

INDICE

INSTALACIÓN DE TRABAJO DE COMISIONES ASESORAS

TEMA I: "EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y RECERTIFICACIÓN".....Pág. 002

TEMA II: "ÉTICA, BIOÉTICA, DEONTOLOGÍA Y RESPONSABILIDAD MÉDICA"....Pág. 026

TEMA III: "EJERCICIO PROFESIONAL Y TRABAJO MÉDICO".....Pág. 049

TEMA IV: "BIENESTAR SOCIAL DEL MÉDICO".....Pág. 059

PLENARIO FINAL

DISCUSIÓN Y APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SURGIDOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO.....Pág. 063

PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA DEL COMITÉ SALIENTE.....Pág. 067

INFORME ECONÓMICO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA.....Pág. 069

HOMENAJE A LOS DRES. FIANDRA Y RUBIOPág. 071

E LECCIÓN DE LAS NUEVAS AUTORIDADES.....Pág. 081

**CONFEDERACIÓN MÉDICA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE.
VI ASAMBLEA ANUAL: 10 Y 11/12/2003**

DECLARACIÓN DE LA CONFEMEL POR LOS DERECHOS HUMANOS

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Dado que hoy es el día en que se conmemora la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se pondrá a votación la siguiente declaración:

"En nombre de los 750 mil médicos de América Latina y el Caribe, en el día en que se conmemora la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la VI Asamblea Anual de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), manifiesta su apoyo a la lucha por el respeto a los derechos humanos en todo el continente, aspira a que la verdad y la justicia se impongan sobre los crímenes cometidos por las dictaduras militares en nuestros países y exige el respeto irrestricto a la independencia del Poder Judicial en la investigación de esos crímenes y en el destino de las personas desaparecidas."

Se aprueba

"EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y RECERTIFICACIÓN"

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Estamos esperando algunas delegaciones y la presencia del presidente de la organización, el Dr. Douglas León Natera, pero podemos avanzar en la agenda y comenzar con el tema siguiente que es el de la Educación Médica Continua. Arrancamos con un cierto retraso, pero no debemos guiarnos solamente con el hecho de que hicimos un punto, porque el punto uno fue utilizado para una exposición política general de las diversas asociaciones y esto insume más tiempo. Vamos ahora a ir a lo específico de cada tema, funcionando en plenarias y nos quedarían cuatro temas, por lo que propondríamos utilizar una hora para cada uno.

El grupo que sigue es el de Educación Médica Continua y Recertificación. Vamos a hacer lo propuesto por el Dr. Natera: rondas con las diversas asociaciones, comenzando con Costa Rica.

Dra. Hilda Sancho (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Es un placer para Costa Rica estar con ustedes y presentarles la experiencia que tenemos en Recertificación y Educación Médica Continua. Hemos venido trabajando en Costa Rica y en el área de Centro América en la parte de recertificación con los grupos de Nicaragua, Guatemala, El Salvador y Panamá. Con ellos hemos avanzado hasta crear un Consejo de Recertificación a nivel regional que está haciendo la parte de criterios y para ver como se hace para que ese Consejo sea un acreditador de acreditadores en estos países.

El caso específico de Costa Rica -que es el caso que vamos a presentar hoy- hemos avanzado un poco más en el sistema de recertificación, tomando como

base que teníamos apoyo legal por la ley orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, que nos da a nosotros la potestad de tener que garantizar la idoneidad del profesional que ejerce en las carreras de Medicina en todo el país. Esto se logró con ese apoyo legal, más otros antecedentes que teníamos nosotros, como la reunión de la CONFEMEL en la Argentina -que había sido uno de nuestros compromisos- más el impulso que se dio a través del Sistema Nacional de Acreditación a nivel legal en Costa Rica que nosotros llamamos el SINAES. Claro que esto se dirige solamente a carreras de grado en Medicina y es sobre todo debido al aumento de las escuelas de medicina privadas que nos ha llevado a establecer el sistema de recertificación.

Nosotros planteamos un reglamento -que es el que tenemos aquí- en donde hay 10 artículos muy sucintos, pero muy de fondo, en el sentido de qué es la recertificación, como estamos definiendo la recertificación, que son los créditos, los requisitos para las actividades de Educación Médica Continua, porque la recertificación se hace de dos formas: por la Educación Médica Continua o por evaluaciones cada tres años.

Tenemos incentivos para las instituciones que nos prestan la Educación Médica Continua, ya que el Colegio lo que hace es avalar a las entidades que la prestan y el Colegio ofrece únicamente aquellas actividades que no ofrecen las universidades o los institutos. Entonces, hay un premio para aquellas que estén cubriendo por lo menos un 30% a los médicos rurales y no sólo a los que estén en los centros urbanos. Así estimulamos a estas instituciones.

