la CONFEMEL para que tome también este rol de lucha, el cual es importante".

Dr. ABDELKRIM SALOMON, Venezuela: "Soy ex Presidente de la Federación Médica Venezolana. Qué bueno es oír algunos criterios fundamentales sobre recertificación; qué bueno es oír algunos criterios importantísimos de lo que representa la flexibilización laboral muy bien planteada por el doctor Enrique Visiyag; qué bueno haber oído a Pedro Contreras hablar desde el punto de vista sindical y gremial y preguntar de qué iban a vivir los médicos colombianos, futuro que nos espera a todos los países latinoamericanos ... Y me preguntaba yo: "Sin querer volver hacia atrás, la recertificación de las instituciones dispensadoras de salud y de las universidades, ¿quién las hace?", porque el acto médico decente tiene una íntima relación con el trabajo del médico. Si un médico no dispone de todos aquellos incrementos de orden presupuestario y de orden del incremento también de la tecnología adecuada, me pregunto yo ..., y estoy de acuerdo con la recertificación, estoy muy de acuerdo con eso, pero cuando la recertificación está en manos verdaderamente desinteresadas. ¿La salud de la población y su calidad, sólo dependen de la recertificación de los profesionales de la medicina? Yo quiero dejar estas dos reflexiones para ver si pueden tomar como argumentos para

futuras decisiones y estudios, porque hemos visto y oído en otras reuniones, que los jefes de servicio, que los jefes de departamento, dada la flexibilización que el doctor Enrique Visiyae hablaba, han vuelto a ser los médicos residentes de emergencia, sin que eso, definitivamente, disminuya la condición de un acto médico que no debe calificarse ni clasificarse, porque yo soy el jefe y tú eres el residente. Por supuesto, existen grandes diferencias que por razones de tiempo no vamos a exponer, pero que todos las conocemos. Esa flexibilización laboral que es un término extremadamente bondadoso, me atrevo a calificarlo que en este país, actualmente, en Venezuela, existe mordaza no solamente para los periodistas, sino que están atemorizando a los médicos que hoy aquí, en Venezuela, se le ha disminuido a los médicos del Seguro Social, el 50% de sus ingresos económicos, con la amenaza de que no hay contratación colectiva, porque ya nosotros debemos tener la orientación de que CONFEMEL y su directiva deben reunirse con la Organización Internacional del Trabajo, a los fines de tener un criterio ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 9*).

(*Continúa cassette nro. 9, lado "B"*).

Dr. ABDELKRIM SALOMON, Venezuela: "... No es posible que tengamos un año de conflicto médico y se logra una contratación colectiva que no llena las aspiraciones de los médicos, pero hay que hacerlo, y pienso que debe

tomarse, precisamente, porque éste es un Gobierno dirigido por un sátrapa, éste es un Gobierno dictatorial militarista, y no es que esté haciendo un discurso de tipo político, pero, realmente, la salud tiene vinculaciones de orden político. Señores, tenemos que estar unidos. Es un llamado fundamental a la CONFEMEL, que sé que está integrada por profesionales de la medicina con unas características que nos unen a todos, pero que no sea solamente el conciliábulo para tomar decisiones fundamentales en donde todos y cada uno de los países, deben llevar criterios consultados por las asambleas nacionales de médicos de cada uno de los países que integramos a CONFEMEL. Señores, aquí no hay estabilidad laboral, aquí no hay leyes, aquí no hay estado de derecho en este momento ... Aquí estamos, señores míos, y ustedes han vivido circunstancias de ese tipo ... Veníamos de una democracia con muchas fallas, es verdad, una democracia que pudo haber sido perfectible, pero, los errores de lo que aquí ahora se llama "la cuarta república", dejó secuelas muy graves que han permitido que un teniente coronel, que es periodista, que es prófugo de Bárbula y que agradezco la orientación, porque es un enfermo mental, es un paciente psiquiátrico ..., y éstas son las cosas que yo quería intervenir brevemente, para que la gente, para que los profesionales que hoy están acá, se lleven ese criterio a su país ... Mi nombre es Abdelkrim Salomón, de origen árabe, pero, yo no soy guerrillero. Soy un hombre que siempre creció y ha venido envejeciendo en la democracia, y a este señor tenemos que

sustituirlo de esa Presidencia, y yo no sería tan respetuoso de que tienen que ser los métodos eminentemente democráticos sin ser dictador ..., pero, es que con las marchas, con la bailoterapia y con estas cosas, no es posible seguir manteniendo un hombre en el poder, que va en contra de la salud de los venezolanos, que va en contra de la estabilidad laboral, que determina la flexibilidad como el amigo Enrique Visiyae determinó, y que no tenemos contratación colectiva, que se ha sustituido la contratación colectiva que discutíamos cada dos años, aunque persiste todavía, por supuesto, por contrataciones de tres meses para tener embozados a los médicos, en los cuales el terrorismo institucional se ha presentado. Me disculpan, pero, mis características psiquiátricas, pequeño, gordo, pícnico, manos cortas, tendencia a la calvicie, me permiten estas cuestiones de orden emocional. Gracias, amigos".

Dr. RAFAEL BELMONE, Venezuela: "Formo parte de la Comisión de Salud de la Federación Médica. Es un privilegio estar aquí compartiendo con un grupo de colegas que vienen de otros países, que tienen casi las mismas características sociales, políticas y económicas que tenemos nosotros, a excepción de Estados Unidos y Canadá, pero, creo que el marco es igual desde México hasta la Patagonia. También, es un privilegio para muchos de los que estamos aquí, estar en contacto permanente con dos tipos de jóvenes: un grupo que está por ser médicos, y otro grupo que son médicos y están luchando para ser

especialistas y están en contacto permanente con los grandes hospitales de aquí, y conocemos las angustias de ellos. En tal sentido, creo que la responsabilidad del médico está resumida en cuatro grandes cosas: la primera es que, como médico, tiene la gran responsabilidad de ver su paciente y atenderlo técnica, científica y humanamente. Ese es el primer punto del médico. Para eso somos médicos todos, independientemente de lo demás. Pero, otra responsabilidad del médico es mantenerse actualizado, su actualización permanente, continua, de los conocimientos, es decir, la actualización de lo que hemos hablado, porque no se concibe que un médico no está al día con los conocimientos, porque hay relación entre la atención del paciente y los conocimientos, porque sino entramos en el empirismo. La tercera cosa es que no se concibe un médico que no transmita conocimientos. Nunca he podido pensar que un cirujano esté en un pabellón y al lado esté otro médico joven, y él sea un médico mudo que no le diga a ese médico cómo debe aprender, aunque no sea profesor, pero siempre eso ha sido una tendencia histórica e hipocrática, de enseñar no solamente al médico, sino a las personas que trabajan con los médicos y también a la comunidad, que es la parte preventiva. El médico está en una constante y permanente enseñanza hacia los demás. La otra parte es que el médico también debe ser responsable ante su gremio, porque hay algunos médicos que se olvidan que existe un gremio y que ese gremio tiene que luchar y trabajar para mejorar las condiciones del médico y las condiciones donde él

trabaja, y eso es lo que hacemos y vemos aquí permanentemente. Creo que el patrón es igualito al de los hospitales. Uno de los colegas presentes presentaba las características de un hospital, parecido a los hospitales de aquí, donde en el hospital, además de los pacientes, los familiares de los pacientes venden de todo, comida ... y, lo que es más, inclusive, hasta delincuencia e inseguridad en los hospitales, en los centros de atención. Con respecto a esto, abro un paréntesis, porque yo trabajo en uno de los grandes hospitales de Caracas, que tiene 1.200 camas, y hace dos semanas, dentro del mismo hospital, en el estacionamiento, a las 3:30 de la mañana, secuestraron al director de la Escuela de Medicina, quien aparcó su vehículo y llegaron unos delincuentes y se lo llevaron con carro y todo. Eso es lo que vive también el médico aquí, en Venezuela, por la inseguridad que, además, ha sido manifiesta y denunciada. Creo que me imagino que esto debe ser igual en los demás países. La quinta responsabilidad del médico es que, además de lo anterior, es un ciudadano. Un médico no puede estar exento de lo que pasa en su país, de los problemas sociales, económicos y políticos, y por eso un médico no puede encerrarse en su consultorio, en su clínica, y esperar que sucedan hechos tan desagradables para su país, como es el problema de la pobreza, el problema del desempleo, el problema de la seguridad social, el problema de la calidad de vida de la gente ... En resumen, creo que eso es lo que hemos visto aquí, lo

que hemos tocado, esas cinco grandes cosas y es la propuesta que traigo acá”.

Dr. ISAIAS PEÑALOZA, Perú: “Felicito al doctor Enrique Visiyag por su presentación, porque como todos ustedes, estamos identificados en ese análisis. Sin embargo, puntualizando lo que el doctor Visiyag ha mencionado en esta falta de estabilidad laboral, en esta precarización del médico, inclusive, que ya existe no sólo el subempleo o desempleo, sino el deterioro cultural, económico y social del médico, como consecuencia, lógicamente, de esta política neoliberal en lo que es la economía de nuestros pueblos. Este trato fundamentalmente inhumano, en el Perú, son los médicos jóvenes los que han heredado y están siendo maltratados con estas condiciones inhumanas de trabajo sin relación laboral y sin los beneficios sociales que todo trabajador debe tener. Pero, quiero referirme al otro extremo de la vida acá, a los pensionistas, a los cesantes, a los jubilados. Actualmente, en el Perú, los pensionistas están siendo también avasallados con la congelación de sus pensiones, y muchos de ellos, con el deterioro de sus pensiones y el abandono que significa a este grupo etéreo de maestros ... Pero, no solamente los médicos pensionistas actuales, sino el futuro de los médicos jóvenes, que tal vez no lo ven porque todavía existe fuerza, existe todavía vitalidad para poder trabajar dieciséis o dieciocho horas al día, y no ven ... y trabajar y llevar el sustento para sus casas de hoy, pero no están viendo lo de mañana ... No

hay un futuro pensionario, en el Perú, para los médicos jóvenes actualmente. Quiere decir que los médicos jóvenes están siendo maltratados actualmente y no hay ningún futuro pensionario para estos médicos. Creo que esto nos debe llamar la atención y lo mismo debe suceder en vuestros países. Recuerdo que hace cinco años, cuando ya Perú tenía estos problemas, había algunos países que lo veían un poco lejos, y ahora, después de cinco años, prácticamente, casi todos los países de Latinoamérica estamos en ese camino y con las conclusiones o las consecuencias de una política económica nefasta, no solamente para el médico, sino para todo el pueblo latinoamericano. El otro aspecto que quisiera dejar claro es también referente a la tendencia a la atomización de las entidades gremiales. Primero, en el Perú trataron de desaparecer a las entidades gremiales: la Federación Médica, las Asociaciones, los Cuerpos Médicos ..., tratando de descabezar, y al no poder eso, lo que han hecho es crear otras Asociaciones paralelas, que felizmente, en el Perú no ha funcionado, pero ha habido ese mecanismo, y seguramente en vuestros países también debe existir esa tendencia. No sería nada raro encontrar otras Asociaciones auspiciadas por el Gobierno, "interlocutores" y, lógicamente, aislar a la organización democráticamente elegida, democráticamente aceptada, y legal y legítimamente, en la representatividad que existe en todas nuestras instituciones. Debo puntualizar el hecho mencionado por el doctor Salomón, de llevar esto a través de CONFEMEL y de todas nuestras Asociaciones, a la

denuncia ante la OIT. El Perú ha iniciado esta denuncia con los médicos jóvenes y con los pensionistas. Creo que si hacemos esfuerzo todos los países latinoamericanos, probablemente, la OIT nos va a escuchar y tendremos alguna respuesta positiva para nuestros médicos jóvenes y nuestros médicos pensionarios".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Venezuela: "Ya tuvimos dos intervenciones por Venezuela, de los doctores Olga Machado y Rafael Méndez Díaz, las cuales comparto plenamente, toda vez que además de ser compañeros del Comité Ejecutivo, hemos sido igualmente amenazados por el Gobierno, de detenernos, situación que aquí en el país decimos algo, que cuando el río suena, es porque piedras trae ... Este Gobierno se ha caracterizado por decir todo lo que va a hacer. Por eso, detuvieron a Fernández, Presidente de FEDECAMARAS, y eso estaba avisado. Es probable que no nos toque ahora, pero lo están haciendo por oleadas. Eso no nos atemoriza en lo absoluto y sé que Olga es una mujer de mucha valentía. Así lo ha demostrado. Esperamos que sólo nos toque a Rafael y a mí y no le corresponda a la doctora Olga Machado tener que afrontar esa situación. Los médicos, desafortunadamente, hemos visto en el tiempo, que el salario se os ha ido disminuyendo, sobre todo en Latinoamérica, como producto de varias situaciones. La peor de ellas es la inflación, donde en nuestros países, en oportunidades mejora un poco, pero al cabo de poco tiempo, la inflación se come el salario. Por eso, aquí, en Venezuela, los compañeros

de Abdelkrim, por ejemplo, de su época, que se quedaron en Venezuela, porque él hizo Pediatría en México, decían: "Cuando yo me gradué, ganaba 1.000 dólares, recién graduado, y a los pocos meses ya estaba cercano a los 2.000 dólares", en un país donde el dólar estaba a Bs. 4,30 al cambio. Ahora estamos a 1.600 Bs. por dólar. Por eso es que según las cifras que les mencioné ayer, el salario del Médico Interno, es de 314 dólares para un recién graduado, y uno con un poco más de experiencia, con 25 años de especialidad, está en 425 dólares, aproximadamente. Además, estamos viendo lo que mencionaba en su brillante intervención el doctor Enrique Visiyag, lo de la flexibilización, donde, incluso, hay contrataciones por un mes, o dos meses y 28 días para no llegar a rayar lo que dice la Ley del Trabajo, que aquel que tenga tres meses en un cargo vacante, ese cargo, por ley, le corresponde, y por Ley de Carrera Administrativa, a los seis meses le corresponde el cargo. Aquí tenemos una dualidad en cuanto a lo que es la Ley Orgánica del Trabajo y la Ley de Carrera Administrativa. Una cosa dice la Ley del Trabajo y otra la Ley de Carrera Administrativa, pero los cargos de los profesionales de la medicina se tramitan a través de la Ley de Carrera Administrativa, y la adjudicación de cargos por concurso se hace a través de la Ley de Carrera Administrativa ... ¿Qué ha sucedido con la provisión de cargos? La provisión de cargos que se hace por contrato a través de la revisión de las credenciales, ahora la hemos visto afectada durante estos últimos cuatro años, porque se

están dando a dedo. No ha habido concurso en los cuatro últimos años para los cargos de médicos de planta. Para los residentes e internos, de alguna forma se ha hecho, pero para los médicos de planta, no, y se ha popularizado por parte del Gobierno, esa adjudicación sin pasar por la vía del concurso. Eso, por supuesto, ha creado un gran problema de incumplimiento de la contratación colectiva por parte de estos dos grandes empleadores como son el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. En Venezuela, el médico, por ley, puede contratar hasta dos cargos. La Ley del Ejercicio de la Medicina, lo establece así. Pero, en vista de que el salario ha ido disminuyendo paulatinamente, algunos médicos han tenido la necesidad de contratar más de esto y trabajan hasta 20 horas diarias de trabajo efectivo, sin meter algunos pocos que teniendo la contratación, no la cumplen. Lo peor que sucede, como expuso el doctor Salomón, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales está disminuyendo los salarios a los médicos, en un 45-50%, porque no les están incluyendo el 15 y el último, tres rubros importantes que hacen el salario total de médico venezolano, como son las guardias nocturnas, la prima de responsabilidad profesional y el bono de alimentación. En estos últimos tres días se están haciendo asambleas en diferentes colegios y hospitales, y luego nos va a llegar la información y la Federación dará su apoyo completo. En las contrataciones, por supuestos, se establece la estabilidad laboral, y si no hay contratación, la

estabilidad laboral se ve afectada y también la jubilación, porque el tercer paso que da un médico, digamos, después de graduarse y comenzar a laborar, es jubilarse, y tenemos muchas amenazas de que el jubilado no entraría en la contratación colectiva, según las descripciones que tenemos previamente establecidas, sino que una vez jubilado pasa a una oficina diferente dependiendo de Hacienda ... Esa es una de las pretensiones de este Gobierno. Hemos logrado pararlos, pero siguen con las amenazas. Esperamos que digan las cosas sólo amenazando, porque cuando hacen los papeles de trabajo con la jurisprudencia que ellos quieren establecer en la legislación, la Federación Médica siempre les sale al paso y por eso es una piedra en el zapato para éste y para los Gobiernos anteriores. La globalización está aquí en Venezuela, a pesar de que sólo el discurso del Presidente es antiglobalización, pero tenemos impuesto al débito bancario, impuesto al valor agregado, 8% de impuesto a la salud ..., todo esto además de los impuestos naturales que debemos pagar anualmente todos los venezolanos ... Es decir, que sin estar teóricamente inmersos en un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, estos impuestos están siendo aplicados por el Presidente de Venezuela. Ese es un doble discurso que hemos detectado desde el principio y por eso lo compara el ex presidente Salomón cuando habla, con un hospital psiquiátrico donde Chávez, supuestamente, se escapó, pero, en Venezuela, se dice que se escapó de su pueblo donde el único loco era él ... Colegas, creo que la

presentación que ha hecho el doctor Visiyag, es bien completa y lo estamos copiando para hacerlo llegar al resto de los compañeros de CONFEMEL".

Dr. VARELA, Colombia: "Quisiera contarles muchas cosas de la situación de los médicos y su trabajo en Colombia, pero que sirviera un poco de marco en ver esta realidad. La reforma del Sistema de Seguridad Social y la Salud, en mi país, a partir de 1993, ha producido una verdadera tragedia en lo que tiene que ver con la vida de los médicos, no solamente por el hecho de su trabajo, sino las consecuencias para un derecho fundamental como es la salud de los colombianos. La esencia del modelo fue poner los recursos hartos o pocos del Estado para prestar los servicios de salud, al servicio de la explotación comercial de todo tipo de intermediarios de carácter privado. Así que el negocio fundamental es no prestar los servicios de salud, para que quede rentable, y no pagar lo que la prestación de los servicios paga. Tenemos, entonces, que en el desarrollo de estos diez años ha habido todo lo que se ha expresado aquí, como flexibilización de la relación entre el médico y el sistema. Una de las modalidades es haber perdido la relación estable y haber llegado a una modalidad de contratación por eventos, y se paga por lo que se hace individualmente, a ciertas tarifas que se han regulado por el mercado, o se paga una proporción capitada que es con un valor fijo, independiente de la cantidad de eventos que se presenten, a riesgo del prestador del

servicio o del profesional. Quedan en pie algunas instituciones del sistema, muy golpeadas. El Seguro Social de Colombia, todavía tiene médicos con contrato colectivo de trabajo, con prestaciones plenas, con reivindicaciones laborales ... Tienen un ingreso aproximado de 1.200 dólares. Pero, al lado de ellos, hay un contingente similar de médicos vinculados por contrato de prestación de servicios. Ellos ganan un 40% menos, no tienen prestaciones, ni protección ... En la Red Pública de Hospitales del Sistema Gubernamental, quedan muy pocos médicos con vinculación laboral y que pueden percibir unos 1.300 ó 1.400 dólares, con protección y prestaciones. Pero, al lado de ellos, hay médicos al servicio de cooperativas o de sociedades comerciales que "percerbizaron" el servicio y cuyo ingreso puede ser tan escaso como de 400 dólares, o en algunos monopolios non santos que pueden ganar 2.000 ó 3.000 dólares. Se ve de todo. El gran contingente médico y, por lo general, médicos generales jóvenes, que prestan sus servicios a las entidades aseguradoras privadas, llamadas EPS, por vía directa, ganan 400 dólares o menos. Hay algunos que tienen el monopolio de prestación de algunos servicios altamente rentables y que explotan el servicio de la tecnología, que pueden ganar 4.000 dólares. Como ustedes pueden ver, hay una dispersión en el tema de la remuneración, dependiendo como cada cual se ha acomodado en el sistema. Hemos percibido una tendencia que obedece a las condiciones económicas del país, un país con una recesión profunda, con un recorte al presupuesto

fundamentalmente por el crecimiento en los compromisos de la deuda externa, un alto desempleo que golpea la estructura financiera de todo el sistema ... Como hay un negocio que está montado, el ajuste es recortando servicio y recortando el ingreso de los profesionales. Esa tendencia está avanzando hacia precarizar más el trabajo. Cada vez, menos médicos tienen un ingreso respetable. Así las cosas, los elementos propios del ejercicio profesional del acto médico, como su autonomía, la ética, la responsabilidad civil y jurídica, la estabilidad del ingreso, el volumen de su ingreso, que dependen fundamentalmente de prestar un servicio de salud a sus enfermos, en el cual va inherente la calidad, el buen juicio, el recurso diagnóstico, tecnológico y terapéutico, con ética y con responsabilidad, ha creado una gran contradicción. El colapso financiero del sistema ...". (*Fin cassette nro. 9, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 10, lado "A"*).

Dr. VARELA, Colombia: "... El colapso financiero del sistema, la voracidad del interés comercial de los intermediarios, han puesto a ejercer a los médicos en el filo del Código Penal, y dependiendo de la vinculación, si es por eventos, hay una inducción perversa a producir eventos médicos ... Yo decía esta mañana a un colega, que en algunos sectores hospitalarios o de comunidades, todos los niños han sido circuncidados, todas las amígdalas han sido extirpadas, todos los pacientes han tenido

apendicitis, todas las mujeres hysterectomizadas ..., porque pagan por evento, pero, si la sociedad comercial o cooperativa que tercerizó los servicios, se remunera por capitación, hoy en día todos son problemas para que se accedan a los servicios; esto para decir que en nuestro país, el tema de la certificación o la recertificación, nada tiene que ver ni con la calidad, ni con la seguridad profesional, en razón a que el médico, entre mejor capacitado esté, resulta más costoso para el sistema. En nuestro caso, este fenómeno de las leyes del ejercicio médico impulsadas desde iniciativas parlamentarias, o este boom de la certificación, son elementos adicionales impulsados por el sector privado intermediario para poder descargar de alguna manera la responsabilidad para los fracasos, los eventos, las complicaciones, las demandas, en los hombros de los médicos ... En nuestro país, el verdadero asesino de los enfermos, no es el médico mal capacitado o que no esté certificado; es el sistema que le niega el derecho fundamental a la salud, lo pone en medio de la lucha comercial, en un país en donde hay un colapso financiero de la estructura del sistema. Quisiera plantear como hecho final, que todas las organizaciones médicas, todos los sectores de profesionales médicos, sufren esa situación de diferente forma, y por eso, hoy en día renacen una serie de principios y una serie de esperanzas en el tema organizativo y fundamentalmente sindical, dado que es la naturaleza de la regulación de la relación del trabajo con los empleadores o con los aseguradores, lo que permitiría garantizar por vía de la

magia de la fuerza, un mejor ingreso, una mejor estabilidad, unas mejores condiciones para la prestación del servicio, una garantía para el derecho fundamental de la salud, con dignidad, con autonomía, con desarrollo científico, con estímulo del avance de la ciencia y el conocimiento, y alrededor de eso se discuten los temas de unidad médica, en Colombia. Los Colegios Médicos, en Colombia, se quedaron hace 30 años atrás, porque no resolvieron más allá de los tribunales de ética, y hoy pretenden asumir responsabilidades sindicales. Las sociedades científicas se quedaron en la realización de sus congresos, en la actualización del conocimiento, y hoy las exigencias de los especialistas son de carácter sindical. En el caso de la academia, se quedó con la aureola científica de amparar el conocimiento. Le ha correspondido al Sindicato, jalonar todo este proceso, pero a la luz de una realidad política adversa. La unidad médica, en Colombia, se está construyendo alrededor de la lucha contra el modelo político, que garantice, primero, el derecho fundamental de la salud y, segundo, los derechos de los médicos a tener un ejercicio digno, estable, con una remuneración justa al valor de su trabajo, y de esa manera poder garantizar la ética, la responsabilidad, la ciencia, en beneficio de sus pacientes".