A través de esto, es que nosotros pretendemos garantizar la idoneidad de los médicos. Nuestra recertificación va dirigida en primera instancia a médicos generales, porque es el grupo más grande que nosotros tenemos en el país. Intentamos ofrecer la actualización de los médicos en todo el país, ya sea que los cursos que se den in situ o por Internet o tele conferencia. Para los que no saben, nuestro país es de 50km² y somos 5.000.000 de habitantes. Pedimos que anualmente se obtengan 30 puntos en estas actividades de actualización, para un total de 60 puntos y al final de los tres años, con esos 60 puntos, se obtiene la recertificación o también se puede a través de un examen que tiene 200 preguntas. La responsabilidad de llevar las actividades de Educación Médica Continua, es del colega y este presenta al Consejo de Recertificación para que lo revise y vea que cumplió. Las entidades de prestación de Educación Médica Continua, son las que tienen que garantizar la asistencia y la evaluación. El Consejo, tiene un espacio en cada una de las actividades de la Educación Médica Continua, para que un delegado asista y vea la calidad y si se ha cumplido.

El sistema lo tenemos organizado, dependemos de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos, que es quién define las políticas del sistema y establece los costos. En este momento, el costo equivale a 15 dólares cada tres años, que es lo que paga el colega para obtener la recertificación. Luego está el Consejo de Acreditación, que está integrado por tres médicos designados por la Junta de Gobierno, dos designados por las asociaciones médicas acreditadas, como

entidades de Educación Médica Continua y un médico designado por la Academia Nacional de Medicina. Ese es el grupo que forma el Consejo. Todos duran en sus funciones dos años y pueden ser reelectos. Las entidades son avaladas por el Consejo previamente, tanto su grupo docente, más los programas que ellos ofrecen. Pretendemos que no sean actividades organizadas esencialmente por las casas farmacéuticas. Pueden dar apoyo económico pero no influir en los programas. Digamos que nos dan el café, la comida, pero no el temario. Son las universidades y las asociaciones médicas las que participan en este trabajo.

Tenemos una tabla de asignación de créditos en la que se ven las diferentes actividades que se pueden utilizar para la recertificación: congresos, seminarios, simposios, cursos de actualización, pasantías en servicios de reconocido prestigio del grupo médico, programas de auto aprendizaje, tutorías presenciales o por medios audiovisuales, producción de libros, tele medicina, foros, charlas, publicación en Internet, etc. Es muy amplia la gama, pero previamente tienen que estar avaladas por este Consejo de Recertificación.

Para lograr la recertificación, se acumulan puntos o créditos -como veíamos en estas actividades- o se toma un examen que realiza una comisión de expertos que fue formada para hacer evaluaciones. Tuvimos asesorías internacionales para que ellos aprendieran a tomar y hacer exámenes o evaluaciones para ver que el objetivo se cumpliera, cuantas preguntas tenían que ser, el tiempo, los índices de confiabilidad, de discriminación del examen, etc. Se hizo un examen que consta de 200 preguntas de múltiple escogencia y tenemos previsto un examen práctico, pero ese todavía no lo hemos organizado porque recién en octubre pasado hicimos el primer examen escrito.

En cuanto al porcentaje de aprobación, vemos en la tabla que el 50% aprobó, y esperamos que la experiencia nos vaya formando mejor. Del total de médicos que tiene el Colegio, teníamos 3.000 inscriptos dentro del sistema. Este es totalmente voluntario y no es impuesto. El total en el país es de 6.000. Anualmente se inscriben unos 250 médicos por año y llevamos 3 años desde que se implementó. La primera recertificación fue en el 2003 para los que se inscribieron en el 2000. En cuanto a las especialidades vemos que el grupo de médicos generales es el 66%, luego siguen los de Ginecología y Obstetricia con un 7%, hay un 24% compuesto por Neonatología, Pediatría, Medicina Legal, Endocrinología, etc. Es muy amplio el espectro de especialidades.

Dando apoyo al sistema, tenemos 51 asociaciones médicas, entre universidades públicas y privadas, hay 5 (una pública y 4 privada), 9 entidades entre institutos, fundaciones, una clínica integrada de la zona de Tibás y hospitales privados. En total nos da 65 grupos que están trabando con el Colegio Médico para llevar adelante la recertificación.

Estas son las actividades que hemos hecho anualmente. En el año 2000 se dieron 200 cursos y 20 congresos. En el 2002 tuvimos un poco más de congresos regionales y el nacional. En el 2003 pasamos a 253 cursos y unos 20

congresos. Luego tenemos el premio anual, que es un pergamino y una publicación. Lo que se evalúa de las instituciones es la calidad, la cantidad y la distribución geográfica de las actividades que brindan. Lo han ganado hasta ahora la Asociación Costarricense de Cardiología, que inclusive editó una revista con un cuestionario para la Educación Médica Continua, la Asociación de Neonatología porque hizo un trabajo bastante extenso a lo largo de todo el país, capacitando a todos los que pudieron y que incluso ha incidido en bajar el índice de mortalidad infantil y el Congreso de Neurocirugía que fue uno de los congresos mejor organizados y extendidos de nosotros. Esos son los resultados y la presentación de la recertificación que hemos tenido en Costa Rica. Gracias.

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

Yo quería hacer un aporte muy global sobre el tema. A mí me interesó mucho dos cosas que escuché ayer de Marcos Carámbula y Barrett Díaz, sobre enfatizar la necesidad de cambiar nuestro modelo de atención sanitario y de recrear formalmente una dirección, a una atención primaria e incluso al médico de familia ¿A qué viene esto? Me parece que en la CONFEMEL deberíamos tomar definiciones con respecto a este tema, por lo menos en los lugares en los que se puede avanzar, porque la certificación y la recertificación que tiene que comenzar por la Escuela de Medicina y tiene que ser sobre la base de qué modelo de atención queremos. Por supuesto, la excelencia técnica y la Medicina de la excelencia y todo eso que escuchamos todos los días, es una cosa importante en la prestación inmediata y directa, pero probablemente la salud descansa más sobre como está conformada la atención general, que sobre las prestaciones individuales que hoy en día tienden a la complejidad. No es un secreto que cada vez gastamos más plata en menos personas con menos expectativas de vida. Alguna vez dijimos que gastamos más plata en las últimas 48 horas de vida de una persona que en sus primeros 10 años. Acá también se dijo que nosotros como entidades médicas, no debemos delegar la responsabilidad del conjunto de lo que es la atención de la salud. No debemos conformarnos sólo con ser excelentes médicos, porque probablemente para la actual situación de nuestras poblaciones en toda América, la excelencia médica va a poder recuperar muy pocas situaciones, comparadas con la real y angustiosa necesidad que tienen nuestras poblaciones de emprendimientos primarios que vayan dirigidos a situaciones básicas y permanentes de su vida.

Por eso es que me permití hacer hablar de esta situación y por eso yo le sugeriría a las autoridades y a los colegas aquí presentes, que hagamos un esfuerzo y veamos como podemos acordar líneas fundamentales de cómo debe ser la atención primaria y lo que es la atención general, en toda la atención sanitaria de un país. No lo debemos delegar. No debemos delegar en nadie aquellos conceptos básicos que nosotros creemos y debemos impulsar sobre los modelos de atención y en ese sentido, yo apoyo lo que se dijo aquí, pero en serio y con compromiso, a todo lo referente a la atención primaria, al médico de familia, médico referente, de cabecera, etc. Nosotros tenemos experiencias en las cuales en la atención primaria se solucionan el 90% de los problemas que afectan a la gente en las consultas. Creo que la voz de los médicos y las

instituciones médicas, tienen que corresponderse con esa responsabilidad. Gracias.

Dr. Mauricio Eskinazi (CONFEMECO. Argentina):

Vamos a un tema más específico. Aunque parezca redundante, creo que tenemos que insistir en cuanto al aumento indiscriminado de facultades y Escuelas de Medicina en toda Latinoamérica. Pensamos que es parte de un modelo y no es coincidencia y tenemos que tratar de frenarlo. Habida cuenta de lo que observamos en estas facultades con un interés netamente comercial y donde el nivel de capacitación es muy pobre.

Con respecto al tema de recertificación y certificación. Nuestro país hace mucho tiempo que está trabajando en este tema, específicamente los Colegios de Médicos, somos los que tenemos potestades legales para brindar el título de especialista y recertificar esos mismos títulos que nosotros otorgamos. Últimamente hemos incorporado convenios con Facultades de Medicina. O sea que lo que nosotros otorgamos es un título conjunto con Facultades de Medicina de tipo público. Tenemos Universidad de Buenos Aires y la Universidad de La Plata. Esto quiere decir que tiene un reconocimiento no sólo en el país, sino en todos los países con los que tenemos convenios. Esto es un hecho muy importante porque ha permitido que las sociedades científicas quieran participar en los mecanismos evaluatorios de los colegas, como para integrarse también en las Juntas de Evaluación ¿Cómo se produce esto?

Nosotros evaluamos a los participantes y si llegan a determinada cantidad de puntos o créditos, está habilitado para el examen. Este se toma con autoridades universitarias, el Colegio de Médicos e invitamos a un integrante de las sociedades científicas. El examen es teórico-práctico, sobre todo en las especialidades quirúrgicas ¿Cómo es el práctico en las especialidades quirúrgicas? Primero, se exige el listado de las intervenciones quirúrgicas que tenga hechas ese profesional y segundo es in situ, en el lugar donde el profesional se está desempeñando y se hace la evaluación en un acto quirúrgico. Algunos pensarán: ¿Qué implicancias legales existen? Ninguna, porque este profesional ya está trabajando en la especialidad hace tal vez 5 o más años. Se manda un veedor y se le evalúa. Este es un hecho muy importante.