Dr. RUBEN DARIO GALLO, Venezuela: "Reforzando un poco lo que han dicho mis compañeros venezolanos, quiero decirles que lo expresado por el doctor Enrique Visiyag, donde

define términos muy claros en cuanto a lo que debe ser el nuevo modelo laboral, y donde, precisamente, utilizando términos que me parecen muy bien definidos, lo que debe ser el modelo laboral latinoamericano, incluso, nos ha costado a los venezolanos, persecuciones, porque hay que decirlo y es bueno que ustedes lo sepan y se lo lleven para sus países. ¿Por qué nosotros no realizamos la reunión de la CONFEMEL, el pasado mes de diciembre? Quiero agradecer enormemente por la solidaridad y el apoyo, en no cambiar la sede, como Secretario de Organización de la Federación Médica Venezolana, por la situación tan difícil que, incluso, aún está viviendo nuestro país ... Fue un paro de dos meses. Incluso, la Federación Médica Venezolana inició un paro hace más de 11 meses, precisamente, por establecer un modelo laboral, gremial ... Violaciones, incluso, por parte de la Ministra de Salud, del Gobierno, nos llevaron a todo esto, por la violación de nuestro contrato colectivo ..., así como persecuciones de nuestro Presidente, doctor Douglas León Natera, y del Secretario General, doctor Rafael Méndez Díaz, que, incluso, tienen procedimientos abiertos por la Fiscalía de la República, una Fiscalía entregada al Presidente de la República y no hay quien lo señale por crímenes cometidos en nuestro país, porque el crimen que se comete por la falta de dotación a nuestros hospitales, el Gobierno tiene que responder, y donde hemos introducido recursos de amparo ante el Tribunal Supremo de Justicia, recursos de amparo por el derecho a la salud, porque la dotación en nuestros hospitales está

desabastecida y donde no contamos con qué trabajar los médicos venezolanos; recurso de amparo contra el ejercicio ilegal de nuestra profesión, contra supuestos médicos cubanos, porque hay una cantidad de médicos que han venido acá a trabajar, a laborar, sin ser médicos ... También lo hicimos ante la Defensoría, Fiscalía y Tribunal Supremo. Recurso de amparo contra el IVA, el IVA, el débito, un impuesto que atenta contra los derechos del pueblo, porque el pueblo es que quien paga el IVA, porque si no hay atención en los hospitales, ¿para dónde va el pueblo?, ¿a buscar dinero prestado para ir a la clínica?, donde le clavan un IVA que cobra el Gobierno y no se sabe para dónde va ese dinero ...; un recurso de amparo contra eso también ... Y no ha habido respuesta. Compañeros, el Gobierno no ha dado respuesta a esos recursos de amparo que la Federación Médica ha introducido, y es bueno que ustedes lo sepan. Hay indefinición en cuanto a los términos de justicia se refiere, en nuestro país. Agradezco la presencia de ustedes acá y ese apoyo solidario que a través del Presidente de CONFEMEL nos han dado. Evidentemente, nuestro contrato colectivo es un modelo latinoamericano, con todas las imperfecciones que pueda tener, y nuestra conquista y lucha por ese contrato colectivo, es que no podemos aceptar que los médicos que laboran en los diferentes organismos del Gobierno Nacional, el Gobierno muchas veces los ha calificado como médicos de primera, médicos de segunda y médicos de tercera, con diferente escala salarial, y nuestra conquista está en lograr un

salario integral, porque tenemos conquistas, tenemos salario básico y hemos conquistado muchas cosas a través de los años, que si bono de profesionalización, bono alimentario, diferentes bonos ..., y nuestra conquista va dirigida ya a conseguir un salario integral, incluyendo a los jubilados. Por lo tanto, quiero expresarles que países como Colombia, que ha conquistado esas luchas, que en definición, en sus prestaciones sociales se les incluyen todos esos beneficios logrados, y en algunos otros países, pero yo creo que todos los países debemos sumarnos a la lucha y a la conquista de todos esos beneficios que hemos conseguido y que sean parte de un salario integral dentro de nuestra contratación colectiva".

Dr. PABLO ARGOLLO, Brasil: "Complementando lo que dice el compañero de Colombia, hay un chiste, en Brasil, que dice que un estudiante de medicina preguntó a un experto cirujano, cuáles son los criterios para decidir acerca de operar sólo una vesícula biliar con litiasis. Le dice el cirujano: "Bueno, los criterios los fija el convenio. Si es un paciente del SUS, del Sistema Unico de Salud, de la providencia, no es necesario operar, pero si es un paciente privado, debe operarse siempre y urgente". El otro chiste es que estaba un médico operando y cuando entra la enfermera, dice: "Doctor, acaba de llegar otro paciente de urgencia quirúrgica", y le dice el médico: "No hay problema. Yo me quedo aquí cerrando el abdomen" y el residente va a ver lo que tiene el paciente. Y el

paciente sale de campo, el cirujano termina la cirugía y el residente le pregunta: "Escucha, muchacho, ¿qué tiene el paciente?". El cirujano responde: "Doctor, casi nada. Tiene un carro de uso y un apartamento con dos cuartos". Es casi un caso clínico.

Bueno, hablando en serio, lo que pasa hoy en Brasil, es lo mismo que se ha dicho aquí. Por esto, les pido permiso para hablar un minuto, del pasado, y un minuto de lo que pienso va a ser el futuro del Brasil y de América Latina. Cuando Inglaterra era el país matriz, el imperio, fue hecha en Brasil toda la red de ferrocarriles, y toda la red de ferrocarriles, en Brasil, conduce a los puertos, porque se destinaba a recibir las exportaciones desde Inglaterra y enviar toda la exportación de Brasil a Inglaterra. En esa época, toda la medicina hecha en Brasil era la medicina sanitarista, porque le preocupaba mucho a Inglaterra que las epidemias que había en Brasil, hacían que los nativos ingleses tenían que quedarse en cuarentena, en Brasil. Así, la fiebre amarilla y otras tantas enfermedades, perjudicaban mucho la economía inglesa. Al final del siglo XIX e inicios del siglo XX, hubo en Brasil, en Río de Janeiro, una pequeña revolución o revuelta, que se ha llamado "La Revuelta de las Vacunas", porque un Secretario de Salud muy importante, ha decidido vacunar a todas las personas así no ellas no lo quisieran. Fueron obligadas a vacunarse, dado el perjuicio que había para los navíos ingleses, y la población, vacunada a la fuerza, hizo una revuelta y puso

fuego a los vehículos públicos y por algunos días, el pueblo estuvo rebelde. Este tipo de política de salud, se cambió después de la II Guerra Mundial cuando Estados Unidos asume el liderazgo, y la forma de dominio también se cambia y pasamos a tener en Brasil, en especial, la llamada "línea blanca". Entonces, los productos que venían de Inglaterra ... En esta época, en Río de Janeiro, venían, incluso, patines para patinar en hielo. Teníamos en esa época entre 25 y 40 grados de temperatura en Río de Janeiro, pero como venía todo de Inglaterra, incluso, patines para patinar en hielo, venía todo a Brasil ... No había qué hacer con ellos, pero venían como todo ... Bueno, la economía americana tenía otra manera de explotar ... Entonces, venían no los productos hechos, sino que se aprovechaba la mano de obra más barata y vinieron las industrias de la línea blanca, como lavadoras, fogones, refrigeradoras, etc., y al final, incluso, las fábricas de automóviles. Con este modelo de explotación, se cambió el modelo de sanitarista para el modelo de mecánica de manutención de humanos. Entonces, aquellos que pagaban la previdencia, tenían asistencia médico. A los demás, los excluidos, seguían a cargo de la Iglesia, esto es, las santas casas de misericordia y todo eso, como en el tiempo de los ingleses. Pero, a quien los pagaba, a los que trabajaban, a los operarios, a esos interesaba ponerlos en condiciones de volver a trabajar. Entonces, hacía una mecánica de manutención humana muy necesaria. Pero, ahora estamos viviendo un sistema de capital que ya no necesita de producción, de un capital

volátil que ya está desplegado del sistema de producción y de mecánica de manutención ... Entonces, tenemos hoy, en Brasil, 180 millones de habitantes, de los cuales, unos 30 a 40 millones de personas, realmente producen y tienen interés en el gran capital. Esas personas pagan un sistema privado de salud, y si tienen un problema de coronaria, se pueden ir a operar en Cleveland. Para todos lo demás, hay el sistema único de salud, y para estos, un médico de 200 ó 300 dólares, basta, no necesitan más que eso ... Entonces, necesitamos reflexionar un poco sobre esto. En Brasil, nosotros saludamos mucho que haya un sistema para integrar a todos, porque es un sistema único de salud que sería nada más para los que pagaban, sino para todos ... En verdad, es un sistema para los excluidos. Lo que quiero decir con esto, es que la sensación que tengo es que estamos todos siempre jugando a la defensiva, estamos siempre reaccionando a las cosas que están pasando ... y estamos intentando defendernos de las cosas que ya están hechas. Por ejemplo, ya está hecha la Escuela Latinoamericana, en Cuba. Está funcionando con todo el apoyo de la OPA (Organización Panamericana de la Salud). Incluso, los estudiantes salen de Cuba con una certificación de la Organización Panamericana de la Salud. La OPA es una de las responsables de todo ese sistema de graduar sanitaristas que están en todos los países donde vivimos. Entonces, yo creo que una propuesta que se podría hacer a CONFEMEL, sería crear grupos de estudio para que tuviésemos todos una posición o una postura más proactiva. Esto que estamos viviendo, como la

Escuela Latinoamericana, fue pensado ayer. Estamos ahora reaccionando a esto. Creo que necesitamos hacer grupos de estudio para determinar cómo queremos nosotros que sea la salud y la situación de los médicos del futuro, para que podamos así plantear y proponer cosas, en lugar de estar siempre reaccionando a lo que plantean los demás. Nosotros, en Porto Alegre, hemos creado un grupo que llamamos GEM (Grupo de Estudios Médicos), cuya intención no es más que reflexionar sobre cuestiones como éstas. Incluso, estaremos trayendo en abril, de Cuba, dos filósofos que han publicado trabajos muy interesantes acerca de la "cirología" de la medicina, que es una disciplina que hay en Cuba, que en Brasil no la hay ... Hay dos disciplinas que no tenemos nosotros en el curso de medicina y que ellos las tienen, que son "Cirología" de la Medicina e Historia de la Medicina, y que a nosotros nos hace mucha falta. Ellos tienen grupos de personas que lo que hacen es reflexionar acerca de las cuestiones filosóficas de la medicina, de las relaciones acerca de las cuestiones no sólo éticas y bioéticas, porque esto está muy bien discutido, sino, por ejemplo, de las cuestiones axiológicas de la medicina, o la cuestión de la autonomía del médico, que es un valor esencial de la medicina que lo estamos perdiendo ... Por ejemplo, en Brasil, un médico que trabaja en el sistema público, recibe una instrucción del Ministerio de Salud, que tiene que hacer su prescripción sólo por el nombre genérico de la medicina ... Esta es una directa intervención en la autonomía de médico. Entonces, en Cuba, un médico no

puede decirle al paciente que le va a dar una ampicilina, porque no puede prescribir una cefalosporina de última ..., porque para conseguirla, el paciente tiene que pedirla a un pariente o familiar que esté en Miami. Eso no puede hacerlo, porque crea un malestar social. Entonces, todos nosotros concordamos en que esto interfiere en la autonomía del médico y que él tiene el derecho de pedir ... En Brasil, el Ministerio de Salud prohíbe al médico recetar una medicina con el nombre o marca, lo cual interfiere en la autonomía del médico ... Todo esto y otras cosas necesitamos discutir y profundizar, incluso, en que la medicina es una ciencia; que la enfermería no es una ciencia, sino una profesión que se apoya en la ciencia médica; las violaciones dentro de la medicina y las otras profesiones paralelas ...".

Dr. EDUARDO FLORES, Costa Rica: "Me interesa desarrollar lo dicho por el doctor Visiyag, sobre la formación de conciencia gremial, lo cual creo que es muy importante. Por lo menos, durante mi labor como Predidente de Colegio, he comunicado todos los acuerdos de la Junta de Gobierno, a todos los médicos, a través de varios mecanismos como es la revista del colegio, la página web del colegio, la reunión de delegados que hacemos mensualmente donde asisten provenientes de varias partes del país, a los cuales entregamos todo lo que la junta vio para que así informen a los agremiados y ellos sepan lo que está sucediendo con el colegio. Creo que es importantísimo. De lo que más me enorgullezco, es del

curso que hicimos e implantamos, y que ha sido un éxito rotundo. Pienso que debe ser acogido por los colegios médicos. En ese curso, nosotros informamos todo lo que es la historia del colegio, su funcionamiento, lo que deben saber sobre la ley orgánica del ejercicio profesional, la responsabilidad profesional de médico y conceptos básicos de bioética. En cuanto a la evaluación formativa y sumativa, ha sido un éxito con una respuesta positiva a favor del curso, del más del 95% de los participantes. Por lo tanto, creo que el que tiene la información, tiene el poder, pero una información que está guardada en las mesas directivas, no sirve. Hay que comunicar la información a todos los asociados. El lema de nuestro colegio fue: "Donde hay un médico en Costa Rica, ahí está el colegio médico sea donde sea, en un ..., en el mejor hospital, en la medicina privada, en la medicina institucional. Esté donde esté, ahí está el colegio, porque el colegio somos todos". Ese lema fue divulgado entre todos los médicos. Hago una breve reflexión sobre la situación de los médicos en Costa Rica. En el año 1982, hubo una huelga médica. Con motivo de esta huelga médica, que tuvo dos meses de duración, se promulgó la Ley de Incentivos Médicos. Por esta ley, siempre que hay un aumento a los empleados públicos, hay un aumento para los médicos, es decir, está ligado. Cada seis meses, en Costa Rica, por la inflación, se aumenta el salario a los empleados públicos y a los de la empresa privada. El último aumento fue en enero pasado, en un porcentaje del 5.8%. A los médicos, automáticamente, se les aumentó el

5.8% del salario. Con los "pluses", la carrera profesional y como es a la base, se va como al 9% el aumento para los meses. Por ley, en Costa Rica, hay lo que se llama la Sala Cuarta, que es la Sala Constitucional. Entonces, la Sala se pronunció en que el Colegio de Médicos de Costa Rica tiene absoluta potestad para poner la tarifa que deben pagar sus colegiados, así como las tarifas que deben cobrar los médicos a nivel de la medicina privada. Por lo tanto, la Junta de Gobierno del Colegio es la que dice cuánto debe cobrar un médico. Entonces, cada seis meses o año estamos revisando ... Por lo tanto, todo médico debe cobrar lo que dice el Colegio de Médicos, está totalmente sancionado el médico que hace un dumping o que rebaja la consulta. Tenemos el problema con los extranjeros, que algunos, por no tener la formación, a veces, cobran menos, pero, eso se ve a través de un Tribunal de Moral Médica. Eso hace que yo, con treinta años de ejercicio como profesor universitario y cirujano en el Hospital México, hace que gane 3.000 dólares al mes. ¿Cuál es el secreto en Costa Rica, que hace que un médico gane 3.000 dólares, un salario bastante bueno para un médico a nivel latinoamericano? Eso lo dije cuando fui a Perú y el doctor Castro me invitó para que hablara sobre seguridad social y sólo presenté una diapositiva, aquella famosa diapositiva sobre qué es lo que debemos hacer las sociedades latinoamericanas: 1º) Abolir el Ejército. Costa Rica no tiene Ejército. Allá no hay generales, no hay sargentos, no hay tenientes, ni coroneles ... Todo el dinero se va a

la salud y a la educación ... (*aplausos*). Entonces, nada se gasta en ejércitos. Ese es un concepto fundamental de las sociedades del futuro, que el ejército debe existir a nivel de todo el mundo, para que este tipo de agresiones y malas práctica que tienen en contra de las poblaciones de cada país, se mantengan los gastos que tienen ... Para nosotros, por ejemplo, es ridículo que Chile o Brasil tengan submarinos, tanques, aviones, etc., en un país que no lo necesita. Otra cosa que dije fue que ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 10*).

(*Continúa cassette nro. 10, lado "B"*).

Dr. EDUARDO FLORES, Costa Rica: "... Todo el mundo que comete delito, debe ser castigado y no puede haber impunidad. Luego, educar a la gente, a la población ... Veamos el caso de Dinamarca, Noruega, Suecia, Japón ... ¿A qué se reduce el éxito de esas sociedades? A que la educación está totalmente estandarizada y todo el mundo tiene una educación básica que le permite funcionar en este mundo. Las dos últimas consideraciones son: pagar los impuestos ... Las calles de Miami, los grandes aeropuertos que hay allá ..., se deben a que quien no paga impuesto, llega la IRS y lo mete a la cárcel. Por lo tanto, todos debemos pagar los impuestos. Como sabemos los políticos y las gentes más adineradas, no pagan los impuestos a nuestras sociedades. Por último, debemos ser soberanos. No podemos dejar que nos implanten en nuestras sociedades, leyes económicas de fondos monetarios o

cualquier tratado de libre comercio en que no se respeten las leyes orgánicas de los Colegios, y para eso el Colegio de Médicos de Costa Rica está preparándose para que los tratados de libre comercio que se van a firmar, rimen con la normativa del Colegio de Médicos. Totalmente estoy de acuerdo en que se haga una denuncia a la OIT, que es el organismo que debe velar porque las remuneraciones y condiciones de trabajo de los médicos latinoamericanos sean arbitradas a través de eso y cambiadas para beneficio de los médicos".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Quiero hacer una reflexión y una propuesta de trabajo de este tema tan interesante como ha resultado en la V Asamblea de CONFEMEL. Este proceso del trabajo médico es un triángulo, que tiene tres aspectos: 1) el aspecto de la vinculación, 2) el aspecto de la remuneración y 3) el aspecto de la pensión. El compañero Peñaloza llamó la atención sobre la pensión y casi nadie hizo referencia y creo que es un punto clave para las organizaciones de los médicos. Van a ver por qué. Si los médicos no tienen una vinculación estable con buena remuneración, no tienen futuro pensional. Eso es lo que creo que existe. Cuando uno habla de vinculación estable, por ejemplo, es cuando no pueden profundizar sobre la política de flexibilización del Fondo Monetario Internacional. Cuando uno tiene un modelo mercantilista de la salud en su país, tiene que hablar es de la política de la deslaboralización. No va a haber empleo médico. Va a

haber ejercicio de los profesionales, pero no va a haber empleo médico. Eso significa que no tiene prestaciones, que no tiene futuro pensional, que no tiene estabilidad, ni nada ... Quiero que se aclare eso muy bien en la mente de cada uno de los colegas. Uno habla de flexibilización cuando tiene la relación trabajo, porque, entonces, le dicen a uno: "No le vamos a pagar horas extras, no hay recargo nocturno, no hay trabajo suplementario, no hay prima, no hay ...". Ahora, cuando el trabajador no tiene esa vinculación, es otra cosa. Por ejemplo, para mi país, la mayoría de los médicos, como les comentaba el doctor Varela, de 44.000 médicos, escasamente unos 12.000 tenemos algo de vínculo laboral. Al resto, la flexibilización no le suela. Yo no reuniré ni orientaré a los médicos colombianos con la palabra flexibilización, más bien con la palabra deslaboralización. No van a tener posibilidades de ser captados en forma estable y bien remunerada por una entidad de prestación de servicios de salud.

En segundo lugar, la remuneración tiene que ir desde el honorario del médico, cuánto es que cobra en la relación médico-paciente y hasta el salario, ya en el vínculo laboral. Quiero decir, entonces, a la nueva dirección de CONFEMEL, que a mí me parece que lo que he aprendido en este campo de la remuneración, el mejor ejemplo que hay lo tenemos en el Colegio Médico de Honduras. Insisto, tienen una ley aprobada en el Congreso de la República, ligada al salario mínimo legal vigente hondureño, que

establece salarios mínimos, o sea, cuánto debe ganar un médico general en el país de Honduras, así como un médico especialista, trabaje donde trabaje, bien sea público, solidario, cooperativa o privado ... Asimismo, como en el caso de Costa Rica, ese salario mínimo está ligado a la lucha sindical del Movimiento Sindical Hondureño para que cada año se actualice el salario mínimo legal vigente. Entonces, los compañeros del Colegio Médico Hondureño han tenido que luchar mucho para permanecer en el movimiento sindical y no lo destruyan, porque muchas veces el Gobierno le plantea a las centrales obreras: "Vamos a subir, pero hagamos una diferenciación a los médicos, porque ellos se nos elevan mucho", y creo que ese es un trabajo organizado y político de mantenerse en el contingente nacional de los trabajadores que luchan por mejores salarios.

En ese sentido, creo que existe el otro polo negativo que es el honorario y ahí estamos muertos, y que debe ser producto de la educación, como planteaba el doctor Visiyag, el trabajo gremial o educativo. En Colombia, los médicos se están matando solos. Les informo que allá salió una ley que se llama Tarifas, y dice que una cirugía de vesícula vale 50 dólares, pero, los cirujanos, como no tienen la garantía de que les van a pagar la cirugía, cuando establecen un vínculo a través de una relación o acuerdo entre los cirujanos y la entidad, los que están por fuera le dicen: "Nosotros se la hacemos por 40", o por 30, para ver si les mandan vesículas para

operar. Entonces, los que están regulando el valor del trabajo médico en sí, son los médicos. Toca hacer mucho trabajo educativo y gremial, con la experiencia del doctor Flores, para que los médicos sepan ..., porque en las Facultades de Medicina, doctor Argollo, por lo menos, en mi país, no enseñan práctica médica, trabajo médico, nada de eso ... Entonces, los médicos no saben y cuando salen, dicen: "¿Cómo hago para operar?". Entonces, le dicen: "Opere por un peso" y operan por un peso. Creo que nos toca trabajar mucho en ese campo de saber cobrar.

En cuanto a la pensión, me parece dramático. Colegas, como les decía ayer, esos dinosaurios a que hacía referencia el doctor ..., a uno le da lástima ver a eminentes médicos que dedicaron toda la vida la docencia y a la formación de generaciones médicas, que hoy no tienen un ingreso respetable, y como cambió el modelo, ya la consulta privada, como ellos devengaban ..., porque tampoco era que regalaban todo ... Trabajaban en las facultades de medicina, de 7 de la mañana a 1 de la tarde, y por la tarde eran excelentes ... Como eran excelentes profesionales, tenían una consulta privada que les resolvía todos los problemas. Como eso se acabó en el país, a partir de 1993, los tipos quedaron sin el ingreso ni nada. Corresponde, entonces, a las organizaciones médicas, doctor Castro, dar una respuesta educativa y formativa a los médicos y una propuesta de cómo garantizar la pensión hacia el futuro. El Sindicato Médico de Colombia tiene muchas dificultades de la unidad

médica, porque a nosotros nos consideran privilegiados. Quiero decirles que en nuestro país, los trabajadores médicos del Instituto de los Seguros Sociales, por reivindicación de la convención colectiva, las mujeres médicas que hayan trabajado 20 años al servicio del Instituto, se pensionan a los 50 años, y los hombres se pensionan a los 55 años, y se ganan el 100% de lo devengado en el último año, o sea, que salen con 2.500 ó 3.000 dólares, más o menos, de jubilación. Luego, van a la pensión general, que ahora se estableció, según la reforma, entre 60 y 62 años, pero ya están jubilados. Llegan allá y comparten el ingreso económico pensionario, entre el Fondo Pensional y el patrón que es el Seguro Social. Esto ha hecho que hoy, los médicos acudan a la organización sindical para que les expliquemos cómo hemos conseguido eso, porque para que un médico privado pueda obtener una pensión de 3.000 dólares hacia el futuro, tiene que comenzar a cotizar o ahorrar en un Fondo Privado de Pensiones o en una Administradora de Fondos de Pensiones, aproximadamente, entre 800 y 1.000 dólares mensuales, para que a los 60 años puedan recoger ese billete. Aquí, los médicos, esta parte de la jubilación, la reciben por estar vinculados al Instituto. Estamos aportando al Fondo Pensional General, que allá es donde nos reciben en la vejez. Entonces, creo que este punto que traía a la memoria el compañero Peñaloza, vale la pena que las organizaciones que tenemos a la mayoría de nuestros médicos por fuera del vínculo laboral y de la remuneración justa y adecuada, pensemos en cómo

garantizar, por lo menos, en lo educativo y lo informativo, que los médicos nuestros piensen cómo va ser al final de su vida el ciclo laboral, que es una pensión también justa y adecuada”.