Con respecto a los procesos de recertificación también se hacen con la Universidad. Se toman en cuenta los últimos 5 años de su ejercicio profesional y curricularmente, se los evalúa y se los acredita y si superan los 20 puntos se les recertifica y si no califican, se les toma un examen similar al proceso de certificación de la especialidad. Esto es muy lindo, pero al médico hay que darle los elementos para la capacitación, porque luego de la Universidad, el médico queda indemne y no tiene un programa de capacitación permanente. Eso lo brindamos nosotros a través de las Escuelas Superiores de Enseñanza Médica donde nosotros damos cursos de capacitación, especialización, simposios, congresos, foros para que el médico pueda tener los créditos suficientes para certificar y recertificar. El médico gasta muy poco porque no queda ningún

rédito económico para la institución, se vuelca para la capacitación y hay becas para que pueda acceder si no pudiera pagar. Este es un hecho más que docente, gremial. Últimamente hemos tenido un reconocimiento del Ministerio de Salud de la Nación, a través de un programa de calidad de la atención médica, que ha reconocido nuestros procedimientos como válidos para la formación del médico. Esto es sintéticamente lo que quería exponer. Gracias.

Dr. Miguel Matzkin (Asociación de Médicos Municipales. Argentina):

Nosotros somos de la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires. Esta asociación tiene 9.000 afiliados y hace unos siete u ocho años que estamos con este tema de la recertificación y la certificación. En nuestro país, las entidades autorizadas para realizar la recertificación son los Colegios Médicos, la Asociación Médica Argentina, la Academia de Medicina y la Facultad de Medicina y eso nos obligó a realizar convenios con distintas entidades. La primera que hicimos fue con la Asociación Médica, en el año 1997 y es interesante, porque sin ser obligatoria la recertificación en nuestro país, en un llamado que hicimos, se presentaron 6.500 profesionales de nuestros 9.000 afiliados. Esto avala un poco lo que dice la Dra. Sancho con respecto a que es el mismo profesional el que busca la necesidad de recertificarse. Posteriormente, volvimos a hacer un nuevo llamado y se presentaron 3.000 profesionales para recertificar. Mantenemos este convenio con la Asociación Médica Argentina y la semana pasada firmamos un convenio con la Facultad de Medicina de Buenos Aires que nos permite no sólo recertificar, sino trabajar conjuntamente con ellos para certificar, es decir dar el título de especialista, igualmente que con el Ministerio de Salud.

Lo otro que quería comentarles con respecto a la Educación Médica Continua, era que en nuestra institución hace 25 años venimos haciendo cursos de capacitación que fundamentalmente dan salida laboral. Nuestros cursos tienen convenios con la Universidad de San Martín, los de Medicina Laboral y Medicina del Deporte y tenemos cursos de varios niveles de Auditoria, de Medicina Legal, cursos de Administración Hospitalaria. Es decir cursos que dan la posibilidad a la gente a tener una salida laboral y dejamos los cursos de capacitación científica con los créditos necesarios para la recertificación para las asociaciones de cada una de las especialidades. Hacemos cursos de gremialistas, de veedores para los concursos de los distintos hospitales y cargos. La otra cosa que quería decirles es que por ahora no tenemos la obligación de presentarnos a la recertificación de nuestros cargos en el gobierno de Buenos Aires, pero sí ahora, nos hemos sentado a conversar en el primer convenio colectivo de trabajo que va a hacer la Asociación de Médicos Municipales con el gobierno de la ciudad y creemos que es fundamental incorporar el valor de la recertificación. Pero para ello, creemos que es necesario fomentar la capacitación que les dé los créditos necesarios y estamos peleando por la capacitación en horario de trabajo que generalmente las autoridades nunca nos dan.

Esta era un poco la síntesis de cómo estamos trabajando. Gracias.

Dr. Abdón Toledo (Federación Médica Venezolana):

La situación en Venezuela yo quisiera dividirla en dos aspectos fundamentales. La primera, en lo que tiene que ver con lo que nosotros hemos hecho en cuanto a la certificación y recertificación de nuestros profesionales que significa la garantía de que el acto médico se mantenga actualizado y se le brinde una mejor asistencia al paciente. En este sentido, en Venezuela ha recaído esta actividad sobre las sociedades científicas como organismos adscritos a la Federación Médica Venezolana y asesores de la misma, quién funge como el organismo nacional encargado de la formación continua de los médicos.

En este aspecto, cada una de las sociedades científicas ha elaborado un régimen de acuerdo a su especialidad, aún cuando ha habido intentos de unificar en ese sentido, como lo es un proyecto que elaboró la Sociedad de Cardiología el año pasado en su congreso, para que sirviera de marco de referencia para las sociedades científicas que implementan sus sistemas. Por supuesto la Federación Médica Venezolana aporta su cuota en este aspecto, en el sentido de desarrollar algunos cursos que en definitiva van a mejorar en algunas áreas la formación médica. Todas las actividades que desarrollan las sociedades científicas son avaladas por la Secretaría de Actividades Científicas, Docentes, Culturales y Deportivas, quienes al final otorgan los créditos necesarios de acuerdo a los cursos que se realicen y de acuerdo a las horas que tengan las actividades. Cada sociedad diseña cursos anuales que los dividen en capítulos regionales o nacionales donde hay la programación de acuerdo a lo que ellos estén realizando.

Esto es con respecto a certificación y recertificación, sin embargo hay cosas que trascienden las fronteras y que nosotros no les estamos dando la importancia debida y es lo que está sucediendo con los sistemas globalizados de los países andinos y ya Centro América tiene un sistema similar, en cuanto a la integración de diferentes especialidades o de diferentes carreras o ramas profesionales para los tratados de libre comercio. Eso va a significar a corto plazo un problema en cuanto a lo profesional, porque no tenemos criterios unificados en cuanto a la asistencia médica en nuestros países. En relación a los intentos que han realizado la Comunidad Andina de Naciones, como son la reunión de expertos sobre reconocimiento de títulos y ejercicio profesional que originalmente estaba pautada para realizarse en Lima Perú, pero que después se realizó en Venezuela, tratan de integrarnos desde un punto de vista del ejercicio médico. Yo me voy a permitir leer el pronunciamiento que realizó la Federación Médica Venezolana después de las deliberaciones que se produjeron en esa reunión:

“La Federación Médica Venezolana es el organismo que integra todos los Colegios Médicos del país, fue fundada en 1945 y desde entonces rige las acciones a seguir por parte de todos los médicos, tanto en el ámbito laboral, como científico, gremial y de bienestar social. Su interés por la idoneidad del acto médico se remonta a sus inicios y llega a uno de sus puntos más importantes cuando es reconocida por la propia Ley del Ejercicio de la Medicina como el organismo facultado para tal fin (Artículos 56, 70 y 83)

Ha sido labor inequívoca y de constante actualización científica y gremial por parte del Comité Ejecutivo, el reconocimiento y aprobación de las especialidades que pueden ser ejercidas en el territorio nacional. Asimismo, certificar la solicitud del médico o de los médicos egresados de los postgrados tanto nacionales como extranjeros y analizar su respectiva aprobación a través de su secretaría de doctrina. Valga esta introducción para dejar claro que ha sido y continuará siendo labor irrenunciable de la Federación Médica Venezolana la certificación de especialistas para el ejercicio público y privado del país. El tema de la recertificación es nuevo en el ámbito nacional, sin embargo con el tema de los programas de la Educación Médica Continua por parte de la secretaría de Actividades Científicas como es obligatorio hasta hoy en día, resulta primordial el papel que jugará la Federación Médica Venezolana en esta futura actividad, normando los pasos a seguir por los especialistas para la mencionada recertificación.

¿Cuál es el objetivo de esta reunión? El planteamiento hecho por la Comunidad Andina de Naciones, en la elaboración de un anteproyecto de convenio o acuerdo que permita unificar los criterios para el reconocimiento de títulos universitarios en las áreas de Medicina, Ingeniería y Contaduría Pública entre los países integrantes de la misma. Los antecedentes dicen que la Comunidad Andina de Naciones ha realizado acciones tendientes a la unificación de criterios para el reconocimiento de títulos universitarios y muestra de ello es la disposición transitoria adoptada en la decisión 439 de 1998, donde se menciona la necesidad de implementar mecanismos que permitan el ejercicio profesional de los médicos provenientes de los países integrantes a través de los requisitos mínimos que se establezcan entre los mismos. Esto fue corroborado en la reunión de marzo de 1999.

En Venezuela, se han realizado numerosas reuniones y talleres que han tratado acerca de la acreditación y certificación para el ejercicio profesional del médico siendo una de las últimas la realizada por el Ministerio de Educación Superior con la asociación de rectores universitarios en marzo de 2003, donde se abordó entrevistas con los entes gremiales que agrupan a estos profesionales para definir los criterios que prevalecerán en estos acuerdos.

Situación actual: el problema actual surge desde la formación inicial del médico cuando nuestras universidades no poseen criterios uniformes en la elaboración de los programas docentes y por ende la diferencia existente entre los egresados marca la pauta en el comportamiento futuro de los mismos. Por otra parte nuestras universidades tienden a formar médicos para la relación individual con el paciente, es decir para el ejercicio privado de la especialidad determinada. Aunado a eso, el Estado estimula este tipo de ejercicio directamente por la pobre oferta de servicios de calidad en el área pública, lo cual obliga a la población a recurrir al médico más directamente vinculado a su padecimiento que es el especialista, produciéndose un círculo vicioso: mayor número de consultas produce una mayor tendencia a la especialización.

¿Dónde surge el otro inconveniente del tema que nos ocupa? Cuando los médicos en formación acuden a nuestras universidades para optar por una residencia de especialización, confronta el grave problema de que estas no tienen criterios únicos de selección y que cada una de ellas establece pautas adecuadas para su propio uso y no en beneficio del aspirante o del egresado de dicha especialización. Asimismo, al egresar como especialista en nuestro país, ha sido la Federación Venezolana la encargada de analizar y certificar sus credenciales para acreditar el ejercicio a nivel nacional. Por tanto, el Ministerio de Educación Superior acredita a través de la universidad respectiva, en caso de los postgrados universitarios nacionales, el Ministerio de Salud y Bienestar Social acredita a través de sus hospitales los postgrados no universitarios no nacionales, incluyendo los del Instituto Venezolano de Seguros Sociales, pero es la Federación Médica Nacional quién certifica a través de sus convicciones de credenciales regionales al especialista a ejercer en el territorio nacional y a través de su Secretaría, adoctrina a los especialistas que obtengan el título de universidades extranjeras.