Dr. CARLOS ANTUNEZ PORTILLO, Venezuela: “Soy el Coordinador de la Comisión de Jubilados de la Federación Médica Venezolana. El doctor Contreras dijo la mitad de lo que pensaba exponer, porque, justamente, oí lo que hablaban de seguridad social, pero, no llegaban al jubilado. Voy más allá. Ya no pienso en el médico jubilado. Tenemos familias, tenemos esposas e hijos, y cuando nos morimos, se apartan las esposas y se apartan los hijos. Ellos no pertenecen al gremio médico. Venezuela tiene unas leyes perfectas. Eso que decía él del 100% de jubilación con el último salario, lo tiene el Seguro Social de Venezuela, pero, como decía Gallo, que había médicos de primera, segunda y tercera, el Ministerio de Salud sigue con un sistema anacrónico que puedo demostrarlo, por convenio desde el año 1970, donde se aplica un 2.5% por año de servicio, máximo 32 años. Entonces, dan el 80%, pero, del promedio de los últimos dos años. Ahora, cuando ese señor se muere, a la viuda le dan el 75%. En cambio, hemos conseguido con el Seguro Social, que nos dé el 100%. Este es un Gobierno tan sucio, y aquí tengo las pruebas, que de acuerdo a este boletín que emite mensualmente el Seguro Social, en noviembre pasado fue homenajeado y condecorado el señor Hugo Chávez Frías. ¿Por qué fue condecorado? Porque

salvaba al Seguro Social, porque cuando Caldera había una ley que eliminaba al Seguro Social, y resulta que el 30 de diciembre, nos meten esta perla, la Ley de Seguridad Social, donde elimina al Seguro Social en cinco años. ¿Quién entiende esto? ¿Qué le viene a la Federación Médica? ¿Qué van a hacer los médicos del Seguro Social, cuando en cinco años eliminen a esta institución? ¿Dónde nos vamos a meter, si estamos llenos de cubanos? Ese es el problema. Fíjense bien, yo no sé cuántos jubilados hay entre los que nos visitan, pero, piensen eso, como decía el doctor Contreras. Aquí también tenemos la pensión de vejez, la cual está regulada al salario mínimo. Hay una ley desde el año 1995, y Chávez la ratifica como de él, en julio de 2002. ¿Qué pasa con eso? Ahí está en un listado donde hay 300 sobrevivientes, más o menos, que les están pagando una miseria ..., incluso, 2.000 bolívares mensuales, y una señora, 3.000 Bs. ¿Por qué no lo ajustan al salario mínimo que dice la ley y que él mismo ratificó en julio de 2002? Entonces, ¿adónde vamos a parar? Esas son las cosas que tenemos que ver y pedimos su colaboración para que esta lucha que tenemos los jubilados de Venezuela, se logre cristalizar".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias al doctor Antúnez. Con él ha concluido el rol de intervenciones sobre este tema tan importante para todos nosotros que es acerca de **"El Trabajo Médico y Distintos Aspectos acerca del mismo"**. En primer lugar, creo que ha habido una coincidencia unánime en resaltar la

importancia de la ponencia expuesta y alcanzada a todos ustedes por el doctor Enrique Visiyag, quien nos presenta un panorama adecuado de lo que viene sucediendo en este terreno en el ámbito latinoamericano. Luego, se han hecho una serie de precisiones que es importante tenerlas presentes para poder llevar adelante iniciativas que respondan a los problemas que se presentan. Creo que la explicación dada por el doctor Pedro Contreras, facilita la precisión de estos aspectos, en el tema de la vinculación o relación laboral, las características que ésta tiene, en el tema de las remuneraciones y en el tema de las pensiones ..., y también tomando en consideración cada uno de estos aspectos en función de si se trata del trabajo médico en condiciones al servicio público, o se trata en el sector privado, porque cada uno de estos tres aspectos es distinto, sea que se trate de una relación laboral en el sector público o en el sector privado, de remuneraciones en el sector público o en el sector público o en el sector privado, y de pensiones en el sector público y en el sector privado ... Creo que eso nos permite precisar mejor cuáles son las iniciativas que debemos tomar. Evidentemente, lo que surge es que en la década pasada, y en algunos países, antes, las agresiones al problema del trabajo, en general y, en particular, del trabajo médico, han significado alteraciones muy serias en el tema de la vinculación que han llevado a esta relación precaria en la que se ha dejado de lado la relación estable como trabajadores y servidores y se ha pasado a establecer contratos que, en general, han

precarizado esta relación laboral y que han borrado todo tipo de estabilidad laboral. Este es un problema muy serio que está afectando, sobre todo, a las generaciones recientes y que está desapareciendo las conquistas que las generaciones anteriores lograron. Esos son aspectos a tener en consideración.

En lo que se refiere a las remuneraciones, igualmente, son muy distintas en el sector público. Ahora, como el sector público ha introducido mecanismos privados dentro del sector público, ha introducido también al sector público dentro de estos mecanismos de contratación y remuneración privados. Este es el problema que también se ve en las distintas realidades nuestras. Por supuesto que estas nuevas realidades coexisten con lo que aún queda de conquistas del pasado, pero que están queriendo ser desaparecidas o, en todo caso, el objetivo preciso que se ha señalado, es que esas formas de relación de contractual y remuneración anterior, deban desaparecer en un futuro y cuanto más antes, mejor. Ese es el propósito que tienen las administraciones orientadas por estos enfoques en los que el tema de la economía, de la competitividad y la eficiencia, se han vuelto los elementos más importantes a considerar.

El tercer aspecto, el tema de las pensiones, es un tema que asume un dramatismo terrible. Hay una verificación práctica de la importancia de este tema, cuando hemos apreciado a lo largo de la década anterior, que uno de los movimientos sociales y populares más importantes que ha habido, es el de los jubilados y pensionistas,

porque, inclusive, muchos sectores laborales han desaparecido. Las huelgas han disminuido tremendamente. Han desaparecido factores sociales completos. Han sido los cesantes y jubilados, el sector más constante en lucha, en América Latina, como consecuencia de la manera dramática que ha significado el desconocimiento de sus derechos, el maltrato a sus remuneraciones y a sus pensiones. Este es un tema terrible. Pero, el asunto asume mayor dramatismo, cuando en el futuro, ni siquiera van a tener las pensiones miserables que hoy tienen los cesantes y jubilados, porque la tendencia a la desprotección social hace que en el futuro no haya pensiones, porque, además, con la modificación que se ha introducido en el sistema de pensiones a partir de la experiencia de las AFP chilenas que se nos venden no sólo en América Latina, sino que se pretenden vender a lo largo y ancho del mundo, sólo tendrán no pensión, sino ahorro para la vejez, aquellos que tengan trabajo, que tengan una remuneración más o menos adecuada, porque como bien ha dicho el doctor Pedro Contreras, para que en el sistema privado, un trabajador tenga una pensión igual a su remuneración, deberá haber aportado cuarenta años seguidos, según los estudios actuariales hechos por las propias empresas de pensiones privadas, y tener alto ahorro, porque, además, la pensión la tendrán buena sólo aquellos que tengan grandes remuneraciones, pero, la gran mayoría de los trabajadores, como es la experiencia chilena, las dos terceras partes de los pensionistas de la AFP, en Chile, no tienen ni siquiera el nivel mínimo de pensión, lo que hace que el Estado tenga que subsidiar a esos particulares para darles una pensión mínima. Esa es la realidad de ese sistema privado de pensiones que es terrible y que hacia el futuro significará una desprotección aún mayor de la que hoy día constatamos en la realidad latinoamericana. Este es un tema de la mayor importancia. Esto no tiene, por supuesto, solución únicamente en el gremio médico. Esto no tiene solución ni siquiera laboral. Este es un problema económico, social y político de la mayor importancia. Esto tiene que ver con el problema, como dirían en Brasil y en Porto Alegre todavía, si es todavía posible un futuro distinto para la Humanidad. A eso hay que

decir que sí y pelear por eso, sino vamos irremediablemente a esta situación cada vez más deteriorada y tremenda, por lo que creemos que debemos compartir experiencias y tomar iniciativas ... Primero, hay que defender las conquistas. Defender las conquistas significa, por ejemplo, que hay que defender los sistemas de pensiones públicos, y defenderlos no sólo en su vigencia, sino en su desconocimiento práctico. En nuestro país, esto ha sido terrible. Nosotros, los empleados públicos, teníamos lo que se llamaba la cédula viva, un sistema de pensión por el cual, al retirarse un trabajador público, continuaba recibiendo una pensión cuyo monto era igual al de un trabajador de su mismo nivel y especialidad, o sea, que tenía la remuneración garantizada y creciendo constantemente. Como ellos quieren destruir ese sistema, ¿qué es lo que hacen? Al trabajador activo, ya no le pagan remuneraciones pensionables, sino que le dicen: "Esta es una bonificación no pensionable y, por lo tanto, no va a los jubilados". Por ejemplo, para el pago de las guardias, dicen: "No es pensionable, no va al jubilado". ¿Y el bono de alimentación? Tampoco es pensionable, no va al jubilado. Hay una serie de mecanismos por los cuales, en la práctica, se ha destruido este concepto de la cédula viva, o sea, de una pensión que mantenga permanentemente su poder adquisitivo pasando el tiempo. Entonces, ahí hay una lucha que se ha dado en el terreno de las movilizaciones. En el terreno legal, se ha logrado que el Tribunal Constitucional falle a favor, pero, los Poderes Ejecutivos o los Ministros de Economía hacen de todo e introducen normas en las leyes de presupuesto diciendo que: "Muy bien. Esto es lo que dice el Tribunal Constitucional. Lo respetamos. Pero, sólo lo llevaremos a la práctica cuando haya fondos en el Tesoro Público". Entonces, como nunca hay fondos en el Tesoro Público, están permanentemente desconociendo el derecho de los pensionistas. Entonces, defender el sistema público, defender las conquistas, es clave, pero no hay que desproteger a las nuevas generaciones y luchar por un sistema de pensiones público que garantice a los trabajadores una pensión digna, sobre todo después que han entregado toda su vida productiva al servicio del país.

Entonces, creo que tenemos que recoger estos tres aspectos del problema laboral, que es el tema de la vinculación o relación laboral, el tema de las remuneraciones, el tema de pensiones, diferenciarlos entre los públicos y privados y compartir las diversas experiencias e iniciativas, todo esto sobre la base de la propuesta de la ponencia del doctor Enrique Visiyag, por lo que concluyo esta parte solicitando que aprobemos su moción con un voto de aplauso y recogiendo todas propuestas que se han señalado (*aplausos*).

APROBADO.

Colegas, pasamos al tercer punto. Podemos escuchar la exposición y suspendemos ahí y luego reiniciamos. El doctor Barret Díaz, Vicepresidente de la Confederación y Presidente del Sindicato Médico del Uruguay, va a hacer la presentación sobre el tema **"La Responsabilidad Médica"**.

Dr. BARRET DIAZ, Uruguay: "Bajo la fuerte presión que significa hablar a esta hora, por lo menos, les quiero levantar el ánimo diciendo que seré breve. Este es un tema del cual la Secretaría les ha repartido la "Declaración de CONFEMEL sobre Etica, Bioética, Deontología Médica y Responsabilidad Profesional", aprobada en la Asamblea de Colombia. El tema viene siendo tratado desde los inicios de CONFEMEL. Acá tenemos que en

la I Asamblea General, el tema se había asignado a Uruguay y se presentó bajo el título "Responsabilidad Legal en el Ejercicio de la Medicina y Tuición Etica". En la última Asamblea, realizada en Lima, el tema estuvo presente en la presentación del Comité de Etica y Educación Médica, donde me tocó ser expositor. Allí, en la Asamblea de Lima, creo que se sintetizó el nudo de cómo enfocar este problema en un pasaje recogido en el acta, que dice: "Respecto a la responsabilidad médica, comprobamos que se ha creado la "industria legal contra el médico". Sin embargo, los análisis registrados muestran que, en general, subyace en el problema, el quiebre de la buena relación médico-paciente y se encuentra así un camino para la solución y prevención de este grave problema". En el tiempo que llevamos analizando esto en CONFEMEL, yo diría que ha habido dos grandes líneas de análisis: una está centrada en el aspecto judicial, la creciente cantidad de demandas y toda una serie de reacciones defensivas que esto ha provocado. Nos parece que, en general, ha sido una manera que no se debe eludir, pero un poco autotorturante de encarar el tema. La otra gran línea de análisis ha sido buscar aquellas fallas en la ...". (*Fin cassette nro. 10, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 11, lado "A"*).

Dr. BARRET DIAZ, Uruguay: "... La otra gran línea de análisis ha sido buscar aquellas fallas en la relación

médico-paciente, que alientan la creación de la situación de responsabilidad médica. Entonces, vamos analizar, en primer lugar, lo que ha sucedido en la evolución del concepto de la noción hipocrática clásica, el concepto actual de responsabilidad médica; luego, señalar que CONFEMEL ha analizado que hay grandes diferencias en nuestra región, en la situación de este problema ... Pero, lo más importante van a ser los puntos que aparecen con los numerales 3, 4 y 5: las causas que llevan a acciones riesgosas o dañosas para la salud de las personas; las consecuencias que estas acciones tienen sobre los prestadores y los receptores de servicios de salud; y, muy especialmente, el último punto, el que dice prevención, y dentro de la prevención, los aspectos críticos, que para facilitar el análisis, lo presento ahora diciendo que se ha detectado en los diversos estudios, especialmente, los hechos en CONFEMEL, que unos pocos aspectos de la relación médico-paciente, yo diría que cuatro aspectos que vamos a desarrollar, tienen una importancia crítica en generar el quiebre de la buena relación y la generación de demandas. En general, los análisis estadísticos hechos sobre las demandas, justificadas o no, con responsabilidad profesional, demuestran que muy pocas veces hay detrás de ellas un fallo de naturaleza científica o técnica, y que en la inmensa mayoría de los casos hay una alteración de la relación médico-paciente que, por lo general, se circunscribe a tres o cuatro aspectos que denominamos críticos, porque nos van a permitir ver las causas que

llevan a la generación de la situación de responsabilidad, y ver las formas de prevenir la creación de situaciones de responsabilidad médica.

El concepto clásico hipocrático es el de impunidad jurídica. Ustedes saben que clásicamente, el profesional no tenía penalización de su conducta, dice el tratado hipocrático-ley, salvo el deshonor, o sea, la impunidad jurídica se basaba en la excelencia ética. La propia palabra profesión proviene de la expresión profesar, o sea, tener fe en algo, y el profesional era tenido en igual sentido que los sacerdotes, los mediadores de una función en la que se hacía fe. Sin embargo, el progreso de la Humanidad ha incorporado elementos que hicieron caducar aquel concepto de falta de penalización, salvo el deshonor, y aparecen, entonces, elementos de complejidad de la prestación de los servicios médicos, sea por el progreso científico-técnico, sea por la interposición entre el médico y el paciente, de las organizaciones institucionales, y por el propio aspecto cuantitativo que haría inviable una relación personal de cada médico con sus pacientes, y todos esos factores, en general, vinculados al progreso, han llevado a que actualmente no exista el concepto de impunidad, sino el de responsabilidad profesional. El profesional tiene diversos tipos de responsabilidad, primeramente, ética, legal y administrativa. En este caso, estamos hablando de la responsabilidad legal que se canaliza a través de los fueros penal y civil. Así que responsabilidad jurídica es la situación que se genera cuando alguien, cualquier

persona o institución, genera un daño y se ve, ante la situación, de tener que repararlo. Responsabilidad le compete a cualquier persona física o jurídica, pero, es responsabilidad médica la que surge cuando en el ejercicio de la actividad profesional se genera un daño y se nos pone ante la obligación de repararlo. Por lo tanto, la definición es esa, y el sujeto, como yo decía, puede ser cualquier persona física o jurídica, pero nos vamos a limitar a la responsabilidad médica. Que un daño sea castigado ... El delito penal es aquel que aparece vinculado a una conducta que aparece tipificada en la ley, previamente a que se haya cometido, que exige que haya algún tipo de culpabilidad de los varios tipos de culpa que existen, como el dolo, la culpa, o lo ultraintencional ... Aclaremos, que en la práctica médica se excluye el dolo, porque jamás debe presuponerse que es práctica médica aquella en la cual se incluye el dolo, pero puede haber algún grado de culpabilidad, en cuanto a las conocidas definiciones de negligencia, impericia o imprudencia, y se aplica pura y exclusivamente a las personas físicas. La responsabilidad civil se aplica tanto a persona física como jurídica, e implica la obligación de una reparación pecuniaria por el daño cometido. El otro aspecto, obligaciones de la responsabilidad, la obligación del profesional puede ser fundamentalmente, de medios, o sea, aplicar aquellos medios correctos de acción frente a su paciente. Sin embargo, existe en algunos casos la posibilidad de que se plantee la obligación de resultados y que pueda ser

demandado el médico por resultados que no se ajustaron a lo deseable. Se cita en estos casos, la posibilidad de que se exija obligación de resultados en los casos de cirugía plástica (ejemplo típico), de la hemoterapia, de los informes anatomopatológicos y algún otro caso que está en consideración. Por último, existe una obligación de seguridad que le cabe a las instituciones, en evitar lo que se llama patología nosocomial, esto es, que nadie debe salir de un centro asistencial con enfermedades que no tenía al ingresar ahí. Finalmente, podemos ser exonerados de la responsabilidad profesional, en algunas situaciones en las cuales haya imprevistos absolutamente inevitables, o en las que el daño haya resultado de la acción del propio paciente o de terceros.

Bueno, ya señalamos que CONFEMEL, en su Declaración de Colombia, señalaba que existe diversidad de situaciones en los distintos países de la región, tanto por sus normas jurídicas como jurisprudenciales, así como variadas soluciones propuestas ante la creciente cantidad de demandas legales observadas en los últimos años. El problema de la cobertura de seguros ha sido analizado sistemáticamente y hemos hallado siempre diferencias muy grandes entre unas y otras regiones. La contratación obligatoria de seguros que a veces quiere imponerse, indudablemente que facilita lo que se llama la judicialización. El problema dispara el número de demandas. Sin embargo, en algunos países y gremios médicos, donde voluntariamente se pueda ofrecer el

servicio y a condición de que se instale comisiones de seguimiento del efecto que producen esos seguros, se han obtenidos resultados que pueden calificarse de buenos, no ha habido incremento de la judicialización y se han comenzado a llevar estadísticas en cuanto a, por ejemplo, las compañías de seguros, al contratar, pueden comprometerse a llevar estadísticas de los costos que hubiera tenido la llamada medicina defensiva, o sea, la solicitud desmedida de exámenes para precaverse de riesgos. Por último, esto ofrece al médico el servicio de contrademandas en determinados casos, que puede ser también un freno a llamada industria de las demandas.

¿Por qué una actividad asistencial dirigida al bien del prójimo como la que realizamos los médicos, puede redundar, finalmente, en un daño al paciente? Seguramente, ya hemos excluido el dolo, que eso no está en la voluntad del médico ... Analizando los diversos casos, estadísticamente se encuentra que incide en la producción de daños, las deficiencias en la educación de pregrado con facultades de medicina no bien acreditadas, sobrecargas de alumnos, metodología didáctica anacrónica y deficiencias en la educación médica continua; deficiencia de las instituciones sanitarias en cuanto a los aspectos edilicios, de la tecnología instalada, etc.; deficiencias de la regulación laboral con incremento de las exigencias laborales, pero con disminución de las remuneraciones y precarización del trabajo médico; deficiencia en la cobertura de las prestaciones ... Muy a

menudo, se establecen exigencias de disminuir al máximo la solicitud de estudios de laboratorio, de estudios paraclínicos, de disminuir al máximo la referencia de pacientes a niveles de mayor complejidad, etc. En suma, entre las causas que llevan al daño en el paciente, encontramos: la reducción de la inversión en salud; la mercantilización del sector salud; la sobreoferta en el número de médicos; la precariedad laboral. Como consecuencia, se genera la denominada medicina defensiva, que es una forma ingenua de defenderse, sobrecargando en costos al paciente, a las instituciones, y no logrando, en definitiva, evitar las demandas, pese a todo este costo dispendioso. O sea, que las consecuencias económicas son las señaladas, pero, la peor de todas es la afectación de la relación médico-paciente, dado que interpone toda esa serie enorme e injustificada de exámenes para cubrirse de riesgo que, finalmente, no logran el objetivo, pero que mediatizan la relación entre el médico y el paciente. La otra consecuencia es el abuso del derecho, o sea, la denominada industria de las demandas, facilitada por las ofertas de litigar sin costo y expresadas también en las desmesuradas peticiones de resarcimiento por daño moral que muy a menudo constituyen aspectos irracionales.

Si hemos analizado y ubicado las causas de la responsabilidad médica y del daño en el paciente, es evidente que la prevención debe pasar por la corrección de esos factores. Señalamos la acreditación de las

escuelas de medicina, educación médica continua, recertificación, protocolizaciones diagnóstico-terapéuticas, acreditación de las instituciones sanitarias, código de ética médica, o sea, aprobarlo con fuerza legal, que no en todos los países así sucede (en Uruguay, no existe un código de ética médica legal, sino un código de ética gremial), creando comités institucionales y auditorías, y aplicando lo que pide la Asociación Médica Mundial, el que se incluya la ética médica y la bioética, en los planes curriculares de pregrado y en las actividades de educación médica continua. Agregamos, conciencia de las propias limitaciones y derivación oportuna de los pacientes; reuniones de análisis con todos los involucrados ha sido muy eficaz en los lugares donde se han realizado reuniones con jueces, con abogados, representantes de la suprema Corte de Justicia, el Ministerio de Salud Pública y también con los medios de comunicación, con los comunicadores ... Debe haber una política hacia los medios de comunicación, que evite esa manera de tipo escandalosa, estilo prensa amarilla, en el encare de estos problemas, que lo traten con mesura y con responsabilidad. En la década pasada, nosotros desarrollamos en Uruguay, una política hacia los medios donde se desarrolló el tema "Ética de la Comunicación y Comunicación de la Ética", y tenemos como línea permanentemente planteada la vinculación con los medios de comunicación, sobre este aspecto.

Bueno, esto ya lo analizamos, la utilidad y consecuencia de los seguros de responsabilidad médica. Ya sabemos que la implantación obligatoria es una fuente segura de judicialización, pero, los casos de ofrecimiento del servicio para acogimiento voluntario por las agremiaciones, es algo adaptado a la realidad y cultura de cada país, con grandes variaciones regionales. Acá entramos en los denominados aspectos críticos. Afortunadamente, el haber detectado en eso cuatro puntos ..., la causa de la ruptura de la relación médico-paciente y de que esto es lo que lleva a la demanda, muy por encima del número de veces que un verdadero fallo técnico esté en ello, es lo que nos permite encarar estos problemas en cuanto a la prevención de la generación de responsabilidad médica. Una mayoría de las demandas, justificadas o no, es debido a unos pocos factores del acto médico. La denominada relación clínica, término que ha impuesto es español Galán Cortés para sustituir la antigua relación médico-paciente, dado que actualmente entre el médico y el paciente se interpone el aspecto institucional, el equipo de salud, etc. ... Señala el brasileño Luis Pereira, que en el respeto a los derechos del paciente, en la comunicación, la información, el período del consentimiento, radica lo que se le llama la relación responsable, bilateralmente responsable, del médico y del paciente. Pereira trabaja un tema muy interesante, el error del médico y el error del paciente también, desde el momento en que la transición bioética desde los tiempos del paternalismo en que el médico

imponía su verdad absoluta hasta la moderna bioética donde el principio de autonomía le otorga derechos al paciente, que lo ponen en condiciones de igual dignidad que el médico, genera la responsabilidad también del paciente en cuanto a su relación con el médico. La ley Sarpis consiste en el conjunto de criterios y procedimientos que en un lugar y en un momento dado, son aceptados como válidos. No son necesariamente un único paquete de procedimientos. Ni siquiera son los considerados óptimos o mayoritarios, pero tienen una connotación de validez en un lugar y en un momento dado. Esta connotación temporal de momento dado, nos lleva también a la necesidad de la educación médica continua, o desarrollo profesional continuo como se llama hoy día. La historia clínica, como dice ..., es la biografía patológica del paciente. Es fundamental el registro de absolutamente todo lo que debe tener una historia, con absolutamente todos los pacientes. La historia clínica si bien es propiedad del paciente, está bajo la custodia del médico o de la institución, y es uno de los elementos claves en las demandas. Por eso, la buena historia es la mejor defensa, una cosa muy peculiar, que un elemento probatorio utilizado por el demandante, sin embargo, está bajo la custodia del demandado, y su correcta elaboración es la que nos pone a salvo de determinadas acusaciones que se presumen por el sólo hecho de no llevar historia.

Por último, el consentimiento válido es uno de los elementos que ha impuesto el principio bioético de la

autonomía, no cualquier consentimiento arrancado en cualquier forma, y no además una formalidad de una firma estampada en una historia, sino una información en el lenguaje adecuado y comprensible para el paciente, teniendo en cuenta cuáles son los valores morales que maneja el paciente, hecha previamente a la realización de los procedimientos médicos y con extensión exclusivamente a lo consentido por el paciente; válido porque tiene que ser formulado por quien sea civilmente capaz. Sin embargo, las modernas teorías tienden a extenderlo a pacientes que aún no tienen mayoría de edad, pero cuyos valores y situaciones afectivas y situaciones afectivas y psicológicas deben contemplarse como adolescentes y, en algunos casos, los niños.

En suma, la responsabilidad médica es un problema jurídicamente muy complejo y en plena evolución, porque se publican muchos pero muchos artículos en la literatura de este capítulo. Pero, para nosotros, como médicos, es posible y yo diría que es lo más fructífero, encarar su prevención mejorando el acto médico y para ello nuestra táctica ha sido detectar los aspectos denominados críticos de la relación médico-paciente, cuyo quiebre son los que subyacen en la mayoría de las demandas".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Barret Díaz por su exposición sobre este tema acerca de la responsabilidad médica. Colegas, como hemos acordado, vamos a hacer un corte de la reunión para

dirigirnos a tomar el almuerzo en el mismo lugar del día de ayer y estaremos retornando a las 3:30 p.m. igualmente. Se suspende la reunión".

(PAUSAL)

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Listas las delegaciones. Brasil, Argentina, Colombia, Bolivia, Costa Rica, México, Nicaragua, Perú, Uruguay, Venezuela ... Sólo está ausente el colega de México. Con el quórum pasamos a reiniciar la asamblea. Vamos a abrir el rol de los delegados que quieren intervenir en el punto que ha sido expuesto por el doctor Barret, sobre **"Responsabilidad Médica"**. Se han inscrito en la lista de intervenciones, los doctores Figueroa (Venezuela), Rafael Cabrera (Nicaragua), José Luis Minjares (México) y Pedro Contreras (Colombia)".

Dr. JESUS FIGUEROA BRITO, Venezuela: "Voy a hablar con relación a la responsabilidad médica, viéndola desde el punto de vista del derecho positivo de cada país. Nosotros, en Venezuela, la responsabilidad médica la vemos desde el punto de vista ético, desde el punto de vista civil, desde el punto de vista penal y desde el punto de vista administrativo, vale decir, que todo depende de la dipraxis o la mala praxis del médico y la consecuencia de ella. Desde el punto de vista ético, nosotros tenemos lo que se conoce como el Código de Deontología Médica, en Venezuela, y el Reglamento de

Procedimiento de los Tribunales Disciplinarios, que tiene dos Tribunales, vale decir, un Tribunal de Primera Instancia, que son los Tribunales Disciplinarios de cada Colegio de Médicos, o sea, 24 Tribunales en las regiones, y un Tribunal de alzada o de consulta, que es el Tribunal máximo conocido como Tribunal Disciplinario de la Federación Médica Venezolana. Ahora bien, aquí, generalmente, se va a juzgar al médico por sus jueces naturales desde el punto de vista ético-moral, en el ejercicio de su profesión, cuando hay la violación ..., porque si todos sabemos que existe una ley, que ella va a producir un delito, y al producir el delito, la misma ley tiene que sancionarlo, o sea, que se produce con el nombre de la sanción. Entonces, en nuestro código está articulado todo lo concerniente a la violación desde el punto de vista ético y moral del médico venezolano. Desde el punto de vista civil, vamos a considerar que existe una relación médico-paciente, y esta relación médico-paciente es un contrato entre las partes, vale decir, que el individuo hace un contrato con el otro y tiene una obligación, un acreedor y un deudor; el acreedor se ha de suponer que es el médico, y el deudor es el paciente, se ponen de acuerdo y hay la actividad médica en el ejercicio de ella. Por tal motivo, la obligación está dada en una obligación de medio, mas no de resultado. ¿Por qué de medio? El médico no puede garantizar, en su ejercicio profesional, al paciente, un resultado de tal cosa. Por ejemplo, si voy a operar un paciente y ésta me hace equis complicación, yo no le voy a dar ese

resultado, sino que tengo que aplicar todos los medios que pueda tener de conocimiento de tecnología para que ese resultado de la intervención o del acto médico sea positivo. Por tal motivo, desde el punto de vista civil, se conoce como una obligación contractual de medio. Ahora bien, desde el punto de vista penal, en el caso del médico, se haría, primero, una demanda penal, para luego ir a una demanda civil. La demanda civil, en Venezuela, es prácticamente onerosa, vale decir, que el paciente requiere que el daño sea resarcido desde el punto de vista económico. Desde el punto de vista penal, no podemos pensar jamás que el médico puede tener la intención de causar un daño a su paciente. Por tal motivo, no podemos pensar que puede existir dolo, pero sí la culpa, porque en el acto médico puede haber un homicidio culposo. ¿Por qué? Porque el médico tuvo la impericia, la inobservancia, la negligencia, pero, más aún, que es donde más se ve en mi país, el problema de la inobservancia de las normas, en muchas oportunidades, en nuestros hospitales, porque eso se puede aplicar desde el punto de vista público y desde el punto de vista privado ... Ahora bien, ¿cuándo el Estado ha demandado por dispraxis médica a un médico? Caeríamos en lo que se conoce como concusión, vale decir, que yo voy a ser acreedor del mismo deudor. Entonces, por eso es que en público, no se ve tanto como en privado. Cuando hay la inobservancia de la norma, que todo está escrito ..., existen las normas ... Por ejemplo, un obstetra que por inobservancia de la norma, no le aplique un tratamiento a

una toxemia grave, ahí hizo una inobservancia de la norma y por tal motivo se desencadena la muerte del paciente. Ahí hay un homicidio culposo. Nuestra Ley de Ejercicio de la Medicina, implica que debemos pasar esa información a la Fiscalía, porque así está estatuido en la Ley de Ejercicio de la Medicina y en los reglamentos. Por tal motivo, pienso que sería muy importante para CONFEMEL, tratar de ver ..., porque si bien es cierto que el derecho positivo de todos los países de Latinoamérica y Suramérica, prácticamente tiene una base sólida en que se apoya, el derecho romano, y casi todos los códigos penales de todos los países están basados en ello, y se contempla en el Código Penal de Venezuela, y estoy plenamente seguro que en los demás países está estatuido el castigo y todo lo relacionado con respecto a la dispraxis médica desde el punto de vista de culpabilidad”.

Dr. RAFAEL CABREREA, Nicaragua: “Como éste es un tema relacionado con la bioética, quiero resaltar algunos aspectos muy importantes en este nuevo enfoque que se da al desarrollo de la práctica médica. Quisiera ser sintético y decir que podemos considerar a la bioética como una derivada de la ley natural, en aquel principio general que dice “haz el bien y evita el mal”. En segundo lugar, quiero considerar que la bioética, cualquiera que sea su discusión, tiene que ser centrada, y su eje, la dignidad humana. Cualquier cosa que dañe o lesione la dignidad humana, tiene que ser un aspecto de reflexión,

incluso, tomarse en cuenta, a profundidad, en cualquier postura o posición en el análisis bioético. Si la dignidad humana es dañada, no podemos decir que estamos hablando dentro del campo de la bioética. Después, tenemos que buscar desde cuándo existe esa dignidad humana. En nuestro concepto, la dignidad humana tiene que estar acompañada desde el comienzo del desarrollo de la vida humana. Este comienzo del desarrollo de la vida humana se establece en el momento de la concepción, es decir, cuando el espermatozoide fecunda el óvulo, momento a partir del cual se suceden una serie de mecanismos biológicos, químicos, moleculares, físicos, que permiten que el nuevo ser adquiera características humanas, por lo cual afirma que cada ser humano existe y comienza su desarrollo a partir de la unión de los gametos. Este proceso de vida ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 11*).

(Continúa cassette nro. 11, lado "B").

Dr. RAFAEL CABRERA, Nicaragua: "... Hago énfasis en esto, desde el momento de la concepción hasta su fin natural. La Convención de Derechos Humanos de América, conocida como Pacto de San José, fue incorporada en nuestra Constitución política, no sé si en la de otros países, y en el artículo 4 respeta el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Es un acuerdo firmado por los Gobiernos y ratificado e incluso incorporado a muchas Constituciones. Creo que en el quehacer médico tenemos que ver esa situación y analizar y respetar esa

condición. Es un Tratado de Derechos Humanos de todos los países americanos. De manera que si empieza a presionarse que se introduzca en nuestros códigos y leyes, artículos que violenten este derecho a la vida, que considero que es el derecho primigenio, primordial y más importante de todos los derechos, porque sin el derecho a la vida no puede existir el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho a la vivienda, el derecho a la familia ..., entonces, tenemos que tomar actitudes claras y bien definidas por la situación que nuestros países están siendo presionados por la Comunidad Económica Europea, por las Naciones Unidas y por organismos financieros de alto nivel, a nivel internacional, para que establezcamos el aborto a petición y no dudaríamos en corto tiempo que introduzcamos leyes de eutanasia, porque una es consecuencia de la otra, ya que el nuevo paradigma que quieren implantar, es que solamente tiene derecho a vivir, el que es productivo, y no tienen derecho a vivir los que son discapacitados, inútiles o cargas sociales. En ese quehacer, es a los médicos a los que nos quieren dar la licencia, al estilo del Agente 007, la licencia para matar. Los legisladores no se encuentran ante esa circunstancia, sino que quieren que seamos los médicos quienes ejecutemos esas políticas, lo cual también va contra la dignidad personal del médico. En ese sentido, en Nicaragua, en las últimas semanas, fue una noticia mundial la situación relacionada con esa niña de 9 años que salió embarazada en Costa Rica, y que los médicos costarricenses aseguraron, por escrito y por todas las

vías, que ese embarazo podía ser controlado y seguido a feliz viabilidad. Sin embargo, las fuerzas que propugnan por la cultura de la muerte, prácticamente, secuestraron a esa niña, la llevaron a Nicaragua, e incluso, dijeron, previamente, que como en Costa Rica no se le podía hacer un aborto terapéutico porque ya pasaba la edad permitida por las leyes de Costa Rica, en Nicaragua no importaba la fecha de embarazo y cometieron el crimen del aborto a las 17 semanas de gestación. Previamente a eso, la Asociación Médica Nicaragüense había dado un pronunciamiento que voy a hacerle llegar a todos ustedes, que decía: *"Ante las comunicaciones a través de los medios de transmisión de noticias relacionadas al doloroso caso de la niña nicaragüense de 9 años, que resultó embarazada como producto de una violación en la hermana República de Costa Rica, la Asociación Médica quiere reafirmar su indeclinable respeto por la vida humana desde el instante de la concepción hasta su fin natural, recordando el compromiso ineludible de todo médico a respetar la vida y la dignidad de las personas y poner toda su capacidad a la preservación de la salud y vida a nosotros encomendada, sin prejuicios por razones de raza, edad, condición social, religión o ideología política. En caso de embarazo, el médico se encuentra con la responsabilidad de la vida de los dos pacientes, el binomio madre e hijo, y debe poner toda su capacidad y conocimientos por el bienestar de ambos, sin discriminación a ninguno de ellos"*. Eso fue lo que nosotros hicimos, y no podíamos hacer menos, porque hacer

lo contrario también significaba desconocer a los colegas costarricenses que se pronunciaron en el mismo sentido. Este hecho, que causó una propaganda mundial, nosotros lo vemos como el aprovechamiento de estas fuerzas para abrir los portones en toda América Latina, a la aceptación de este tipo de conductas promovidas, inclusive, desde Naciones Unidas, Comunidad Económica Europea y el poder económico que ahora pretende dominar nuestras vidas. De manera que en este asunto de bioética, quiero poner dos puntos: 1) el reconocimiento al derecho a la vida, que ya está en el comunicado que nos leyó Barret, agregando los principios bioéticos, que esto lo tomé de la Comisión de Bioética de Argentina, que hizo este pronunciamiento de reconocimiento de la vida y de la concepción, y también relacionado con el Pacto de San José, y que también pueda CONFEMEL dar otro paso. Si bien es cierto que esa es nuestra posición, reconozco que en otros países puede y hay artículos jurídicos que en algún momento aceptan el aborto terapéutico o cosas relacionadas que van en detrimento del derecho a la vida, pero que si existe esa situación en otros países, se luche o se ponga la objeción de conciencia para los médicos que en esos países se nieguen a realizar tales actos, porque la información que tenemos es que en México, médicos, que por conciencia se oponen a estas prácticas, son despedidos de sus trabajos, son mandados al desempleo por no cumplir esas normas ... Entonces, por lo menos, se pida que se respete la objeción de conciencia de los médicos que se nieguen a realizar este tipo de procedimientos, y

eso va agregado a los procedimientos de esterilizaciones (ya tenemos el ejemplo de Perú), o la aplicación de métodos anticonceptivos abortivos, o sea, la idea es que se respete la objeción de conciencia del médico, para que los médicos que se nieguen a estos procedimientos, no sean despedidos de sus puestos de trabajo".

Dr. JOSE LUIS MINJARES, México: "Desde que se empezó este clima de linchamiento en contra del médico, siempre hemos enfrentado la problemática haciendo un estudio puntual de todos y cada uno de los puntos que nos afectan. Yo quisiera establecer derivado de mi intervención, el que se consideraran acciones concretas ya a realizar y sobre las bases de lo que expuso el doctor Barret, para concretamente atacar el problema. Creo que han pasado muchos años en donde nuestra actitud ha sido sólo la académica, buscando de alguna manera resolvernos sobre la conflictiva. Lo mismo es que hablamos de responsabilidad profesional o hablamos de calidad de en salud. No son más que teoricismos que nos han llevado a que mientras nosotros teorizamos y analizamos, las fuerzas que realmente se están beneficiando de esto que son las compañías de seguros, los Gobiernos y todos los intermediarios que nos explotan, han ido avanzando. Entonces, creo que debemos obtener concretamente no sólo una resolución por parte de CONFEMEL, sino la recomendación de las acciones concretas adonde llevar esto, pero ya sobre planteamientos muy firmes".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Colegas, este tema es de vital importancia, la CONFEMEL así lo ha asumido y Uruguay se ha destacado por su desarrollo. Yo quiero rápidamente y en forma esquemática, contarles lo siguiente. En mi país, Colombia, el tema de la ética no es un problema antes de 1983. Fue producto de una ley de ética, la Ley 23, de 1983, como respuesta a un paro realizado por los médicos del Seguro Social, que en ese entonces fue récord mundial: 56 días de paro por defender la empresa y los derechos colectivos de los trabajadores. El Sindicato, frente al problema de la ética, ha hecho la reflexión de que la ética no es de ley, que la ética no se reglamenta, la ética es una reflexión individual. Para lo que hoy en Costa Rica es un problema ético, para los árabes no lo es. Lo que para los mexicanos es un problema ético, para los chilenos no lo es. Es un problema de las realidades concretas de cada cultura, de cada religión, de cada política. Sin embargo, esta ley fue expedida en contra de los médicos, no hecha por los médicos. La Ley 100, de 1993, reventó la Ley de Etica en los más mínimos principios de la moral médica. Se dice que el médico no le debe cobrar al médico, por ponerles un ejemplo. Se considera antiético, antimoral, que un médico le cobre a un colega, a su hijo o a su señora, pero resulta que como esto se comercializó, ya el médico no es el que cobra, sino la empresa promotora de salud y la institución prestadora de salud, entonces, eso se reventó. Entonces, los médicos comenzaron a reflexionar sobre esto: ¿Cuál es la ética que requerimos hoy, los médicos, en el país? El

Gobierno ha intentado meternos la ética del comercio y hemos resistido con el Sindicato, y hoy no han podido sacar la nueva Ley de Etica que han intentado imponer todos los Ministros de Salud para que los médicos adocenadamente nos metamos a respetar los dictámenes de la Ley 100. Pues, bien, en nuestro país, la pelea la damos en otro sentido. Nosotros no estamos en la pelea de la ética médica, sino en la responsabilidad ética y legal de los servicios de salud. Se han hecho seminarios y foros trabajando que primero hay que exigir unas condiciones de trabajo adecuadas, que las instituciones de salud de cualquier tipo, públicas, privadas o solidarias, deben brindarle las mejores condiciones de trabajo al médico, porque, ¿cuántas veces, colegas, los médicos tienen que hacer de tripas corazón para poder responder con el acto médico adecuado, acertado y cierto? En ese sentido, solamente una entidad médica que es la Sociedad de Anestesiología y Reanimación, de nuestro país, sacó una ley propia de su reglamentación, y entonces fueron los médicos anesthesiólogos los que puntearon las demandas de ética y responsabilidad civil, porque los compañeros, en la ley, sacaron todo lo que habría que tener un servicio de anestesiología para garantizar una buena prestación de servicio. Entonces, por decirles algo (no soy anesthesiólogo), no pueden dar anestesia en un quirófano si no existe oxímetro de pulso. ¿Me explico? Pero, la mayoría de los quirófanos en el país, no tienen oxímetro de pulso. Sin embargo, los anesthesiólogos tienen que dar la anestesia. Ellos se

metieron en eso, los demandaban y les decían: "Bueno, doctor, ¿usted no fue el que dijo que tenía que tener oxímetro de pulso? ¿Cómo dijo que no tenía los elementos necesarios?". Eso frenó la proliferación de proyectos de ley de otras entidades que querían reglamentarse, porque uno mismo se pone la soga al cuello. Por eso, en nuestro país, en la cobertura de seguros que plantea el compañero Barret, quiero decirles que esto se convirtió en otro negocio. Los propios anesthesiólogos montaron un fondo de protección a la práctica médica, que se llama FEPASDE, y hoy es una entidad comercial aseguradora de las más boyantes en el país, porque no solamente protegen a los anesthesiólogos, sino a todos los médicos. Como vieron que el negocio era bueno, ahora están protegiendo a todos los demás profesionales del equipo: enfermeras, auxiliares de enfermería ... Hoy, FEPASDE tiene un fondo económico supremamente importante para la economía del país, producto de lo que le han aportado los afiliados a ese fondo. Nosotros, en el Sindicato exigimos en las convenciones colectivas, que son los empleadores que deben garantizar la compra de las pólizas a la práctica médica (no a la mala práctica). Mucha gente se equivoca diciendo que es proteger a la mala práctica. Creo que nadie se debe equivocar en que no se protege la mala práctica, sino es la práctica médica, porque tiene riesgos, al ser de medios, etc., y entonces, nosotros hoy tenemos que la póliza de los médicos del Seguro Social, por convención, el Instituto paga el 50% del valor de una póliza de responsabilidad.

Finalmente, quiero comentarles ... (PAUSA). Por eso, la Federación Médica de Colombia se deterioró, porque le hizo juego a la Ley 23, se convirtió en un instrumento de magistrados del tribunal, y resulta que los tribunales de ética no consideran las condiciones de trabajo de los médicos y han cometido muchas injusticias.

El otro aspecto es el problema del negocio de la responsabilidad civil de la práctica médica. Es un negocio como fuente importante de ingresos de los abogados. En Colombia, los abogados le pagan honorarios y salarios al personal del hospital o de la clínica, para que cuando escuchen en pasillos o en cafetines, los comentarios de los propios médicos que le dicen, por ejemplo: "Oiga, qué brutalidad la que cometió aquel cirujano. ¿Cómo se le ocurrió ...?", les informen y lo demandan por 50.000 dólares. Esto es patrimonio de médico. Entonces, el médico, asustado, cuando le llega el abogado, éste le dice: "Un momento, doctor, no hay problema. Podemos arreglarnos antes de que yo haga la demanda. Si usted me entrega 10.000 dólares, yo no meto la demanda". El médico, en vista de los problemas de una demanda y con su empleo, llega y vende su carro y le da los dólares al abogado ... Los abogados están sacando usufructo de estas situaciones ... En ese sentido, ¿saben qué hemos encontrado hoy por la situación del ejercicio profesional médico en el país? Que la mayoría de los médicos están estudiando la carrera de Derecho ...".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Ha concluido el rol de oradores sobre este punto. Vamos a dar la palabra al doctor Figueroa".

Dr. JESUS FIGUEROA BRITO, Venezuela: "Tengo entendido que el derecho penal, en Argentina, acepta el aborto eugenésico, vale decir, cual hay malformaciones, pero en ninguna parte habla de la violación. En Venezuela, el aborto no es aceptado. Inclusive, se considera un delito el aborto, porque está tipificado. Lo único que se acepta en Venezuela, es el aborto terapéutico cuando está en peligro la vida de la madre, o sea, que está bien preciso por qué se puede practicar un aborto, y tiene que hacerse en una junta médica, la especificación de ello. Actualmente, en Venezuela, se está haciendo una petición a la Asamblea Nacional para tratar de ver si en ciertas y determinadas condiciones se legaliza el aborto en cierta forma, pero eso tiene sus bemoles. Particularmente, pienso que es doctrina federativa no aceptarlo como tal, y desde todo punto de vista social significaría legalizar el aborto en Venezuela. De acuerdo con informaciones y comentarios de los demás países, la CONFEMEL tiene que hacer un planteamiento con relación a esto".

Dr. ABDELKRIM SALOMON, Venezuela: "Oyendo a mi gran amigo el doctor Jesús Figueroa Brito, utilizó un término de dispraxis médica. Pudiera ser, sin establecer polémicas de ninguna manera, una situación de tipo semántica.

Cuando él intervenía, decía, para calificar la actuación del médico, que lo que nosotros conocemos en esta materia, es praxis, y la praxis médica puede ser buena o mala. En los textos que he revisado sobre responsabilidad médica legal, incluso, redactados por cirujanos anesthesiólogos que son abogados a la vez ... Lo busqué en el Diccionario de la Academia de la Lengua Española, y no lo encontré. No existe. Lo acabo de buscar en "Viatusalud", por Internet, y habla de dispraxia como pérdida parcial de la capacidad de realizar actos coordinados. No quiero establecer polémica. Puede ser una situación de criterio semántico, pero sugiero que a la hora de una modificación en el Código de Etica nuestra que habla de praxis malas o buenas, no vayamos a caer en el criterio que me acaba de dar "Vitusalud", que define la dispraxis como una pérdida parcial de la capacidad de realizar actos coordinados. Solamente lo hago de la mejor buena fe y con la mejor intencionalidad, muy benigna, por cierto, para a la hora de modificar nuestro Código, busquemos muy bien esta información. Me comunicaron que probablemente un autor de textos de responsabilidad médica, que creo que es el doctor Aguiar, parece que utiliza esta terminología. Lo único que estoy sugiriendo es el análisis, a fondo, de este término, a los fines de que no se vaya a crear una confusión que creo que también aquí, en Venezuela, nosotros debemos estudiar muy bien a la hora de modificar nuestro Código de Deontología Médica. Chúo, digo esto no para establecer ningún tipo de

polémica, porque tú sabes la entrañable amistad que tenemos y que podemos revisar esta materia juntos”.