Todos estos procedimientos están debidamente reglamentados en nuestro organigrama funcional. Todo esto está condicionado a que los especialistas médicos sean reconocidos por la Federación Médica Venezolana luego de un análisis exhaustivo de documentos contemplados a tal fin y cuya aprobación es dictaminada en asamblea ordinaria.

¿Cuál es la posición de la Federación Médica Venezolana en relación a todas estas reuniones? La situación planteada en el seno de la Comunidad Andina de Naciones referente al reconocimiento de títulos de médicos de países integrantes del grupo, la Federación Médica Venezolana considera que inicialmente deben tomarse medidas contundentes que permitan unificar la formación del médico en su etapa inicial de pregrado en las diferentes Escuelas de Medicina existentes en cada país miembro. En Venezuela existen 10 Escuelas de Medicina diferentes. Por otro lado, el número anual de egresados de nuestras Escuelas de Medicina, crean un conflicto de competencia laboral cada vez más preocupante, el cual podría agravarse con el libre ingreso de otras naciones hermanas con el único requisito de tener que acreditar la formación recibida en los centros universitarios de su propio país. Sí a esto agregamos que estos colegas andinos pudiesen ingresar formados ya como especialistas, sería la Federación Médica Venezolana la única capacitada para analizar y aprobar la documentación que permita el ejercicio profesional en nuestro país.

En otro orden de ideas, se han analizado las razones que pudiesen explicar las fallas de los sistemas sanitarios de los diferentes países en Latinoamérica y hemos visto con preocupación como, en primer lugar, la mayoría de los países a excepción de Brasil, carecen de políticas únicas de salud que permitan establecer las necesidades reales de la colectividad. En segundo lugar, el régimen laboral del personal de salud tiende a deteriorarse cada día más en perjuicio de la atención que este personal debe al médico, que distan de ser las

ideales y llegan a ser precarias en algunos centros hospitalarios y tercero de dedicar a su actividad asistencial las condiciones de trabajo.

En este sentido, la Federación Médica Venezolana ha luchado desde su fundación por hacer valer lo contemplado en los artículos 56 y 70 de la Ley del Ejercicio de la Medicina y lo establecido en nuestra propia Constitución procurando el establecimiento de políticas sanitarias consonantes con la realidad nacional, el respeto a la contratación colectiva, los regímenes de concurso para el ingreso al campo laboral y la vigilancia de la seguridad social del médico y por último la adecuación de las condiciones de trabajo del equipo de salud, particularmente de los médicos al servicio del colectivo público “

Por último yo quería despedirme diciendo que la CONFEMEL debe sentarse a planificar y desarrollar los criterios necesarios para comenzar a integrar de repente nuestras propias Facultades de Medicina, porque evidentemente los procesos de globalización parecen ser infranqueables y el problema que se nos va a presentar a nivel laboral va a ser evidente en un corto plazo.

Dr. Gustavo Rivero (Federación Médica Venezolana):

Voy a ser breve. La certificación de los médicos generales y de los médicos especialistas están en manos de la Federación Médica Venezolana. Hasta ahora nosotros no tenemos un programa de recertificación vigente. Se está en la discusión y como decía el Dr. Toledo, el problema se va a presentar porque los gobiernos del Área Andina están tratando de hacer un proyecto –ya tenemos el anteproyecto en nuestras manos- para que todos los médicos puedan ejercer sin tener que convalidarse y eso nos va a traer problemas y a través del Pacto de San José y de Latinoamérica y el Caribe y todo lo demás, la posibilidad de que médicos de otras áreas del Caribe puedan trabajar en cada uno de los países del pacto.

Las universidades nuestras y me imagino que en los otros países, debe ser lo mismo, no tienen los diseños curriculares iguales para todas. Menos aún ahora cuando no sólo son universidades públicas las que están formando médicos, sino también privadas. El problema básico está en que las federaciones en nuestros países y CONFEMEL, tienen que dedicarse a tratar de establecer una pauta uniforme para todos los países que permita que un médico que venga de Argentina o Chile a Venezuela, de Bolivia a Colombia, cumpla un mínimo de requisitos para poder ejercer en cada uno de estos países. Ese es el problema grave que le estamos planteando a la Comunidad Andina de Naciones, que no podemos permitir que a los propios venezolanos les ponemos una serie de requisitos para que puedan ejercer, no podemos pretender que vengan médicos de Venezuela a Uruguay sin que puedan cumplir con los requisitos que los médicos uruguayos deben cumplir en su propio país, simplemente por un tratado firmado. Creo que esto es algo que la CONFEMEL debe tomar muy en cuenta.