Dr. BARRET DIAZ, Uruguay: “Agradezco mucho las observaciones. La mayoría de los colegas han enfatizado aspectos de la presentación. Yo diría que por fuera de lo presentado, hay dos aportes que quiero comentar brevemente para que formen parte, tal como se pidió, de lo que es el cuerpo doctrinario de CONFEMEL. El doctor Contreras, cuando se refiere al aspecto ético respecto a las condiciones en que se presta la asistencia en las instituciones, eso tiene su correlato en la responsabilidad médica en cuanto a una de las formas de la naturaleza, de la obligación del contrato asistencial. Habíamos hablado de las obligaciones de medios, de las obligaciones de resultados, señalando que la responsabilidad médica fundamentalmente se centra en la de medios, salvo cosas puntuales que ya enumeramos, y que existe una forma, una naturaleza de la obligación, que es la de seguridad que le compete a las instituciones, evitando o previniendo la patología nosocomial. En ese sentido, hay análisis de que le compete no sólo a las instituciones asistenciales, privadas o públicas, sino al propio Estado como regulador de las actividades prestadoras de salud, en cuanto a las normatizaciones, las acreditaciones de calidad, las inspecciones ..., de que ellas efectivamente se cumplan ... O sea, que tanto en su deber de regular como en las omisiones en que pueda caer el Estado al no regular o no inspeccionar el cumplimiento

de las regulaciones, hay también ahí una obligación de seguridad sobre la que nosotros tenemos que actuar, porque forman parte del contexto en el cual se desarrolla la actividad profesional y, muy a menudo, si no son estos aspectos bien analizados, bien disecados, separadas unas responsabilidades de otras, unas obligaciones de otras, suelen terminar recayendo sobre el médico como vía final común de todo el proceso, responsabilidades que le competen a otros actores de la cadena prestacional, dado que el médico no actúa para nada aislado, sino absolutamente inserto en un sistema en la realidad actual. De modo que es uno de los aspectos a seguir trabajando, asignar a cada cual la responsabilidad que le cabe.

En cuanto al aporte del doctor Cabrera, por supuesto que la objeción de conciencia es una cuestión absolutamente elemental y válida que debe ser tomada en cuenta. Lo que nosotros solemos considerar en conjunto con la objeción de conciencia, es la solución del problema asistencial de la paciente. O sea, es cierto que está el binomio médico-paciente, es cierto que hay, a veces, otra dualidad más entre la paciente como madre y su hijo concebido, etc., y si en este conjunto de factores añadimos, por supuesto, la aceptable objeción de conciencia, yo creo que ...". (*Fin cassette nro. 11, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 12, lado "A"*).

Dr. BARRET DIAZ, Uruguay: "... Entonces, la objeción de conciencia tiene como contrapartida indisoluble, el de simultáneamente asegurar la canalización de la atención de la paciente, respetando, incluso, aquellos aspectos de autonomía que la bioética asegure dentro de las normativas vigentes desde el punto de vista legal en cada país, pero, fundamentalmente, asegurando lo asistencial, o sea, que no se genere una situación en la cual la de por sí aceptable objeción de conciencia, genere un vacío asistencial que, por supuesto, no estoy pensando que el doctor Cabrera lo haya pensado o planteado incluido dentro de las opciones, sino que hay que explicitar siempre que la objeción de conciencia tiene como otra cara de la moneda, el asegurar la continuidad asistencial por colegas que puedan, efectivamente, participar en los términos en que los valores del paciente más la normativa legal, etc., etc., etc., lo permitan.

Agradezco mucho los agregados, las observaciones, y los incorporamos al cuerpo doctrinario de la CONFEMEL, que así, de asamblea en asamblea, se va enriqueciendo y actualizando".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muchas gracias al doctor Barret. Ha concluido el rol de intervenciones. Se han recogido propuestas. Además, se han hecho aportes y expresado opiniones muy respetables respecto a temas que al parecer no podrían estar directamente relacionados con el tema de responsabilidad médica, sino en determinados

aspectos. Como bien dijo el doctor Figueroa en su primera intervención, hay que tener ... (*pausa*).

En nuestro caso, la Ley General de Salud, que está en proceso de observación, que los médicos la observamos y queremos modificarla, establece que producido un acto en el cual como consecuencia hay daño o insatisfacción para una paciente de las que va a los servicios públicos o privados de salud, el o la paciente pueden reclamar el resarcimiento correspondiente, la indemnización ... La Ley señala que ese resarcimiento debe hacerse entre el profesional directamente involucrado en el acto y de manera de corresponsabilidad por la institución, de frente, o sea, producido cualquier problema que genere daño y dé lugar a un reclamo por los pacientes o usuarios, hay una corresponsabilidad entre el profesional y la institución, pero, añade la ley, que si el profesional, previamente, ha llamado la atención sobre deficiencias en las condiciones, equipamientos, que podrían generar estos daños, la responsabilidad es total del establecimiento, por lo que es una importante acción nuestra, al detectar malas condiciones, carencias en los servicios, en la tecnología, ponerlo en conocimiento de la fiscalía de prevención de los delitos, para dejar a salvo la responsabilidad del profesional, y de ocurrir algún problema, el establecimiento asuma por completo la responsabilidad. Por ejemplo, eso señala la Ley de Salud, en nuestro caso.

Otro de los aspectos que también se ha señalado es el asunto de la legislación que debemos tener en cuenta en cada una de nuestras realidades. El tema del aborto es polémico. Creo que no nos compete una discusión de este tipo. En cada país, desarrollamos debates muy intensos al respecto. En nuestro caso, por ejemplo, estábamos debatiendo desde la Constitución, el tema. En nuestro caso, el Código Penal exime de responsabilidad y autoriza el aborto terapéutico, y recientemente hemos tenido una enorme discusión sobre el tema de la anticoncepción oral de emergencia, por ejemplo; anticoncepción oral de emergencia que el Ministerio de Salud, durante el Gobierno de transición, salido Fujimori, había recogido como demanda de las mujeres y la incorporó dentro de la propuesta de planificación familiar, pero, el nuestro Gobierno, por ejemplo, simplemente la ha dejado de lado. El Colegio de Médicos, después de consultar a su Comité, a su Sociedad Científica de Ginecología y Obstetricia, a su Comité de Ética, a su Comité de Salud Pública, a su Comité de Eventos y a su Comité de Legislación y Doctrina, se ha pronunciado públicamente sobre la necesidad de restablecer la vigencia de la anticoncepción oral de emergencia, para que todas las personas que estén en circunstancias muy precisas y que requieran hacer uso de la misma, puedan acceder al servicio, porque, además, al suspender la vigencia, lo que se ha hecho es afectar a las mujeres pobres, porque eso significa que no se dan estos servicios en los servicios públicos, pero uno puede ir a cualquier farmacia privada y adquirir las pastillas

para anticoncepción oral de emergencia, por lo que en buen romance significa que la suspensión hecha por el Ministro de Salud, lo único que hace es afectar a las mujeres pobres que no pueden acceder al mercado privado.

Estos son temas, como digo, de acuerdo a cada una de nuestras realidades y tenemos que ser muy respetuosos y, por supuesto, dar todo el debate necesario respecto a temas de gran interés que, evidentemente, habría que hacer programaciones especiales para debatirlos, porque son temas de enorme trascendencia.

Como ha señalado el doctor Barret, vamos a recoger las propuestas. Creo que la responsabilidad médica no es sólo jurídica, sino también ética y administrativa, y frente a cada una de ellas tenemos que responder, como muy bien señalaba el doctor Minjares, con iniciativas que nos permitan resguardar el acto médico, resguardarlo en su profesionalismo, resguardarlo en sus condiciones de excelencia, resguardar la relación médico-paciente o relación clínica, como ha señalado recogiendo algunas apreciaciones el doctor Barret. Por eso me parece importante la exposición. Hay una serie de sugerencias respecto a cómo actuar en los distintos terrenos, pero creo que de acuerdo a cada una de nuestras realidades, tenemos que desarrollar una serie de políticas, programas y acciones para resguardar el ejercicio profesional y evitar que nuestros colegas se vean inmersos en esta problemática.

Por ejemplo, otra cosa que hemos hecho nosotros es recomendar permanentemente a los médicos, no adquirir seguros de mala práctica, y rechazarlos, porque como bien ha dicho el doctor ..., apenas aparece un seguro, se van a multiplicar ..., o como decía el doctor Barret, a judicializar de manera incontrolada, y eso de ninguna manera ..., lo cual no quiere decir que por eso no hayan juicios. Actualmente, hay juicios, con seguro o sin seguro, y los jueces están fallando, y desde el punto de vista penal fallan, en nuestro caso, sin carcelería efectiva, pero sí ponen multas y suspender en el ejercicio profesional por determinado número de tiempo, en el caso de las denuncias penales. En el caso de las denuncias civiles, sancionan con reparaciones, pero estas reparaciones están de acuerdo con la capacidad del médico, de sus magros sueldos y remuneraciones, y evidentemente no pueden colocar penas de 20.000, 50.000 ó 60.000 dólares, cuando un médico está ganando entre 400 y 600 dólares mensuales. Por eso hay las indicaciones muy precisas de no adquirir seguros de mala práctica, de ningún modo, lo cual no nos exime a los colegios profesionales y aún a las organizaciones gremiales, de dar la asistencia legal a los colegas, de orientar a los colegas cuando se encuentran en circunstancias de esas características, porque, querámoslo o no, los determinados colegas se ven envueltos en juicios. ¿Y qué hacen en esas circunstancias los colegas? ¿Qué orientación les damos? ¿Qué respaldo le hacemos? Sin

llegar a establecer seguros, si la asistencia legal, el servicio legal, organizados por nuestras instituciones, por lo menos, en mi país, es una exigencia creciente de los médicos. Los médicos quieren que sus organizaciones médicas los defiendan en esas circunstancias, y para eso hay que organizar servicios legales de apoyo para su orientación.

Colegas, pasamos al punto de agenda relacionado al tema de **"Salud y Seguridad Social"**. En este caso, no existe una moción específica. El doctor Antonio Clemente, de Venezuela, va a hacer una intervención sobre este tema, pero debemos recordar que a todos se les han entregado los documentos de la Confederación, en donde hay una serie de pronunciamientos sobre el tema. Recordemos que, inclusive, la primera Asamblea de Porlamar, tuvo como pronunciamiento específico una declaración muy importante sobre seguridad social, que mantiene, desde nuestro punto de vista, su plena vigencia".

Dr. ANTONIO CLEMENTE, Venezuela: "Estoy hablando en nombre de la Comisión que está haciendo los estudios sobre las Leyes Orgánicas de Salud y de Seguridad Social. Quiero comenzar recordando un hecho histórico que para nosotros, especialmente, en Venezuela, tiene una enorme importancia. El Libertador Simón Bolívar, en el Congreso de Angostura, en el año 1819, cuando hizo referencia a la felicidad de los pueblos, citó tres aspectos específicos: 1) el equilibrio político, 2) la seguridad social y 3) la felicidad del

pueblo. Aparentemente, según los historiadores médicos venezolanos, es la primera persona que hizo referencia al concepto de seguridad social tal como existe hoy y, de hecho, antecedió a la creación del seguro social por Bismark, en Alemania, en 1883. La segunda cosa que quería mencionar, es la siguiente. Entre los años 1980 y 1983, estuve en el Consejo Directivo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, como Vicepresidente, y avisorábamos que los ingresos del Instituto estaban por debajo de los egresos. En este orden de ideas, se hizo un estudio con los balances de comprobación, y conseguimos que era absolutamente indispensable el aumento de los aportes, no relacionados con el monto económico del salario percibido, porque las pruebas que hicimos con los actuarios del Instituto, señalaban que el porcentaje de personas que tenían ingresos altos era relativamente bajo, y lo que se llama masa monetaria que era el total de la recaudación, no iba a ser suficiente. Hicimos una proyección de ese estudio, y señalaba que para 1984 había que ascender el aporte en 0,04% del salario. Tuvimos grandes reuniones con el Ministro del Trabajo de turno, él lo llevó al Gabinete y el Gabinete Ejecutivo lo negó sobre la base de que esto no era político. Desde esa época a esta parte, ha sucedido cualquier cantidad de cosas. Por ejemplo, el Fondo de Pensiones del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales desapareció, debido a que fue todo invertido en el seguro de salud, y como esto muchas otras cosas. Personalmente, siempre he creído que es necesario señalar la culpabilidad ineludible del

Ejecutivo Nacional, a no oír los argumentos técnicos de los actuarios. Ahora, en su descarga hay otro aspecto importante. El promedio de ingreso ..., y nos estamos metiendo en un campo que realmente no es el médico, pero es ineludible ... El promedio de ingreso del trabajador venezolano es sumamente bajo, y en aquella época también lo era. Por eso les digo que estamos entrando en un terreno sumamente difícil. Los economistas venezolanos, algunos de ellos muy connotados como el doctor Miguel Rodríguez, que fue Ministro de Planificación, y en otra oportunidad, Presidente del Banco Central, ha dicho repetidas veces que es imposible lograr un equilibrio económico dentro de la seguridad social, mientras no haya un crecimiento económico estable. Ahora, es evidente que ésta es una materia que a nosotros no nos compete, pero sufrimos las consecuencias, porque lo vemos en los hospitales y en los ambulatorios, como lo han relatado todos ustedes varias veces.

Bueno, la situación de Venezuela es la siguiente. La ley que mencionó en una intervención, el Presidente de la Federación, fue aprobada el 30 de diciembre de 2002, en pleno período vacacional y de paro. Por supuesto, fue aprobada exclusivamente por los parlamentarios pertenecientes al Gobierno. Ahora, esta ley que vamos a relatar un poco más adelante, va a ser aplicada en un lapso de cinco años. En los momentos actuales, ésta es la ley que rige a Venezuela, la Ley del Seguro Social, en la cual los asegurados contribuyen con el 4,22% del salario,

y las empresas y el Gobierno, con el 9,98% y 1,5%, respectivamente, lo que da un aporte total de 15,7% del salario para el sistema de seguridad social. Más adelante veremos la de otros países latinoamericanos y europeos. Quiero mencionar algo que es muy importante antes de salir adelante. Las cifras que ustedes observan, no son mías. Esas cifras proceden de una publicación que hace la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) y el Seguro Social de los Estados Unidos de América. Las cifras las pone la Asociación y las edita el Seguro Social norteamericano. Esta publicación tiene 37 años. Comenzó con un número menor de 40 países y hoy día (la última edición es de 1999) relaciona 178 informes nacionales de cada uno de los países miembros de la Asociación Internacional de Seguridad Social. Estas cifras, como les digo, proceden de ahí. Es posible que en algunos de los países, esas cifras hayan variado. No nos preocupemos tanto de las cifras pequeñas, sino vamos a fijarnos un poco más en las cifras totales de aporte. Las voy a leer un poco rápido y, por supuesto, redondeando los números, porque es más fácil, y está la comparación entre el año 1993 y el año 1999. Bolivia, por ejemplo, en el año 1993 hace un aporte aproximado del 29% y eso descendió a 27%. Colombia tenía un aporte de 22% y subió a 34%. Venezuela tenía 17,7% y bajó a 15,7%. Argentina tenía 45,4% y subió a 46%. Chile tenía 25,45% y descendió a 23,22%. Brasil tenía 37,46% y bajó a 34%. Costa Rica tenía 33,5% y bajó a 33,3%. Nicaragua tenía 20,5% y tiene 15,5%. México tenía 14,5% y tiene 26,261%.

La República Dominicana tenía 16,67% y tiene 15%. Por supuesto que nosotros tomamos una muestra de países. Esto no es el universo total ni muchísimo menos. Estos son los países del Caribe no latino, y Norteamérica. Por supuesto, de nuevo tomamos muestras. Barbados tenía 16,67% y tiene 12,07%. Canadá tenía 15,58% y tiene 16,97%. Estados Unidos tenía 22,33% y tiene 23,55%. Nos pareció que era necesario tomar una muestra de los países que realmente tienen un nivel de seguridad social más adelantado, que son los países europeos. Aquí observaremos nosotros que las cifras son muchísimo más elevadas que las que observamos en nuestro continente. Alemania tenía el 61%, en 1993, y tiene 41%. Francia tenía el 53% y tiene el 50%. Hungría tenía el 79% y ahora tiene el 51%. Polonia tenía 43% y ahora tiene 47%. Rusia tenía 33,8% y ahora 39,5%. Inglaterra tenía 12,2% y ahora 20,25%. Suecia tenía 34,59% y ahora 9,43%. Me voy a detener por lo siguiente. Estos dos países, Inglaterra y Suecia (Inglaterra, por supuesto, hace mucho tiempo, y Suecia, recientemente), decidieron cubrir la seguridad social con base a la recaudación general de impuestos, sin contribución de los trabajadores. Me imagino que tendrían sus razones, pero las que yo conozco de la Asociación Internacional de Seguridad Social, no se compaginan mucho con esto, porque ellos dicen que la única forma de que la persona tenga conciencia de que está recibiendo un servicio, es que pague por él. De hecho, no hay la menor duda de que Europa Continental, en lo que a seguridad social se refiere y, especialmente,

los dos rubros fundamentales que son salud y pensiones, los tiene mejor que ningún otro grupo de países en el Mundo. España tenía y ahora tiene 38,8% y ahora 38,08%, prácticamente, lo mismo. Italia tenía 40,55% y ahora tiene 38,08%. He recibido una información que no he comprobado. Parece que el Gobierno español también decidió pagar la seguridad social, de la recaudación general de impuestos. No conozco las razones, pero, en fin de cuentas, ese principio no es de las cosas que más me atrae. Este cuadro es interesante. Fíjense ustedes que en 1993, haciendo un promedio de los aportes a la seguridad social, de los países seleccionados al azar, da 25%. Europa, para esa época, tenía 45%. Quiere decir que entre y otro grupo de países, hay una diferencia del 20% que en seguridad social es una diferencia abismal. Ahora, en 1999 observamos de nuevo que la cifra que tenemos en Latinoamérica y América, en general, es de 24%, y la de Europa es, prácticamente, de 28%. De nuevo hay una diferencia, pero no es tan grande. Ahora, lo que sí podemos observar y que se ve claramente, es que el aporte al sistema de seguridad social en este lapso de seis años, entre uno y otro grupo de países, se observa que ha descendido. Desconozco cuál es la explicación de eso, pero es un hecho real. La Ley de 2002, a la cual hemos hecho referencia, por supuesto que tiene características que se deben considerar como positivas. Es una ley que prevé la universalidad de la cobertura de la población por el sistema de seguridad social, una cosa parecida a la que existe en Costa Rica, pero con un defecto

estructural inexplicable, en donde dice que las personas, contribuyan o no al sistema, estarán cubiertas. Nosotros sabemos que esto, desde el punto de vista humano, es muy bueno, pero desde el punto de vista financiero, simple y llanamente, es un sueño. En los países en los cuales se decide que las personas de bajos recursos estén amparadas por los sistemas de seguridad social y no contribuyen, contribuye por ellos, el Estado. Eso no tiene ningún problema, pero, en Venezuela, no entiendo el razonamiento de los legisladores, del porqué llegaron a esta hipótesis. Creo que eso no pasa de ser una hipótesis. Dice lo mismo que todas las leyes de seguridad, pero considero que hay que relevar que los recursos no pueden ser usados, sino con fines exclusivamente sociales. Luego, prevé un equilibrio financiero y actuarial, y aporta una idea que es un poco nueva y es que los balances del Instituto o del Sistema de Seguridad Social, pueden ser sometidos a auditorías internacionales. Considero que esto es positivo, porque a todos nos consta que los Sistemas de Seguridad Social han sido muy difícilmente auditables, incluyendo el de los Estados Unidos de Norteamérica. Asimismo, cubre seis contingencias. A estos señores se les ocurrió introducir en el Seguro Social, la cobertura de la vivienda y el hábitat. Sinceramente, por lo poco que conozco sobre la materia, me parece que es un exabrupto, porque el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales tiene ... (*falla técnica*)".

(PAUSA)

(Fin lado "A", cassette nro. 12).

(Continúa cassette nro. 12, lado "B").

Dr. ANTONIO CLEMENTE, Venezuela: "... Cuando se celebró la Asamblea Ordinaria Anual de la Asociación de Academias de Medicina del Continente ... Hay una tendencia muy marcada a omitir el origen de la competencia per se, y se tiende a vincularla enormemente a la economía de mercado, cuando el origen del concepto de competencia es muchísimo más antiguo. Hay un trabajo de Federico Nietzsche, que se llama "La Oda de Homero", en el cual, al final, dice que el pensamiento griego desapareció cuando los griegos dejaron de competir. Los filósofos profesionales dicen que ese pensamiento de Nietzsche evidencia claramente lo que él pensaba del pensamiento griego clásico. Me da la impresión de que nosotros, en Latinoamérica, estamos en el momento de reconsiderar un poco el uso de término globalización, porque éste es un término que ha sido generado exclusivamente por las investigaciones extraterrestres y que ha conllevado al uso de las computadoras, prácticamente, a las comunicaciones, a nivel de todo el mundo. La globalización no es un ningún decreto. Es una cosa que ha sucedido a través del desarrollo del conocimiento. Me parece que lo más prudente es que nosotros vayamos concientizando los

conceptos de comunicación y los conceptos de competencia, porque, en fin de cuentas, nos vamos a seguir enfrentando con ellos todos los días".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Muy agradecidos al doctor Antonio Clemente por su exposición, que creo ha dado un marco adecuado para las intervenciones de los colegas que así lo deseen. Vamos a abrir el rol de los delegados que quieran hacer uso de la palabra. Están anotados para el uso de la palabra, los doctores Pedro Contreras (Colombia), José Luis Minjares (México) y Rafael Méndez Díaz (Venezuela)".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Quiero sólo comentarles algunos aspectos nuevos del desarrollo de este tema en mi país, ya que como dijo el Presidente de CONFEMEL, doctor Julio Castro, éste es un tema con el que arrancamos la unidad de CONFEMEL, en Lima, Perú, y hemos consensuado muchos criterios y aspectos fundamentales y consideramos que lo más avanzado en la protección de la Humanidad es un sistema de seguridad social interal. Sólo quiero recordarles como criterio de reflexión y enfoque de estudio de este tema, es que de acuerdo al estallido del desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, ha habido un aspecto de la práctica médica o descontrol de la enfermedad, o de calmar el dolor y salvar vidas ... Por ejemplo, en el esclavismo, y antes en lo primitivo, existía el criterio que hoy parece ser moderno, que se llamaba el autocuidado

médico. Era la persona sola que tenía que resolver sus problemas. Entonces, el término autocuidado médico no es una cosa moderna. Es lo más prehistórico, lo más cercano a la premodernidad. Luego, en la época feudal, cuando el señor feudal tenía que resolver dos problemas: cuidar la salud y recuperar la salud de sus soldados y de sus ejércitos que batallaban, o de sus siervos que sembraban ... y la greba que sembraban los alimentos, montaron, entonces, lo que conocimos como la medicina de hospitales, e inclusive se acuñó el término de hospitales de caridad ... Posteriormente, en el capitalismo aparece el término de los seguros sociales que es la protección a los riesgos laborales, enfermedad general, maternidad, invalidez, vejez, muerte, accidente de trabajo y enfermedad profesional ... Luego, en el monopolio comenzó a expresarse la protección social y era un problema eminentemente paternalista, y los Estados se dedicaron a resolver el problema de las necesidades de la población. Fue en el desarrollo económico, político y social de la Humanidad y las sociedades, que apareció el famoso estado bienestar, que es mucho más amplio que el estado social de derecho, y entonces aparece el modelo de la seguridad social integral, que no solamente atiende el problema de la salud, sino además el problema de las prestaciones económicas, que no solamente atiende salud y prestaciones económicas, que ahí están incluidas las incapacidades y las pensiones, sino que pasa al criterio de los servicios sociales complementarios, tratando de incidir en los condicionantes y determinantes del nivel de salud y

calidad de vida de la población, y, por lo tanto, entonces, se habla de políticas de vivienda, de recreación, de deportes, de educación, de empleo, de subempleo, etc., y el cuarto punto, que es un punto clave, que es el problema del libre desarrollo de la personalidad, y es tratar de estudiar los riesgos que tiene la gente en la adaptación de los nuevos avances científicos y tecnológicos. Muchos de nuestros países no han llegado ni siquiera al criterio de los seguros sociales, o si acaso han llegado a la protección social ... Hoy, en Colombia, estamos en un proceso de retroceso. El Gobierno de Uribe Vélez, colegas, por facultades que le otorga el Congreso de la República, acaba de eliminar el Ministerio del Trabajo, así como el Ministerio de Salud. Entonces, creó un nuevo Ministerio que unificó funciones de los dos, que se llama Ministerio de la Protección Social, y la razón honda y loronda, colegas, es que, en Colombia, el trabajo se va a acabar. La recesión profunda, la profunda crisis económica del país, el modelo neoliberal de la apertura y la internacionalización de la economía, ha llevado al fracaso del aparato productivo, de altas tasas de desempleo, etc., etc. Entonces, la razón es muy lógica. ¿Para qué el Ministerio del Trabajo, si no va a haber trabajadores? Lo mismo sucede con la salud. Como la salud es un negocio que está sometido a las leyes de mercado que la manejan empresas intermediarias, ¿para qué el Ministerio de Salud, si no hay que regir el bienestar y el nivel de salud de la población? Entonces, eliminaron

el Ministerio de Salud. En el recién creado Ministerio de Protección Social quedaron tres Viceministerios: 1) el de Relaciones Laborales, que reemplaza algunas funciones del Ministerio del Trabajo, 2) el de Salud y Bienestar, que reemplaza al Ministerio de Salud y 3) el Técnico, que maneja el criterio fundamental que es el financiero y reglamentario. Entonces, hoy, en Colombia, se abre más en la conciencia de muchos dirigentes políticos, se abre mucho más en la conciencia de muchos empresarios y se abre mucho más en la conciencia de la mayoría de los trabajadores colombianos y del pueblo, en general, que el tema de lograr un sistema integral de seguridad social, es una reivindicación que está en mora de conquistar el pueblo colombiano y creo que muchos pueblos que ustedes representan. Por eso quiero decirles que éste es un tema de suprema presencia, vigencia y que tiene futuro, porque no habrá, colegas, ningún país que pueda salir del subdesarrollo, del atraso y de la crisis económica, si no utiliza el instrumento de mayor bienestar colectivo que es el instrumento de la seguridad social. España, todavía mantiene criterios amplios y generosos del estado de bienestar, pero, hoy, en dicho país, la seguridad social le está resolviendo un problema al pueblo español que es el problema de la natalidad. España no tiene sino una generación envejecida y no tiene quien reemplace a esos viejos y ha golpeado duro el régimen pensional. Hoy, en España, hay 1.5 pensionados por 1 activo, para que no nos asustemos con la relación de dependencia que nos dicen en nuestros Gobiernos, que si no hay tantos activos, allá es

1.5 pensionados por activos ... ¿Qué significa esto? Que hay más jubilados y pensionados más viejos que jóvenes, en la generación de empleo. ¿Cómo se resolvió el problema en España? A través del Pacto de Toledo, entre el Gobierno, representando al Estado, los empresarios y las organizaciones sindicales, las comisiones obreras y la Unión General de Trabajadores de España, que resolvieron un pacto adonde nada se hace en la seguridad social sino es en consenso tripartito. El problema más grave que tienen los españoles, repito, es la reproducción de una nueva generación de españoles. ¿Y saben quién les está dando la mano en eso? La Seguridad Social Española, que está estudiando incentivos y ha comenzado a desarrollarlos en algunas provincias para darle estímulos a las parejas que tengan hijos. Si una pareja tiene un hijo, le dan el 25% del mantenimiento; si tiene dos, le dan el 50%; si tiene tres, le dan el 75% de sostenimiento ... Quiere decir que es la atención, que es la educación, que es el bienestar ... Los españoles son maestros en esto de la utilización adecuada del instrumento de la seguridad social integral, para mantener las condiciones de vida y la calidad de vida de un pueblo. Me gustaría, compañeros, que ustedes estuvieran atentos al desarrollo del proceso, de la defensa y consolidación de un modelo de seguridad social como el de España".

Dr. JOSE LUIS MINJARES, México: "Lo que quiero es señalar el hecho de que continúa esta etapa neoliberal llevando adelante los planteamientos del Fondo Monetario

Internacional y el Banco Mundial. Creo que ayer les hice referente a cómo es que el Director del Instituto Mexicano del Seguro Social y el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, todos los días ofrecen una conferencia de prensa en cuartos contiguos, en mi opinión, para no "desbalagar" a los periodistas, dando informes apocalípticos. Hay que recordar que el señor Santiago Levi, el Director del INS, es el mismo que firmó por órdenes del doctor Cedillo, ex Presidente de la República, los pagarés del FOAPROA, o sea, que tiene experiencia en quebrar instituciones, y es por ello que lo mandaron al Instituto Mexicano del Seguro Social, y la idea, precisamente, es quebrarlo. Desde hace muchos años, se le ha retirado el financiamiento a las instituciones de salud, con la finalidad de ir empujando esa quiebra. Hay que tomar también por parte de CONFEMEL, en ese sentido, algunas actitudes y/o declaraciones que permitan enfocar en el sentido correcto. En México, a pesar de que la Academia Mexicana de Derecho a la Seguridad Social, ha buscado permear al nivel ejecutivo como es el Presidente de la República, o en el Congreso de la Unión, sus planteamientos con relación a que sí existe remedio para la seguridad social y que se tienen planes actuariales donde se justifica con una comparación muy buena como lo hace el doctor Contreras, con España, que esto tiene remedio y puede ser llevado adelante. La tozudez y los compromisos del Ejecutivo Federal y de los legisladores al servicio de otros intereses, nos están llevando a ese punto de quiebra. Entonces, amerita

empujar un tanto más en acciones como ésta. Ya se hablaba cómo es que un país como Costa Rica no tiene ejército y sí tiene disposición para gastar en seguridad social. México es un país que ha invertido o que ha tirado a la basura 478.000 millones de dólares en 20 años, sólo por el pago de intereses en lo que se refiere a la deuda externa. El planteamiento aquí, debe ser más de fondo. Sí hay recursos. Lo que sucede es que toda esta riqueza que se genera, se envía a una potencia extranjera".

Dr. RAFAEL MENDEZ DIAZ, Venezuela: "Creo que en este caso de la seguridad social, tal como decía el colega del Brasil, las Federaciones y Colegios Médicos, deben ser más proactivos. En el caso venezolano, tenemos una nueva Ley de Seguridad Social que fue aprobada el 30 de diciembre de 2002, en pleno paro, por la mayoría de los diputados de la Asamblea Nacional afectos al presidente Hugo Chávez Frías. Las federaciones y colegios, deben tratar de implementar acciones que permitan que médicos conedores de gremio, conedores de problemas de salud, de seguridad social, lleguen a la Asamblea o Congreso Nacional, porque de alguna manera tenemos que tratar de modificar la intencionalidad tan funesta de estas leyes. En el caso venezolano, el que se lea la ley se dará cuenta que la misma está montada para manipular desde el punto de vista gremial, desde el punto de vista económico, al gremio médico venezolano. Existe una total dependencia del Presidente de la República, que es el que va a definir cuál es el órgano rector de la seguridad

social en Venezuela. Este Instituto de la Seguridad Social, va a depender de varios Ministerios: Ministerio de Finanzas, Ministerio de Salud, Ministerio de Previsión Social y Ministerio del Trabajo. Asimismo, se crea una burocracia excesiva, porque cada una de las incidencias de seguridad social va a estar representada por un instituto autónomo. Estará la Superintendencia, la Tesorería, el Instituto Autónomo de Pensiones y el Instituto Autónomo de Prestaciones, aparte de que se crea el Banco de la Vivienda y del Hábitat. Es decir, que el costo de esta seguridad social, de acuerdo a la nueva ley, es verdaderamente excesivo, y aparte de eso, el funcionamiento será muy complejo, porque van a haber muchos jefes y demasiadas imbricaciones en el manejo de este sistema. Eso era lo que quería aportar. Quería agregar, que como decía el doctor Pedro Contreras, el sistema de seguridad social venezolano se hizo copiando o con la asesoría de especialistas en seguridad social española. Yo creo que lo mejor que copia el sistema de seguridad venezolano, aparte de la universalidad, es que los recursos se utilicen con fines sociales. Otra de las cosas positivas es que se busca, a través de la legislación, mantener un equilibrio financiero y actuarial y, por supuesto, una de las cosas que sería algo negativo, es que la ley condena al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales a desaparecer en el lapso de cinco años".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Ha concluido el rol de intervenciones y el doctor Clemente Lugo va a hacer algunas precisiones. Solicitamos permitir al doctor Antúnez realizar algunas precisiones".

Dr. CARLOS ANTUNEZ, Venezuela: "He querido intervenir esta vez, porque en el transcurso de mis viajes para venir a la Federación Médica Venezolana y regresar a Maracaibo, he tenido la oportunidad de compartir con congresantes, con los diputados y senadores del anterior Congreso de la República, y ellos me decían que venía un problema para los jubilados; que nosotros éramos la segunda causa de crisis económica en Venezuela; que la primera era el petróleo y la segunda éramos los jubilados; que por todos los medios tenían ellos que buscar la forma de eliminar a los jubilados ... Creo que por ahí viene la cosa, al punto de que se está hablando de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, que fue aprobada el 30 de diciembre pasado, pero ante de esto nos habían metido la Ley del Estatuto de la Función Pública. En esta ley se eliminan todas las leyes anteriores que tienen que ver con seguridad social, y nos llevan a un Viceministerio de Planificación y Desarrollo Social, el cual va a regir todos los ingresos, traslados, etc., etc., llegando al extremo de ser quienes van a elaborar los baremos y van a participar en los concursos para los cargos médicos. Eso está establecido en el punto 11. Resulta que pueden tener el ejemplo ..., y por eso quiero hacer este llamado, que no se olviden que un grupo

de diputados médicos estuvo en la Federación Médica Venezolana conversando con el Comité Ejecutivo, para servir de mediadores en el conflicto. En esa oportunidad, me permití presentar el problema grave de los médicos y sus familiares. Eso fue motivo o dio como resultado, que el único artículo que se pone acá, que permanece vigente, que está como artículo 134, es la vigencia del Reglamento de la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones, Pensionados y Sobrevivientes, porque yo les decía que era imposible que se eliminara este artículo, porque en el artículo 27 nos permite a los jubilados y a los sobrevivientes, disfrutar de todos los beneficios económicos de los activos, y se mantuvo. Quiere decir que lo que propone el doctor Rafael Méndez, es real. Tenemos que buscar a este grupo de colegas de la Asamblea Nacional, e ir los Colegios de Médicos y la Federación Médica, a convencerlos de ver en qué forma el Reglamento de la Ley nos permita tener una verdadera seguridad social. Hoy vi en un programa de televisión, quiénes son los diputados que están morosos con el pago de las cotizaciones del Seguro Social. Ninguno paga, señores. En los últimos diez años, ninguno ha aportado a la seguridad social, pese a que sus salarios son de 3.2 millones de bolívares. Gracias por darme la oportunidad de intervenir".

Dr. ANTONIO CLEMENTE, Venezuela: "Hay dos o tres puntos que involuntariamente omití en mi exposición, pero tienen cierta importancia. Me da la impresión de que para

Latinoamérica es más fácil mirar al modelo europeo de seguridad social, que ningún otro que hay en el mundo en los momentos actuales. Con los europeos, primero, nosotros tenemos nexos atávicos con ellos por muchas generaciones y, segundo, nuestra propia idiosincrasia y sobre todo nuestra propia escala de valores que es profundamente mediterránea, se asemeja mucho más a la Europa Continental que ningún otro grupo humano. Fíjense que en Europa, por ejemplo, el seguro social hace lo que nosotros sin haber logrado nunca nada ..., es que el seguro social cobre y pague ... Pero, por ejemplo, las instalaciones de salud deben ser autónomas. No tiene nada que hacer el seguro con estar administrando cosas de esas. Eso sería mucho más fácil, como sucede en Europa. Segundo, la hipótesis de que los fondos de pensiones sean administrados por entes privados, ha tenido una crítica muy fuerte de la Asociación Internacional de Seguridad Social, en este sentido. Ellos dicen que ese no es un modelo original; que la única forma de probar ese modelo es esperar que pasen 40 ó 50 años, porque ese modelo tiene que pasar por crisis, guerras, etc.; luego, la opinión del Presidente del Banco Central de los Estados Unidos de América y del Ministro de Hacienda, que ambos dijeron que colocar los fondos de pensiones en instrumentos de renta variable, valga decir, acciones, o instrumentos de renta fija, valga decir, bonos, es muy arriesgado, porque hay una variable económica que es ineludible, que cuando se aumenta la rentabilidad, se aumenta el riesgo, y el dinero de las pensiones lo que

necesita es seguridad y no aumentar. Por último, algo muy fundamental, que no es nuestro campo, pero, inevitablemente, nos toca: hay dos modelos de política económica; uno, el fenecido, la política estatal económica de planificación central; y, el otro, de la llamada política de economía de mercado. Pero, hay un tercer modelo que fue desarrollado en la Universidad de Friburgh, varios años antes de la llegada de Hitler al poder, que es la economía social de mercado, en otras palabras, que es un camino intermedio entre la economía de planificación central y la economía de libre mercado. Me da la impresión de que nuestros colegas políticos en Latinoamérica, deberían comenzar a pensar en vías alternas, porque el camino que nosotros llevamos, no ha dado los resultados de felicidad a la población que debe llevar".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Antonio Clemente por la exposición inicial sobre el tema y a los demás colegas por sus intervenciones. Para resaltar la trascendencia de este tema, que todos tenemos claro que es un aspecto fundamental de preocupación de las organizaciones médicas y, en particular, de nuestra Confederación, que nació, justamente, al calor de la lucha por la defensa de la seguridad social a mediados de la década pasada en los momentos más fuertes del vendaval neoliberal, que hizo de la seguridad social uno de sus blancos preferidos, particularmente, el tema de pensiones; pensiones fue lo

primero que atacó centralmente, privatizó, y el tema de la seguridad social en salud, lo está sistemáticamente horadando, mientras que pensiones, a través de este planteamiento del ahorro forzoso para la vejez, de las AFP, es el que ha llevado adelante ... Pero, además de hacer la creación de este sistema privado de pensiones, ha generado todas las condiciones para favorecerlo, y en esa medida ha degradado y desvirtuado los seguros de pensiones públicos que existían para que se desanimen por completo, los trabajadores, de permanecer o afiliarse a este sistema. Recordemos, en el caso nuestro, inclusive, que tuvieron que pasar varios años para que una importante proporción de los trabajadores asegurados abandonara el seguro público hasta haberlo distorsionado por completo. A eso es lo que se refiere el seguro público. Creo que es importante señalar en la intervención del doctor Clemente, así como la del doctor Contreras, la ...". (*Fin cassette nro. 12, lado "B"*).

(Continúa en cassette nro. 13, lado "A").

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "... en el mundo, y que es una evolución que se ha ido construyendo socialmente. Sus valores y sus principios han ido surgiendo de la creación práctica por nuestras sociedades en el mundo, de estas estructuras de prevención contra las contingencias de riesgo de las personas. Indudablemente, un avance muy importante fue el que a partir del Informe Beverich, en 1942, se diera el salto a

la concepción de la seguridad social como derecho de las personas, superando la concepción del seguro social como derecho de los trabajadores, he ahí la diferencia, el seguro social como derecho de los trabajadores vinculado al trabajo y la seguridad social como derecho de los ciudadanos de un país. A partir de eso, se han ido construyendo experiencias en seguridad social, en salud y en pensiones, pero, sobre todo, en salud, universalizándolos, en donde se ha avanzado desde las contribuciones de los trabajadores, desde las contribuciones mediante otros mecanismos distintos a la planilla de los trabajadores independientes, y el aporte del tesoro público, del financiamiento público a nombre de las personas que no tienen posibilidades de aportar por carecer de recursos permanentes y consistentes ... Este tema ha sido muy importante. Hoy, se está discutiendo en el mundo y en América Latina, a partir de un concepto que está quedando de aceptación, más o menos, consensual, en rechazo a las concepciones y el enfoque económico y de mercado del neoliberal mismo, cual es sobre la necesidad de garantizar a todas las personas, mediante la universalidad de la seguridad social. El tema es cómo financiar y cómo organizar las prestaciones, y ese es el gran debate que está hoy recorriendo el mundo, o sea, cómo financiar cuáles son los aportes para darle sostenimiento a la seguridad social en el tiempo, lograr la universalidad a todos los ciudadanos y ciudadanas, y el tema de la organización de las prestaciones, si se hace a través de la administración privada de estos

fondos, mediante organizaciones privadas, y ahí es donde las organizaciones, no sólo médicas, sino de los trabajadores de todo el mundo, están dando una batalla por defender el financiamiento de esta institución y la prestación garantizada a todas las personas. De modo que éste es un tema de la mayor importancia y creemos que es necesario poder recoger todas las experiencias. En nuestra América Latina y del Caribe, los sistemas han sido, básicamente, de seguros sociales parciales a sectores de la población en distintas proporciones, desde los menos desarrollados que han alcanzado al 15 ó 20% de la población hasta los más avanzados que llegan al 80-80% de la población, y cómo a partir de esas realidades avanzar. Se están poniendo en práctica algunas experiencias. Por ejemplo, en mi país se está poniendo en práctica el Seguro Integral de Salud para aquellos que no están en la seguridad social, en los seguros sociales, y creo que lo mismo ocurre en Bolivia a partir de las experiencias de seguros parciales, a determinados grupos de poblaciones: seguro escolar, seguro materno-infantil, y se está avanzando a seguros públicos, populares o integrales, pero que todavía no son tales, es decir, no son seguros, sino formas particulares de subsidio a determinados sectores de la población, y que, además, no están debidamente financiados. Inclusive, a muchos de ellos los financian con aportes de la cooperación internacional, lo cual no le da en absoluto sostenibilidad, porque para que tengan sostenibilidad, estos seguros, o que se proyectan como seguros, deben

tener financiamiento público. Entonces, éste es un tema que hoy está en el centro del debate, y creo que la Comisión que nuestra Confederación precise ahora su composición, debe asumirlo como una responsabilidad muy importante para promover el debate sobre las experiencias que se vienen desarrollando, y ese debate participar, como se ha dicho, de manera muy proactiva, con iniciativas, con propuestas que parten de defender los derechos de los ciudadanos y ciudadanas, a la seguridad social, y defender los derechos de la profesión médica. Dejando esta tarea para la comisión correspondiente sobre la base de recoger la exposición hecha por el doctor Antonio Clemente y las intervenciones y sugerencias formuladas por los que intervinieron en el debate, vamos a pasar al último punto de la agenda, que es el tema **"Bienestar Médico y Otros Aspectos Relacionados"**. Pedimos al doctor Méndez Díaz, de la delegación de Venezuela, que haga una intervención inicial que nos permita conocer la experiencia y la manera como en la Federación Médica Venezolana, abordan el tratamiento de este asunto, que igualmente es de interés de todos los colegiados".

Dr. RAFAEL MENDEZ DIAZ, Venezuela: "Gracias, Presidente, por la oportunidad de disertar sobre este tema que hoy día es de gran importancia y, por supuesto, está íntimamente relacionado con los aspectos de seguridad social que ya hemos discutido. La Federación Médica Venezolana, le cobra a sus agremiados una cuota que nosotros denominamos Cuota Anual. Esa cuota anual es el

equivalente a 20 dólares anuales. Todo agremiado que esté al día con la Federación Médica Venezolana, va a contar con tres beneficios, es decir, estos 20 dólares le dan derecho a tres beneficios; en primer lugar, un Seguro Funerario, que para muerte natural está en el orden de los 1.500 dólares, y si la muerte es accidental, el beneficio es de 2.500 dólares. El Comité Ejecutivo de la Federación Médica ha dispuesto, con base a una materia aprobada en la Asamblea realizada en Maturín, en el año 2002, que, inclusive, con este aporte de 20 dólares, a partir del mes de agosto, un miembro de la familia de ese médico solvente, también puede tener el beneficio funerario de muerte natural o muerte accidental, por la cifra de 1.500 ó 2.500 dólares, respectivamente. Además de esto, otro segmento de esa cuota anual se destina para la apertura de una cuenta en un banco de Venezuela, que forma parte de un fideicomiso que se conoce con el nombre de Fondo de Retiro. ¿En qué consiste esto? En que la Federación le da la oportunidad al médico, de comenzar a ahorrar y a crearse, a través de un fideicomiso, un fondo de retiro que a lo largo de sus años de ejercicio, se va multiplicando y se transforma en una cifra significativa en el momento en que el médico, al cumplir los 60 años de edad, decida retirarse. Este fideicomiso va a tener una modalidad, y es que el médico puede hacer aportes y ahorros, en dólares. Además del fondo de retiro, hay otro beneficio que consiste en que todo médico que pague su cuota anual, la Federación Médica Venezolana le da un correo electrónico que tiene una capacidad de 15 megas y

que también permite que el médico afiliado con su correo, pueda intercambiar con el portal de la Federación Médica Venezolana, cuya dirección electrónica o e-mail es: www.saludfmv.org, y puede hacer intercambio, chateo ... Inclusive, todo lo que se publica desde el punto de vista gremial también aparece publicado en el portal, y a todo médico que tenga su e-mail, todos los días le llega de una manera automática, todas las noticias que tienen que ver con problemas de salud, es decir, aspectos gremiales, conflictos, descubrimientos, últimos aportes, escritos, etc., etc. Esto permite que todos los días, el médico recibe en su computadora, una información que tiene que ver con aspectos y tópicos de salud, no solamente a nivel nacional, sino internacional. Entonces, como ustedes pueden ver, éste es un mensaje que indirectamente la Federación Médica Venezolana le envía al médico, de que por el hecho de estar solvente, de hacer su pago anual, él recibe estos tres beneficios.

Aparte de eso, la Federación Médica Venezolana es una institución que firma contrataciones colectivas. Existe un beneficio que consiste en que cuando se firma la contratación colectiva, la diferencia del sueldo anterior con el nuevo sueldo, abonada en el primer mes de sueldo, es para la Federación Médica Venezolana. Estos fondos que ingresan a la Federación sirven para el desarrollo de otros planes de seguridad social. ¿En qué consiste esto? Estos fondos los hemos destinado para crear el Fondo de Solidaridad Gremial. El Fondo de Solidaridad Gremial

consiste en que una cifra significativa que se va alimentando de los aportes de las contrataciones colectivas, y además de eso, el 5% de los ingresos por concepto de las ventas de certificados médicos va a este fondo, y ese fondo, a su vez, a través de colocaciones de la banca, de alto rendimiento, permite crecer y alimentar planes de vivienda, planes de ayuda a todo médico que esté sufriendo de enfermedad catastrófica, un cáncer, una cirugía de alto riesgo ... Esto significa que el médico, presentando las constancias y solvencias correspondientes, recibe el aporte de un equivalente a 1.000 dólares por concepto de ayuda en el caso de esa enfermedad. Este aporte sirve para comprar medicinas, para hacerse exámenes de laboratorio ..., en fin, es una ayuda que la Federación Médica le brinda al médico. Este fondo de solidaridad gremial, en este momento está estudiando que con los aportes de la Federación Médica, con aporte del médico y con aporte de los Colegios de Médicos, se logre un fondo de salud para que el médico tenga la cobertura en hospitalización, cirugía y maternidad. Este plan, no es fácil, pero lo estamos estudiando. Hay numerosas oportunidades, ya sea a través de fondos administrados, o de empresas aseguradoras ..., pero, repito, éste es un estudio que estamos llevando a cabo en los actuales momentos. Además de eso, hemos tomado los aspectos de solidaridad, de vivienda, enfermedades catastróficas y HCM. Asimismo, con los ingresos a través de las contrataciones colectivas, hemos podido adquirir unidades recreacionales. Esto consiste en

que la Federación ha adquirido en la Isla de Margarita, ocho apartamentos que los médicos pueden disfrutar por módicas sumas. Más o menos, el pago de un apartamento equivale a 10 dólares diarios, en el cual pueden alojarse entre 4 a 6 adultos. También se adquirió en la población de Chichiriviche, en el Parque Nacional Morrocoy, el Conjunto Residencial "Aona", que consta de 20 town house y ocho apartamentos que son muy confortables y proporcionan al médico ocasiones en las cuales disfruta y tiene una recreación que es importante. Me informa el doctor León Natera, que mañana vamos todos a conocer ese conjunto residencial, en Chichiriviche. Está ubicado en una belleza natural acá en Venezuela, que se llama Parque Nacional Morrocoy, y que ustedes tendrán la oportunidad de conocer y disfrutar y se convencerán del solaz y la recreación que brinda este sistema. Tenemos también en la ciudad de Mérida, en la zona de Los Andes, el Conjunto Residencial "Villas Verónica", adquirido por la Federación Médica. Este conjunto tiene 18 unidades recreacionales. ¿Cuál es el objetivo de la Federación? El objetivo es que de manera progresiva se adquieran más unidades recreacionales hasta llegar a una cifra que nos hemos propuesto, de 10.000 semanas vacacionales al año, de modo que nuestros médicos puedan disfrutar de todas esas facilidades.