Yo creo que el problema de certificación y recertificación es algo prácticamente solucionado en cada uno de nuestros países, los gobiernos tratan de que sean

los gremios los que se encarguen de la certificación y recertificación de sus especialistas, porque son los que están capacitados para ello, pero el problema va a ser esta migración interna que se puede dar en Latinoamérica. Con esto creo que dejamos aclarado el punto. Gracias.

Dr. Gerardo Garita (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Yo nada más quería reflexionar sobre una contradicción más que vivimos los médicos en Latinoamérica. Por un lado estamos tratando de mejorar la imagen del médico; por un lado estamos tratando de que el médico no sea perseguido por las autoridades y la sociedad como tal, sino que mantenga su posición de prestigio y por otro lado, nosotros estamos diciendo que hay muchísimas universidades y que los médicos salen mal preparados porque estas universidades tienen un criterio meramente mercantilista y por esto la necesidad de la recertificación.

En Costa Rica, estamos muy interesados en ese examen que la Dra. Sancho presentó sea un examen obligatorio, pero desgraciadamente la ley no nos lo permite porque esta dice que título de una universidad nacional tiene que ser reconocido por los colegios profesionales para inscribirlo en su seno. Entonces, estamos haciendo un trabajo de conquistar a los políticos para que metan este examen como obligatorio dentro de la ley del Colegio de Médicos. Es una cosa muy difícil, pero en eso estamos. Mientras tanto, lo que nos queda es garantizar la Educación Médica Continua post universidad, que eso es en lo que estamos inmersos. Este año tuvimos ocho cursos de diferentes materias dirigidas al médico general que es el que más nos preocupa. El médico especialista, tiene otras formas de recertificarse como congresos médicos de su especialidad, etc. Pero al médico general tenemos que darles estos cursos.

Otra cosa que me llamaba la atención era lo que decían los compañeros de la Argentina, que ellos ya están entrando en conversaciones con las autoridades respectivas para que estos puntos de recertificación no sean simplemente académicos, sino que tengan alguna valoración a la hora de valorar los asuntos de tipo laboral. Que si hay que concursar para un puesto en una institución pública que esos puntos de recertificación, cuenten a la hora del examen y da la casualidad de que a partir de este año hemos empezado conversaciones con las diferentes autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social, para lograr eso. Claro que ellos se espantan de tener que aumentarles el sueldo todos los años a los médicos conforme se vayan recertificando, pero es una lucha que hay que entrarle. Eso es lo que yo quería señalar.

Dr. Eduardo Flores (Colegio Médico de Costa Rica):

Me interesa lo que decía el Dr. Eskinazi de Argentina, porque yo soy cirujano. Nosotros hemos tenido problemas porque -por ejemplo- la Junta de Gobierno delega a un tribunal de tres oftalmólogos examinar a un médico costarricense que estudió en República Dominicana y se supone que es oftalmólogo, entonces debe poder probar que puede operar un ojo a una señora de cataratas, pero sucede que en la sala de operaciones el oftalmólogo le dice al examinado que se quite porque no puede hacer la operación. Entonces, este es

un problema legal, un problema ético que tiene el que está examinando porque se supone que el médico ya hizo el examen escrito y después da el examen práctico. Por eso yo fui al National Board Medical Examiners en Filadelfia y hablé con la máxima autoridad y trajimos al vicepresidente el Dr. Peter Scoltz y a partir del año entrante, en USA todos los médicos tienen que ser recertificados para ejercer y creo que tiene que ser un propósito de la CONFEMEL. Es decir, que debe haber un pronunciamiento que diga que todo médico que sale de una universidad, debe certificar sus conocimientos en el Colegio de Médicos o en la entidad que corresponda al país, es un principio básico y una competencia fundamental de los médicos, los conocimientos científicos.

Les digo a todos médicos, usted en un corredor, en la cocina o en el dormitorio, debe estar anuente a contestar cualquier pregunta, porque el sinequanon de usted como médico, es saber su profesión, por tanto no debe tener miedo a ser examinado en cualquier país. Pero esos conocimientos deben ser examinados porque lo que el médico está tratando es la salud y la vida de los pacientes. Hay muchos –sabemos- que se pasan entre bambalinas y que sacan su título sin haber hecho bien sus estudios en Medicina. En USA, lo que hacen es casos simulados clínicos. Nosotros hemos hablado con todos los decanos y las juntas de las universidades para que sea el Colegio Médico, a través de este comité que tenemos con la Dra. Hilt y una serie de expertos, para que ellos hagan el primer examen que es el de Ciencias Básicas a todo estudiante de Medicina de cualquier Escuela de Medicina. Si no aprueba el examen no puede pasar al tercer años de Ciencias Clínicas y luego al final del quinto año, otro examen de Ciencias Clínicas, hecho por el Colegio de Médicos que sería una entidad totalmente neutral porque nada que ver tienen con las universidades y estas ya están anuentes a hacer eso.