La Federación Médica ha invertido en cada Colegio de Médicos, especialmente para desarrollar las áreas sociales de los mismos, en piscinas y canchas de usos

múltiples. Hemos aprobado nuestro presupuesto para realizar los juegos deportivos anuales que todos los años, en un Colegio de Médicos, los médicos de los 24 estados se reúnen y hacen los llamados Juegos Deportivos Nacionales.

Tenemos también otra actividad que es el Festival de Corales, el cual se realiza todos los años en un Colegio de Médicos. También tenemos un festival que se llama La Voz Médica Nacional, en el cual compiten médicos del país. En este caso, se realiza el evento, se nombra un jurado y éste escoge al ganador de "La Voz Médica Nacional".

Colegas, éste ha sido un resumen breve, pero a manera de introducción y de aportar ideas, con el objeto de iniciar esta sección que se conoce como **Bienestar Social del Médico**".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Rafael Méndez por la exposición que nos ha permitido conocer el programa de bienestar médico, la manera como la Federación Médica Venezolana responde a este aspecto tan sensible de los colegiados en todas nuestras instituciones. Creo que completa de manera integral, la información que el día de ayer recibimos con relación al tema de la medicina vial, porque la medicina vial comporta un ingreso muy fundamental que hace posible muchas de estas acciones a favor de los colegas, porque,

como vemos, la cuota señalada de 20 dólares al año, que representa 1.4 dólares mensuales, sin lugar a dudas, es la menor de todas las cotizaciones de nuestras organizaciones, sean profesionales, colegiales, gremiales o sindicales. Sin embargo, hay una serie de beneficios muy importantes y trascendentes. En general, en anteriores oportunidades hemos tenido ocasión de conocer cuál es la cotización que hacen a nuestras organizaciones y los beneficios que de ellas se derivan y la manera como se están buscando nuevos mecanismos de financiamiento de actividades más amplias a favor del bienestar médico. Con la información que nos ha proporcionado el doctor Rafael Méndez, abrimos un espacio para intervenciones de los que deseen formular apreciación o alcanzar información. Los colegas que deseen inscribirse en el rol de oradores, pueden hacerlo. Tiene la palabra la doctora Olga Machado".

Dra. OLGA MACHADO, Venezuela: "El doctor Rafael Méndez ha hecho una visión de planteamiento que el Comité Ejecutivo ha tenido, no sólo de éste, sino de los anteriores, pero que en este período hemos insistido mucho en la parte de la recreación, y hasta cierto punto, en la seguridad social del médico, no seguridad social integral como general, sino del médico, específicamente. En ese aspecto, a pesar de nuestro interés, ha sido casi imposible lograr un seguro de hospitalización, cirugía y maternidad para la generalidad de nuestros médicos que estuviesen amparados tanto en las contrataciones

colectivas, o no amparados. Ha sido sumamente difícil y costoso. El médico venezolano no tiene ese respaldo si no lo paga él solo. Prácticamente, no hay ningún apoyo de las instituciones que nos contratan. Sin embargo, la contratación con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, contempla dos cláusulas, las cuales no han sido cumplidas. Las mismas están vigentes desde que la Federación Médica suscribió la VI Convención Colectiva con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, cuya cláusula 48 contempla un fondo de vivienda, y la 49, un fondo de salud. Esto tiene un aporte aproximado de 400.000 dólares, y el otro, más o menos, 800.000 dólares, para esta seguridad, para amparar solamente a los médicos que trabajan para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. El planteamiento de esta cláusula se hizo quizá con el objeto de buscar solventar esta falla que tiene la seguridad social del médico venezolano. Sin embargo, desde que este Comité Ejecutivo se inició en el ejercicio de sus funciones, cada vez que nos reunimos con la Ministra de Salud le hemos hecho este planteamiento y nos respondía, alegando lo que dice la cláusula, que ella iba a hacer lo necesario para aplicarla. Esta oferta nunca la cumplió. Se nos ha presentado el conflicto, y a raíz de la firma del acta de ese conflicto, le hemos exigido, ya que vemos que al final de todo este período, con un beneficio que no es nada sustancioso, tenemos que decirlo, lo que hemos obtenido en este contrato o en esta cláusula, pero sí hemos logrado ciertos mecanismos por las laterales, irnos, y lograr ciertos escritos o ciertas

cláusulas que estaban incumplidas como es ésta cláusula, y nos han dado la potestad en este momento, que lo firmamos el día de ayer, cuya protocolización se irá a hacer el próximo miércoles, que nosotros como Federación Médica, seamos los que hagamos los lineamientos. Creo que eso es algo beneficioso para nosotros, porque el escollo anterior existía en que era la ministra la que lo iba a hacer y no tenía ningún interés en hacerlo. El hecho de que lo hayan rebotado hacia nosotros ..., les vamos a hacer el compromiso nosotros, a la brevedad, nos dimos un plazo de máximo un mes para presentarle los dos lineamientos, que éste es un fondo acumulado anualmente, lo que significa que ya tiene un vencimiento de dos años este fondo y ya va corriendo para el tercer año ... Nos hemos plantado, entonces, en que quizá a partir de un hecho negativo como es este conflicto, pero que nos lleve quizá a que en un futuro, el médico venezolano, pueda tener, aunque sea el médico que depende del Ministerio de Salud, que es el más mal pagado de este país, pueda tener este fondo para cubrir una parte de su vivienda y una parte de su salud, y por allí también pudiera derivar la parte de la recreación, porque le garantizaría y de una manera indirecta, los beneficios para poder cotizar de una manera permanente, y los beneficios que la Federación Médica tiene previstos para un futuro. Pienso que dentro de lo malo que nosotros podamos estar en este momento, tenemos cierta luz al final del túnel, que yo tengo la esperanza y la ilusión. A pesar de todo lo malo, yo siento que nosotros, los médicos venezolanos, tenemos un

futuro promisorio si nos enfrentamos y buscamos los mecanismos necesarios para lograrlo. Pienso que estamos en ese camino".

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Colegas, en este aspecto del bienestar médico, quiero compartir con ustedes una experiencia y una preocupación. Quiero comenzar diciéndole a la Federación Médica Venezolana, que muchas gracias, colegas, por la brillante experiencia que tienen ustedes en este campo y lo que están desarrollando, muy magistralmente expuesta por el doctor Rafael Méndez Díaz. Quiero decirles que el Sindicato Médico de Colombia (ASMEDAS), consciente del bienestar de los médicos que representaba, generó una serie de instrumentos diferentes al sindicato, porque por ley no los podía desarrollar, y planteó dos elementos: creó un fondo mutual para manejar el problema del seguro de vida y el seguro de la invalidez y la vejez, independiente de lo que produzca el sistema general de seguridad social, algo propio de los médicos, y generó un instrumento cooperativo para ser parte de la economía solidaria. Los médicos siempre han tenido necesidades de inversión tecnológica, de inversión de condiciones de vida, de vivienda, de vehículo, educativo, etc. Entonces, generamos esas dos entidades propias de ASMEDAS. La cooperativa se llama COASMEDAS (Cooperativa de ASMEDAS), y el fondo mutual se llama Solidaridad Mutual (SOMECE). ¿Qué pasó? Que la legislación colombiana, a través del tiempo comenzó a generar cortapisas a estas organizaciones y a volverlas entidades

financieras eminentemente, y eliminó los fondos mutuales en el país y les exigió volverse cooperativas, y al volverse cooperativas, como todo el mundo las generó, vino la competencia y el problema del cooperativismo y la economía de solidaridad depende de la base social de los aportantes, el aporte social, le tocó a COASMEDAS ampliar la base de sus afiliados y dejar que no fueran médicos, sino todos los profesionales de la salud y, posteriormente, a todos los profesionales del país, e igualmente, SOMEK. Colegas, la experiencia es que perdimos el control de la dirección y de la filosofía cooperativa y mutual de estas dos entidades. Hoy, son dos entidades reconocidas en el ámbito económico del país. Son poderosas, porque es el aporte solidario y el aporte social de un buen sector profesional del país. Eso desnudó a ASMEDAS y ésta se quedó sin ningún beneficio para los afiliados. ¿Cómo nos hemos defendido? Esta es la otra parte de la experiencia. Nos hemos defendido a través de la convención colectiva de trabajo. Nosotros somos una organización voluntaria, no obligatoria. Les expliqué cómo se compone ASMEDAS. Nosotros recibimos una cotización, más o menos, de 120 dólares al año por médico afiliado. Esto significa un aporte de 10 dólares mensuales que se le descuentan al médico de su salario. Ese aporte es para el sostenimiento de las seccionales que existen en cada provincia, en cada estado o en cada departamento, y son las Asambleas Nacionales las que determinan el presupuesto de la Junta Directiva nacional, que con esa misma plata tienen que aportar las

seccionales para sostenerla. Nosotros hemos venido necesitando, y por eso le doy las gracias a los compañeros de la Federación, cómo darle valor agregado a la afiliación, porque estamos en el proceso. Les informo que hay mucha gente que se nos está saliendo del ...". (*Fin lado "A", cassette nro. 13*).

(*Continúa cassette nro. 13, lado "B"*).

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "... A fuerza de afiliación y de acumulación de dinero, lograron invertir en centros recreacionales. Segundo, hemos notado que en los centros recreacionales tenemos hoy una dificultad grande, y es que ante la depresión, la industria del turismo ha tenido una política de mercadeo supremamente agresiva. Los que han ido al país saben que por el valor de un ticket, le dan el hotel y la comida. Entonces, nuestros centros no tienen esa posibilidad, porque en un tiempo fueron muy económicos para los médicos y su familia, pero hoy día para ir al centro recreacional, por ejemplo, de Santa Marta, la perla del Caribe, sitio turístico muy bello, le vale más a un médico irse para nuestro centro recreacional que para un hotel donde por un valor similar al ticket, le dan todo con una semana incluido ... Para hablar de los sistemas de Camerón, que son de los argentino-judíos ... Resulta que ahora, los médicos nos dicen: "¿Cuál el beneficio?". Nosotros hemos logrado, como les dije, la parte de la educación continua y del bienestar muy puntual. Nosotros hacemos un congreso de

cuatro días, los llevamos a los mejores hoteles, les atendemos y hacemos actos sociales, una fiesta, etc. Yo he demostrado en mi país que con esa inversión puntual de un evento, los médicos recuperan lo que pagan al año a la entidad, porque los financiamos, como les dije, con los empleadores. El Ministerio de Salud, nos regala, o nos da, o nos devuelve 50.000-69.000 para el evento, y el Seguro Social nos da 100.000 dólares. Entonces, con los 150.000 ó 180.000 dólares, dependiendo de las relaciones que tengamos con los empleadores, podemos hacer eventos donde atendemos muy bien a los colegas. Pero, estamos incursionando cada vez más en el problema de la protección de la cobertura de seguros de los médicos. Entonces, estamos haciendo paquetes para el seguro de vehículo, el paquete para el seguro del hogar, de la invalidez, de la vejez ..., porque las condiciones así nos lo están exigiendo. Creo que éste es un punto que la propia CONFEMEL podría mirar para la nueva Junta Directiva. Personalmente, conozco que los compañeros del Sindicato del Uruguay, por ejemplo, tienen una sede recreacional muy bonita cerca de Punta del Este. Solís, ¿todavía es de ustedes? ¿Sí? Yo la conocí en un intento de la conformación de esta CONFEMEL, y uno podría pensar que se podrían hacer intercambios con facilidades. Me llamó mucho la atención cuando fui a visitar a Enrique Visiyag, en la Asamblea, cuando supe que la Conrad tenía hotel, tiene sus propios hoteles ... Entonces, uno diría: "¿Por qué no nos recibieron en el hotel de la Conrad, que lo veíamos ahí, pero no fuimos?". No sé si en el Brasil,

los compañeros que son tan poderosos, tengan algo de ese sistema. Panamá tiene también eso y también Costa Rica ... Tenemos que ver cómo poder aprovechar todo lo que tenemos de la infraestructura, para que con hermandad, "colegage" y solidaridad, los colegas que pertenecen a nuestras organizaciones, puedan salir con su familia a recibir un aire distinto, un oxígeno distinto y unas presiones distintas y conocer las realidades de los países, que esa es una enseñanza muy grande para la calidad de vida ... Creo que la próxima Junta Directiva, debe trabajar este tema para materializar lo del bienestar; que la gente sepa eso; que si hay experiencia de protección, por ejemplo, de hospitalización, cirugía y maternidad, podamos conocerla y desarrollarla. En ese sentido, hago la invitación para que todos los que tengan lo centren a nivel del nuevo Comité Ejecutivo de la CONFEMEL y podamos garantizar el compartir el bienestar que viven unos y que a otros se les niega".

Dr. PABLO ARGOLLO, Brasil: "Doctor Contreras, nosotros, los brasileños, desgraciadamente, no somos poderosos, pero, por lo menos, somos muy calurosos y allá los vamos a recibir con mucha simpatía y mucho placer. Hoteles no tenemos, pero sí mucho calor humano para recibirlos.

Hasta hace pocos años, la "porcentaduría" se hacía con 80% de la última remuneración cuando se ... La legislación fue cambiando y se estableció un límite de 20 salarios mínimos. El salario mínimo, en Brasil, es de 600 dólares.

El techo es de 10 salarios mínimos. En verdad, la "porcentaduría" está como en 70% de 10 salarios mínimos. Esto debe evolucionar para una "porcentaduría" de un salario mínimo para todos, esto para el sector privado. El sector público todavía se aposenta con el salario integral. El gobierno de Lula está proponiendo que se haga una discusión acerca de esto, porque dice que no se puede continuar pagando esta "porcentaduría" a los funcionarios públicos, porque no hay cómo sustentar eso y que no es justo para los funcionarios privados que tengan que pagar esta cuenta de la "porcentaduría" de los funcionarios públicos, a través de los impuestos. Toda la señalización es en el sentido de que quien pueda pagar pueda hacer un plan privado de "porcentaduría". Nosotros, en el sindicato médico discutimos mucho la posibilidad de hacer un fondo de la "porcentaduría", pero la impresión que tenemos es que como somos transitorios en la dirección del sindicato, tenemos una preocupación de cómo será la administración de este fondo y qué podrá pasar de aquí a cinco o diez años. Entonces, lo que hicimos fue realizar un estudio respecto a los planes que hay en la "porcentaduría" hoy día, en Brasil, e hicimos una "parcería" con un fondo privado. Hicimos una negociación con una gran empresa y creamos el METPREV, que es un fondo de la "porcentaduría" de una gran empresa que hizo un plan para "porcentaduría" de médicos, pero, en verdad, es un plan que no es dirigido por los médicos, sino por una multinacional especializada en hacerlo. Es un plan que está de acuerdo con la última legislación. Así que en

cualquier momento, el médico que no esté de acuerdo con la gestión, puede sacar y aplicar en otro fondo, o cambiar por el fondo del Banco de Brasil, o cualquier otro que quiera, sin pagar impuesto y tienen varias facilidades. Ya teníamos alguna experiencia, porque tenemos una empresa de cobertura de seguros que trabaja en "parcería" con nosotros desde hace algún tiempo e hizo ese estudio con nosotros. Esto empezó cuando propusimos un trabajo con el seguro de automóviles. Hay una modalidad del seguro de automóviles, que es el seguro de flota. Entonces, si una empresa tiene una gran cantidad de vehículos, el seguro de cada uno de los vehículos es mucho más barato que si uno va a asegurar su propio carro. Entonces, hicimos un plan de seguro para los vehículos de todos los médicos, a precio de seguro de flota, y esto nos permitió ofrecer el seguro para los médicos, a precios 40% más baratos que el precio del mercado. Esto hizo que hubiera una gran procura a medida que los médicos van concluyendo el plazo del seguro de su carro con su aseguradora y van procurando a la aseguradora del sindicato ... Entonces, tenemos una central de seguros que tuvo un gran suceso con el seguro de automóvil y por ahí empezó también a hacer seguro de casa, seguro de vida, etc., y con el tiempo lanzamos el METPREF, que es un sistema de la "porcentaduría" programado. Por cierto, no es el sistema idea. Además, en esta área de seguridad social tenemos para los médicos que no trabajan con UNIMED (UNIMED es una cooperativa del trabajador médico), que a pesar de ser la UNIMED de

Brasil que tiene una ... nacional, en verdad, es una confederación, porque son cooperativas singulares y están en cada ciudad. La UNIMED, en Porto Alegre, funciona muy bien en todo el estado y está muy bien organizada. Así que una gran parte de los médicos han cooperado y tienen asistencia médica a través de su propia cooperativa. La cooperativa tiene un plan de salud para sus propios médicos. Pero, la cooperativa es una cooperativa de especialistas. Entonces, los médicos residentes, por ejemplo, no se pueden operar. Entonces, nosotros tenemos un plan de salud para los médicos que todavía no se han operado a través de la cooperativa, y tenemos un plan odontológico con la Cooperativa de Odontología, que es la UNIODONTO. Entonces, tenemos un plan de asistencia odontológica también. En cuanto al área recreacional, hay un club llamado Club de los Médicos. El Club de los Médicos está en dificultades, porque estuvo mal gerenciado, y ya nos procuró porque está insolvente, con dificultades financieras, e hicimos una evaluación y la idea que tenemos es que bien gerenciado, podríamos recuperarlo, y tiene un patrimonio bueno y está en una ubicado en un lugar muy hermoso, a orillas de un río ... Entonces, tenía todas las condiciones, pero la Cooperativa UNIMED se interesó también y dejamos que ésta asumiese el encargo y están en negociaciones".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agradecemos al doctor Paolo Argollo, Presidente del Sindicato Médico de Río Grande do Sul, su intervención, la cual nos ha

permitido conocer los esfuerzos que hacen en este campo de respaldo a las actividades sociales a favor de sus colegiados, y también a nombre del Comité Ejecutivo expreso nuestra complacencia por la llegada del doctor Frank Montesinos, miembro de nuestro Comité Ejecutivo, y que como ya fue informado por la delegación de Bolivia, razones de la lucha gremial habían impedido que esté presente desde el inicio de la reunión. Bienvenido, doctor Montesinos".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Venezuela: "Quisiera agregar unos puntos al amplio informe presentado por el doctor Rafael Méndez Díaz, toda vez que él los pasó muy rápido y es importante que se fijen un poco. Nosotros, por Ley del Ejercicio de la Medicina, tenemos el Instituto de Previsión Social del Médico (IMPRES), el cual debería ocupar un sitio sumamente importante en el mundo médico nacional, pero, desafortunadamente, no es así ..., porque, bueno, primero, son las cotizaciones propias que vienen directamente y sólo hechas por el médico venezolano, y con estas cotizaciones no cubre la expectativa de previsión médica total y como debería ser lógico para un médico en ejercicio o en la vía de la jubilación. El IMPRES tiene su HCM, cuya cobertura no es suficiente. No todos los médicos venezolanos están afiliados a este HCM, porque es voluntario, pero sí tenemos el seguro de muerte que cubre un porcentaje entre el 80-100%, de acuerdo al momento de su inscripción. Hay otras instituciones que siempre las comparan con el IMPRES, en Venezuela, como es

el IPASME (Instituto de Previsión Social de los Docentes del Ministerio de Educación), pero hay una diferencia. Aquí, en el IMPRES cotizamos los médicos y no recibimos ningún tipo de aporte de otra institución, llámese gobierno o institución privada, mientras que en el IPASME sí hay un aporte importantísimo por parte del Ministerio de Educación, dando un aporte superior al 90%, y de allí que ellos tengan una previsión social mucho mejor que la del médico. Por eso es que éste y los anteriores Comités Ejecutivos de la Federación Médica y desde el que presidió el doctor Abdelkrim Salomón, nos hemos ocupado de fortalecer la parte de seguridad social para el médico, creando un fondo de retiro. De la cotización que hace el médico anualmente a la Federación Médica, el 40% va a ese fondo de retiro. Adicionalmente a este fondo que aporta la Federación Médica, de manera voluntaria un grupo importante de colegas también se han adicionado. Pero, desafortunadamente y a pesar de la promoción que ha hecho la Federación Médica y los Comités Ejecutivos, de los 45.000 médicos que existimos en Venezuela, apenas están inscritos adicional al aporte que hace la Federación Médica, alrededor de 120 médicos. Creemos que los médicos no se adicionan, pensando que la institución gremial le dé todo. También se ha intentado en varias oportunidades en los Colegios de Médicos, la adquisición de vehículos. Algunos lo han logrado con buen crédito, pero debe ser por la viveza caribeña de los vendedores, que al final y en el medio del camino de las negociaciones, siempre han tratado de hacer algunos

inventos y al final tenemos que quitarles la autorización para que hagan y soliciten a través de ellos los créditos. La Federación Médica también tiene una Proveeduría de Equipos Médicos. Esta proveeduría funciona en el piso 4 de nuestra sede, en la cual se pueden adquirir equipos médico-quirúrgicos, pequeños, a un costo de fábrica. La Federación Médica más bien hace erogación en cuanto a los gastos administrativos. Ni siquiera eso se le cobra al médico. También tenemos una biblioteca donde se ofrecen libros a costos bajos o de fábrica, a través de convenios realizados con OPS y librerías internacionales. Por otro lado, tenemos un plan mediante el cual la Federación ha dotado a todos los Colegios de Médicos, de mesas odontológicas para que ellos hagan alianzas estratégicas con odontólogos o directamente las administren con odontólogos empleados, para atender a los médicos y sus familiares. Es decir, que la Federación Médica ha tratado de cubrir el espacio que el IMPRES no ha podido cubrir. También tenemos otro plan muy especial y que atendemos con mucho cariño, que es el plan de cultura de atención a los escritores. El 12 de marzo en curso, inauguramos en nuestra sede, la Biblioteca "Francisco Herrera Luque", en honor a un médico psiquiatra escritor muy renombrado en Venezuela, como tantos otros, pero escogimos el nombre de Pancho Pepe, toda vez que tuvo muchas cualidades. Allí hicimos un reconocimiento a ocho médicos escritores, entre ellos, el Presidente de la Academia Nacional de la Medicina, dos ex Ministros de Sanidad y otros médicos escritores de alta

trayectoria, por supuesto, muy estimados por nosotros. También tuvimos mucho qué ver con la edición de libro de la historia de los colegios de médicos del país, donde participamos varios miembros del Comité Ejecutivo recopilando y dando información. A mí, particularmente, me correspondió mejorar la información del Colegio de Médicos de Miranda, ya que tuve el honor de dirigirlo durante tres períodos consecutivos. Eso es lo que nosotros hemos tratado de hacer. Con la parte de turismo, tenemos cuatro fechas pico, en las cuales los médicos pueden ir a los lugares que tenemos habilitados. Próximamente, habilitaremos los town houses ubicados en Mérida. Para nosotros, tener planes vacacionales con hotelería, como en otros países como Colombia y Uruguay, resulta muy costoso, y cada día va a ser así con motivo de la inflación. Creo que la alianza estratégica que podamos hacer a nivel latinoamericano y del Caribe, con CONFEMEL y todos nuestros asociados, sería fabuloso, porque así no solamente nos veríamos en estas lides gremiales, sino podemos visitar a los países hermanos y con el intercambio funcionaría muy bien la economía de todos nosotros. Ese sería uno de los puntos que quedarían pendientes para el nuevo Comité Ejecutivo de la CONFEMEL que comenzaría a partir de mañana a ejercer sus funciones".

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Con el informe del doctor León Natera, hemos concluido este tema puesto a consideración de la asamblea, sobre el bienestar del

médico. Creo que lo importante es que podamos compartir las diversas experiencias, con el propósito de ver su replicabilidad en cada una de nuestras realidades recogiénolo mejor, factible, sostenible, a favor de nuestros colegiados. Entonces, el nuevo Comité Ejecutivo tiene la tarea de colectivizar las experiencias del desarrollo del bienestar médico entre nuestras organizaciones y la importante iniciativa alcanzada por el doctor Pedro Contreras sobre la de sentar bases para un intercambio entre nuestras organizaciones, desarrollando infraestructuras que permitan poder ponerlas al servicio de este intercambio entre las organizaciones médicas de América Latina y el Caribe. Con esto cerramos este punto.

En el tema **"Otros Puntos"**, quiero plantear, en primer lugar, dar curso en esta V Asamblea Ordinaria de la CONFEMEL, a la incorporación del Colegio Médico de México (Federación Nacional), y la manera de hacerlo es aprobando dando aceptación y curso a la solicitud que el Colegio, a través del doctor José Luis Minjares, hace a la Confederación, mediante la siguiente comunicación: *"... México, D.F., 27 de noviembre de 2002. Doctor Julio Castro Gómez, Presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL). Respetable señor Presidente: Con la presente, el Colegio Médico de México (Federación Nacional), por mi conducto solicita a usted tenga a bien considerar la participación de México en la organización que preside, solicitud con la cual*

expresamos nuestro más alto reconocimiento al esfuerzo que CONFEMEL realiza buscando aglutinar a los médicos de Latinoamérica. Contribuir al rescate de la identidad, dignidad e integridad y libertad de la profesión médica, es una tarea solidaria en la cual nos comprometemos a participar. Atentamente, Dr. JOSE LUIS MINJARES ROBLES, Vicepresidente del Colegio Médico de México".

Propongo que aceptemos la incorporación del Colegio Médico de México a nuestra Confederación, que es un paso muy importante en su fortalecimiento organizacional y de representatividad de todos los médicos del continente. Con un aplauso sellamos la incorporación del Colegio Médico de México (*aplausos*).

APROBADO.

Otro tema importante es que esta Asamblea no puede concluir sus actividades sin expresar su apoyo a todas las organizaciones médicas integrantes que se encuentran en lucha en América Latina y el Caribe, y de los informes recibidos, creo que es importante expresar esta solidaridad, este respaldo, en primer lugar, a la lucha que conduce la Federación Médica Venezolana en condiciones sumamente difíciles en las que a pesar de que el día de ayer ha firmado un acuerdo ...". (*Fin cassette nro. 13, lado "B"*).

(*Continúa en cassette nro. 14, lado "A"*).

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "... Quiero expresar esta solidaridad, este respaldo, en primer lugar, a la lucha que conduce la Federación Médica Venezolana en condiciones sumamente difíciles en las que a pesar de que en el día de ayer ha firmado un acuerdo con las autoridades de trabajo, sin embargo, su lucha continúa luego de estos once sacrificados meses en los cuales ha venido haciendo patente su descontento frente a la situación sanitaria, al desabastecimiento y desatención de los establecimientos de salud y al abandono de las reivindicaciones de sus agremiados. Por eso, creo que es importante que ratifiquemos ese respaldo y solidaridad con la Federación Médica Venezolana.

También hemos sido informados de la lucha del Colegio de Médicos de Bolivia, que justamente retrasó la presencia del doctor Franz Montesinos, y que tiene por delante todavía un camino muy importante de esfuerzo y de reivindicación que debe merecer también el respaldo, la solidaridad y el compromiso de acompañarlo, de la Confederación.

En tercer lugar, nos parece importante la lucha que viene desarrollando por varios meses los médicos de El Salvador, en defensa de la seguridad social. Creo que también debe ser explícito el respaldo de esta Asamblea, de la preocupación que hemos manifestado a lo largo de su lucha, relevar el papel que cumplieron los doctores

Eduardo Flores y Rafael Cabrera, en acercar a nuestra Confederación con los médicos de El Salvador en momentos importantes de su lucha y que aún continúa. Creo que es importante hacerles llegar nuestro respaldo solidario.

Creo que también es importante alcanzar esa solidaridad y ese respaldo, a los integrantes del Sindicato Médico de Río Grande do Sul. Hemos sido informados por su Presidente, doctor Argollo, que precisamente están en una lucha muy importante también con relación a los aspectos de reivindicación del gremio médico y a las dificultades que se tienen en una aplicación práctica del reconocimiento del derecho a la salud, bajo el sistema del seguro único de salud que confronta dificultades y problemas, que esperamos los superen para que se haga realidad y a través de él se garantice el derecho a la salud de todos y todas las brasileñas.

Queremos expresar también el apoyo y respaldo a las luchas y dificultades tan graves que ha vivido y vive aún el gremio médico de Argentina. Creo que ésta es una situación sumamente difícil que en su momento llevó a que el gremio médico, a través de sus organizaciones representativas, propusiera y lograra que se desarrolle una política de emergencia dada la gravedad a los extremos a los que se llegó en la prestación de los servicios en los diversos establecimientos de salud, en medio de la crisis económica, social y política que afectó y afecta aún a nuestros hermanos de Argentina.

Creo que también es importante expresar apoyo y respaldo a ellos, así como a todas las demás organizaciones que se encuentran en estos momentos en lucha, en el Perú, que se encuentran también peleando por el nombramiento de los contratados. La Federación Médica Peruana, no ha podido hacerse presente en razón de esta situación y creemos que a todas las organizaciones debemos hacerles llegar el saludo y el aliento de esta V Asamblea Ordinaria, que ratifica el compromiso de crecer y desarrollarse en íntima relación con cada una de sus bases en medio de sus luchas y preocupaciones. Creo que ese fue el acuerdo que tuviéramos en Lima, de establecer esta vinculación estrecha para que la Confederación se desarrolle no con base a planteamientos genéricos, sino una relación cercana y efectiva con cada una de las organizaciones, que sientan la presencia, el aliento y el respaldo de la Confederación en cada una de sus luchas.

Pido que igualmente aprobemos esta moción de respaldo a las organizaciones en lucha de nuestra Confederación (*aplausos*).

APROBADO.

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Solicito se deje constancia en el acta y aprobado por esta Asamblea, que la CONFEMEL y el nuevo Comité Ejecutivo deben hacer trámites ante la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para ver si se saca un convenio sobre las

condiciones mínimas recomendables por la OIT para los países que conforman la CONFEMEL o para toda América. Propongo a la Asamblea que lo aprobemos también para que sea una orden para el nuevo Comité Ejecutivo (*aplausos*).

APROBADO.

En segundo lugar, considero que no puede pasar este evento médico sin que se pronuncie ... Creo que no puede causar mayor discusión esta proposición. Si la hay, aplazaría la proposición sobre la inminente guerra entre Estados Unidos e Irak. Desde el punto de vista médico, nosotros debemos combatir la solución de las controversias con la violencia y la guerra, por lo que significa para el ser humano, por lo que significa para muchas vidas de un pueblo, etc., etc. Creo que debemos autorizar al nuevo Comité Ejecutivo para que haga un pronunciamiento desde Venezuela, en representación de los médicos de Latinoamérica, Centroamérica y el Caribe, que diga que no estamos de acuerdo con la utilización de la guerra para resolver los problemas entre las naciones (*aplausos*).

APROBADO.

Dr. PABLO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Agrego a la proposición del doctor Contreras, que esta comunicación no sólo sea un pronunciamiento público, sino que se haga llegar formalmente al Presidente de la Organización de

las Naciones Unidas (ONU) y a todas las organizaciones internacionales, como una preocupación de los médicos (*aplausos*).

APROBADO.

Dr. JULIO CASTRO GOMEZ, Presidente CONFEMEL: "... Colegas, entramos a la fase final de nuestra V Reunión Ordinaria, que tiene la gran responsabilidad de garantizar la continuidad institucional, mediante la **elección de su nuevo Comité Ejecutivo, la designación de su cuadro de Comisiones de Asesoría Permanente, así como el señalamiento de la sede y la fecha de la siguiente Asamblea Ordinaria,** todo esto en cumplimiento estricto de nuestros Estatutos y con el propósito de fortalecer nuestra institucionalidad. Creemos que esto es fundamental para el desarrollo de organizaciones como la CONFEMEL, que tienen que ser sustentadas en el acuerdo democrático entre todos nosotros. Quiero expresarles la enorme complacencia, de que a través de consultas entre los integrantes, particularmente, por el Presidente de la Federación Médica Venezolana, sede de esta importante Asamblea y que de acuerdo a la tradición de nuestra Confederación, debe merecer el respaldo para su designación y elección como nuevo Presidente del Comité Ejecutivo, él ha desarrollado una serie de conversaciones con las distintas delegaciones, con el propósito de alcanzar una propuesta consensual que nos permita salir

más unidos, fortalecidos y comprometidos con el cumplimiento de nuestros objetivos institucionales, pero, además, no sólo que ha hecho este esfuerzo de diálogo y concertación, sino que también es importante señalar que ha habido expresiones de desprendimiento con el propósito de llegar al mejor acuerdo, al compromiso mayor entre nuestras organizaciones ... Por eso, me voy a permitir poner a vuestra consideración, una propuesta que se presenta de manera consensual para el nuevo Comité Ejecutivo, para las Comisiones Asesoras Permanentes y para la nueva sede y fecha de nuestra sexta conferencia o reunión ordinaria. En este sentido, la propuesta para el nuevo Comité Ejecutivo, es la siguiente: Presidente del Comité Ejecutivo de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), doctor Douglas León Natera, de Venezuela; Vicepresidente de la CONFEMEL, doctor Frank Montesinos, de Bolivia; Secretario General, doctor Pedro Contreras, de Colombia; Secretario de Hacienda, doctor Rubén Darío Gallo, de Venezuela; Vocal, doctor Enrique Visiyag, de Argentina; Vocal, doctor Rafael Cabrera, de Nicaragua; Vocal, doctor Barret Díaz Pose, de Uruguay.

Esta es la propuesta que de manera consensual se alcanza para nuevo Comité Ejecutivo.

Con relación a Comisiones de Asesores Permanentes, vamos a leer el conjunto de la propuesta y luego nos detendremos en cada una de ellas:

COMISION "SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL"

Coordinador: Dr. Isaías Peñaloza, de Perú

Secretario: Dr. Antonio Clemente, de Venezuela

COMISION "EDUCACION MEDICA CONTINUA Y RECERTIFICACION"

Coordinador: Dr. Eduardo Flores, de Costa Rica

Secretario: Dr. Abdón Toledo y Dr. Gotardo
Ardila, de Venezuela

COMISION "EJERCICIO PROFESIONAL Y TRABAJO MEDICO"

Coordinador: Dr. Paolo Argollo, de Brasil

Secretario: Dr. José Luis Minjares, de México

COMISION "ETICA, BIOETICA, DEONTOLOGIA Y RESPONSABILIDAD
MEDICA"

Coordinador: Dr. Jesús Figueroa, de Venezuela

Secretaria: Dra. Olga Machado, de Venezuela

COMISION "BIENESTAR SOCIAL DEL MEDICO"

Coordinador: Dr. Rafael Méndez Díaz, de Venezuela

Secretario: Dr. Alberto Salinas, de Bolivia

Finalmente, la VI Asamblea Ordinaria tendría su sede, de aprobarlo esta presente sesión, en la ciudad de Montevideo, Uruguay, y la fecha, retomando la periodicidad estatutaria: diciembre de 2003.

Esta es la propuesta de conjunto.

Colegas, en primer lugar, sometemos a su consideración la propuesta de elección del nuevo Comité Ejecutivo que presidiría el doctor Douglas León Natera.

APROBADO por unanimidad.

Doctor Douglas León Natera, puede hacer uso de la palabra".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Presidente FMV: "Voy a hacer una propuesta que no vi en el material de trabajo, para iniciar esto y que se le dé periodicidad en el tiempo. Durante el ejercicio anterior, el Presidente del Comité Ejecutivo es quien lleva la carga mayoritaria de la responsabilidad que se realiza a nivel internacional. En ese sentido, propongo se haga el reconocimiento y que se coloque ahí el nombre del Presidente de CONFEMEL saliente, en este caso, el nombre del colega Julio Castro".

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Se propone que el Presidente que deja las funciones, figure en el Comité Ejecutivo como *past President*, como una manera de garantizar la continuidad institucional. ¿Estarían de acuerdo, colegas?"

APROBADO por unanimidad.

En segundo lugar, ¿están de acuerdo con el cuadro de las cinco Comisiones Asesoras Permanentes que han sido propuestas? ¿Tienen alguna observación, o merecen el respaldo de esta Asamblea Ordinaria?

APROBADO por unanimidad la designación de las cinco Comisiones Asesoras Permanentes.

Finalmente, con relación a la VI Asamblea Ordinaria, se propone que la sede sea la ciudad de Montevideo, Uruguay, y como fecha diciembre de 2003".

APROBADO por unanimidad.

Dr. PEDRO CONTRERAS, Colombia: "Quiero hacer una propuesta. Normalmente, la Asamblea determina también una Asamblea Extraordinaria, no solamente por concepto de aprobación de estatutos. En esta ocasión, como veo que no hay peticiones, quiero hacer una invitación y una propuesta concreta. El 30 de julio de 2003, la Asociación Médica Sindical Colombiana celebra sus 45 años de existencia, y para ello va a hacer un evento médico, científico y gremial de carácter mundial. Me gustaría que la Asamblea pudiese aprobar la convocatoria del nuevo Comité Ejecutivo para una Asamblea Extraordinaria paralela, para que los compañeros participen de este gran evento. Vamos a traer 15 exponentes del avance científico en el mundo, así como 15 representantes de las luchas gremiales de todo el mundo para compartir el 29, 30, 31 de julio y 1º de agosto, en la ciudad de Bogotá. Me gustaría que la Asamblea refrendara esto y nos viéramos en el mes de julio, en Bogotá. Señor Presidente, le pido someta a consideración mi propuesta".

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "El doctor Pedro Contreras, en representación de ASMEDAS, de Colombia, ha solicitado formalmente la celebración de la Asamblea Extraordinaria de la Confederación, en

Bogotá, Colombia, el 30 de julio de 2003, en conmemoración de la importante efemérides de su Institución. Si no hay apreciaciones distintas, lo aprobamos, colegas.

APROBADO por unanimidad.

Para concluir, quiero tomarle el juramento al doctor Douglas León Natera y demás miembros del nuevo Comité Ejecutivo de CONFEMEL y expresaremos unas palabras para cerrar esta importante Asamblea. Invito a los miembros del Comité Ejecutivo de la Confederación Médica electos en esta V Asamblea Ordinaria, para el juramento, e invito a todos los presentes a acompañarnos poniéndonos de pie, expresando, igualmente, el compromiso de todos por el fortalecimiento y desarrollo de nuestra Confederación.

Señores, doctores Douglas León Natera, Frank Montesinos, Pedro Contreras, Rubén Gallo, Enrique Visiyag, Rafael Cabrera y Barret Díaz Foses, que habéis sido elegidos por esta magna Asamblea en su V Reunión Ordinaria, como nuevo Comité Ejecutivo de la CONFEMEL, ¿juráis por vuestras creencias cumplir fielmente los mandatos del Estatuto de la Confederación Médica Latinoamericana, luchando por el derecho a la salud y la seguridad social de la población de nuestro continente y las reivindicaciones de la profesión médica de todos nuestros países?".

Nuevo Comité Ejecutivo: "Sí, juramos ...".

Dr. PEDRO CASTRO, Presidente CONFEMEL: "Si así lo hicieréis, la población latinoamericana y todos nuestros colegas os reconocerán y premiarán. En caso contrario, ellos os demandarán. Habéis sido juramentados como nuevos integrantes del Comité Ejecutivo de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL). Felicitaciones, colegas ...".

Dr. DOUGLAS LEON NATERA, Presidente CONFEMEL (Electo): "Estimados amigos, en nombre de la Federación Médica Venezolana, su Comité Ejecutivo y todos los médicos venezolanos, le damos las gracias a esta magna Asamblea de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, por haberme electo Presidente del Comité Ejecutivo y asignarme esta gran responsabilidad latinoamericana que vamos a ejercer con todo el rigor y la responsabilidad que nos caracteriza. Como bien es sabido, desde Perú, en 1997, cuando fue una delegación de los médicos a Lima, y allí hubo un encuentro latinoamericano, se terminaron de afinar aquellas inquietudes que siempre habíamos tenido los latinoamericanos, de integrarnos en una institución que agrupara a todas estas Federaciones y Colegios de Médicos, o sindicatos, en defensa internacional de nuestros derechos y la labor médica. En Bolivia, se nombró un primer Comité Ejecutivo originario que se encargó de sentar las bases estatutarias que finalmente se rubricó aquí, en Venezuela, en la bella Isla de Margarita, Estado Nueva Esparta. Desde entonces, todos nosotros nos hemos abocado a consolidar esta institución gremial que aún está en esa fase de consolidación. Nos toca continuar la actividad durante el transcurso de este año, y entre uno de los puntos fundamentales que vamos a tocar es lo que leía el doctor Julio Castro al inicio de la Asamblea, sobre el reconocimiento a la CONFEMEL por parte de la Organización Panamericana de la Salud, situación que estaremos buscando la vía de entrada para que esto se consolide. También, todos los contactos que debamos continuar haciendo a través de cada una de nuestras instituciones gremiales nacionales, de consolidarnos en la Asociación Médica Mundial, a través de los Consejos Directivos o Comisiones Asesoras, donde algunos de nosotros estamos comenzando a hacer alguna actividad. Debemos hacer muchas denuncias. Bolivia inicia un paro el martes de la próxima semana. Desde el martes estaremos con Bolivia y allí el Vicepresidente llevará la voz de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, en su condición de boliviano y miembro de la directiva de la institución gremial que se establece en la República de Bolivia. Nosotros, posiblemente firmemos un acuerdo el miércoles próximo. Digo posiblemente, porque

aquí nada está seguro. Este es un Gobierno que no ve hacia los lados, ni tiene algo fijo en la mente y es lo que a ellos les da la gana. Por lo tanto, digo, es probable, porque tenemos que someter a la consideración algunos puntos pendientes en la Procuraduría General de la República, que usualmente hace lo que le indica el gendarme que está mandando actualmente. Por lo tanto, sólo ese día cuando se termine el acto, nosotros diremos: "Se logró hacer" o "No se logró hacer".

Pero, hay un punto importante en el conflicto nuestro que es la dotación hospitalaria, esa dotación hospitalaria que nos acerca a nuestro pueblo. Estamos pidiendo por ello. Ese es uno de los puntos que nosotros, los latinoamericanos, debemos estar exigiendo en cada uno de nuestros pacientes, por nuestros pacientes, el pueblo de cada uno de nuestros países ..., porque no es posible que estemos durante muchos años exigiendo la dotación, exigiendo equipos y exigiendo insumos para trabajar y resulta que nuestros pacientes no nos acompañan. ¿Será que nosotros somos muy distantes de ellos? ¿O es que esa relación médico-paciente que ejercemos es sólo el profesional de la medicina arriba, en un pedestal, y el pobre paciente muriéndose o afectado en su salud en una silla o en una camilla allí abajo? Entonces, nosotros debemos tratar de ser más humanos y compartir con nuestros pacientes. Creo que interrelacionándonos más con ellos, podemos realmente lograr una relación médico-paciente sólida, fructífera y que ellos nos sientan como parte de ellos. Creo que ese es uno de los puntos que nosotros pudiéramos estar desarrollando, y también a nuestros médicos jubilados darles todo el apoyo posible, porque una vez terminado el ejercicio activo de cada uno de nosotros, muchos se niegan a empantufarse y quedarse en su casa y allí es donde está la actividad que podamos nosotros brindarles y orientarlos en comisiones de trabajo, incluso, ¿por qué no?, incentivándolos a escribir sus memorias, escribir experiencias, porque el humanismo médico es casi infinito. Nosotros, en Venezuela, tomando el punto que hablaba Pedro sobre la guerra que está a la vuelta de la esquina, entre Estados

Unidos e Irak, acá tenemos una guerra, una guerra silenciosa. Todas las semanas hay alrededor de 160 muertos, 80, 90 ó 100 en el Area Metropolitana de Caracas, y el mismo número en el interior de la República, semanalmente. Imagínense, entonces, si lo comparamos con Bosnia o algún otro país donde hay 3 ó 4 muertos eventualmente cada mes, aquí cada semana tenemos un número superior a 160 muertes violentas. Existen muchos peligros aquí en Venezuela. La sociedad ha hecho un trabajo. Nosotros, los médicos, hemos puesto nuestro granito de arena, básicamente, exigiendo espacios y responsabilidad del Gobierno para que cumpla con la Constitución de la República y el recurso llegue a tiempo a nuestros hospitales. Nuestro país está en peligro. Ayúdenos. Eleven la voz nuestra en cada uno de sus países para que se sepa exactamente, o muy aproximado a la realidad, lo que está sucediendo en Venezuela. No ha sido sencillo para nosotros llevar una lucha con alguien que no quiere oír, que no ve, pero habla demasiado. Por lo tanto, como habla demasiado, hay algunos que le creen, un 20 ó 25%, pero aún mantiene esperanza en esos porcentajes el que está administrando los recursos de nuestro país.

Estimados colegas, amigos, les agradecemos enormemente esta responsabilidad que nos han asignado y tengan la seguridad de que la vamos a ejercer con dignidad y mucho trabajo".

Dr. JULIO CASTRO, Presidente CONFEMEL (Saliente): "Colegas, vamos a declarar clausuradas las actividades de la V Asamblea Ordinaria de CONFEMEL, no sin antes expresar nuestra satisfacción ... La actividad que hemos desarrollado ha sido permanente. Su compromiso con esta reunión ha sido total y queremos hacer extensivo a todos los colegas del Comité Ejecutivo y de las Comisiones de la Federación Médica Venezolana que nos han acompañado en los debates, que lo han enriquecido y que han contribuido con el mismo. Quiero también expresar nuestro reconocimiento al personal de la Federación Médica Venezolana, a sus trabajadoras, a sus trabajadores, que nos han acompañado diligentemente y nos han apoyado en el desarrollo de

nuestra V Asamblea. Quiero expresar al doctor Rubén Darío Gallo, miembro de la Comisión Organizadora, al doctor Toledo, en fin, a todos, doctor Méndez, doctora Machado ..., y que han intervenido activamente en estos debates. Creo que ha sido una manera de hermanarnos más, de conocernos mejor, de comprometernos en lo que compartimos entre nosotros.

Quiero expresar también mi particular reconocimiento a las delegaciones de todos los países integrantes, que a pesar del corto tiempo en que hemos convocado esta Asamblea, ha respondido positivamente denotando su compromiso con la Confederación Médica Latinoamericana. Creo que eso es muy importante. Las diez delegaciones hermanas que han estado aquí son expresión de que nuestra Confederación está cada vez arraigándose más entre nuestras organizaciones e instituciones base. Por eso, a todos ustedes, colegas, lleven a sus organizaciones base, a la opinión pública de sus países, nuestro reconocimiento y saludo y nuestro compromiso a seguir luchando como Confederación.

Quiero expresar mi convicción personal y creo que es de los miembros del Comité Ejecutivo que termina, y de todos nosotros, que estamos muy contentos de haber realizado esta reunión. Creo que hemos logrado nuestros objetivos, hemos debatido activamente y esto nos posibilita a armarnos mejor con ideas, con propuestas, con planteamientos, con iniciativas, a favor de nuestros objetivos institucionales, y de esta manera nos vamos persuadidos y convencidos de que nuestra Confederación avanza y se desarrolla, más aún cuando hemos elegido un cuadro directivo en esta ocasión, encabezado por el doctor Douglas León Natera y todos los que integran su Comité Ejecutivo, su cuadro de Comisiones, y creo que de esta manera estamos afirmando la continuidad institucional, el desarrollo de nuestra CONFEMEL.

Muy alegre, muy contento, creo que éste es el sentimiento que nos embarga a todos, y sobre todo muy comprometidos con nuestra

Confederación y sus objetivos. Declaro clausuradas las actividades de la V Conferencia de la CONFEMEL".