Actualmente, en Costa Rica hay 350 plazas para internos pagadas, pero hay 700 internos, pero va a haber más porque se gradúan 800 y dentro de dos años 1000. Sólo se les paga a los que pasan el examen a los otros no. Luego para la residencia también tienen que dar un examen, hay 125 clases de residente anuales y concursan de 700 a 800 médicos, por tanto sólo 125 pasan por más que el Colegio ha dicho que hay que subir el número de residencias a 200. Entonces, en este momento hay solicitud de 10 médicos argentinos y el gerente médico de la Caja dice que va a traer 25 anestesistas argentinos y 10 ortopedistas, porque hay una plétora de niños en el Hospital de Niños que tiene 2000 niños, que no han sido operados porque no hay suficiente número de especialistas, ni suficiente número de ortopedistas. El Colegio se opone rotundamente a esto, porque esa no es la manera de solucionar un problema que se puede solucionar aumentando el número de plazas. El problema es que SENDEL gasta 1000 millones al año y de esto 800, es el presupuesto del pago de residentes internos en el país, aunque ya hay un estudio hecho para una maestría de economía de la salud, que dice que el producto de ganancia del hospital es de 230 millones, si extrapolamos el trabajo que hacen los internos, si tuvieran que contratar médicos generales que hicieran ese trabajo. Por lo tanto se gana con esa labor que ellos hacen. El problema es que los

administrativos no han visto esa ganancia y son reacios a contratar más internos.

Es fundamental el concepto de los Colegios médicos a nivel de Latinoamérica de prolijar que la actitud de que todo médico debe certificar sus conocimientos al final de la carrera y recertificar cada 5 años con un programa establecido como lo tiene Costa Rica, lo va a tener Venezuela y también otros países.

El problema que tuvo Costa Rica, es que los líderes del Congreso son funcionarios de las universidades o son abogados que tienen que ver, entonces no han querido pasar por ley el examen de incorporación. En 1965, se quitó el examen de incorporación porque se dijo que para qué se iba a hacer un examen, si todos se iban a graduar en Costa Rica. Esta experiencia creo que es importante y lo más importante que tiene que decir la CONFEMEL es que todo médico que llega a otro país tiene que certificarse, porque esa es la práctica que deben tener todos los médicos del mundo. Es una competencia básica y deben probarla en los hechos, porque sino no pueden atender pacientes. Además, como la ciencia avanza rápidamente, debe cada 5 años recertificarse. Eso es todo. Gracias.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Voy a hablar en nombre de la delegación de Uruguay. Si se hubiera trabajado en comisiones seguramente se me hubiese encargado esta área. Como ustedes ven ya repetidamente, CONFEMEL denomina al tema: Educación Médica Continua y Recertificación. Nada más y nada menos. Eso es una definición conceptual y se llegó a definir el tema luego de una sucesión de asambleas. Creo que el tema de la convalidación, que es un gran problema, debiera desglosarse y muy probablemente esté mejor ubicado en un tema que Perú insistió mucho por intermedio del Dr. Castro Gómez, que fue el tema de las migraciones médicas. Este tema debe volver y allí debe englobarse legítimamente la temática de revalidas y convalidas y permitamos operar a la unidad temática Educación Médica Continua y Recertificación.

En el Uruguay, se decretó la recertificación por las autoridades de gobierno y la salud, en el comienzo de la década de los noventa. Desde entonces, no se ha podido implementar, porque fue un decreto descontextualizado que no estaba precedido de la formación de un adecuado Sistema de Educación Médica Continua. El cuerpo médico y el gremio médico, frente a un decreto extemporáneo planteó abordar el tema racionalmente. Proceder a formular un Sistema de Educación Médica Continua accesible, de contenidos correctos, con la evaluación adecuada, con todas las garantías, para proceder a posteriori a hacer factible la necesaria recertificación.

Nosotros fuimos transitando todas las etapas. Tradicionalmente, con gran apoyo de la industria, las sociedades científicas han desarrollado sus congresos. Ustedes saben que eso es un aporte valioso, no obstante siempre se les han formulado observaciones de que el contenido temático es determinado unilateralmente por los científicos, organizadores del congreso, sin que eso nos

garantice la relevancia del contenido para el concurrente o de que el tema esté ajustado a las carencias o desactualizaciones de los concurrentes. En segundo lugar, la metodología de esas actividades imprescindibles y que sin duda van a seguir, pero es de tipo sumamente pasivo y poco adecuado a las características de los concurrentes, que son profesionales universitarios que obtienen mayor rendimiento en una metodología interactiva de la educación. En tercer lugar, el tema de las evaluaciones que inicialmente no existían y que se han ido incorporando, pero de manera muy rudimentaria. No obstante, este es un primer escalón que debemos mantener y al cual están muy apegados las sociedades científicas, aunque es muy vulnerable a las influencias comerciales, de corporaciones, de agencias de turismo, hasta restaurantes, etc. Se han llegado hasta implementar los cruceros de Educación Médica Continua y yo creo que nadie debe impedirlo, pero apuntamos a otra cosa.

Apuntamos a que mundialmente esta profesión se ha masificado. El conocimiento tiene una más rápida obsolescencia y solo, nadie puede defenderse para mantener la competencia profesional actualizada y para eso está el cuerpo médico organizado en sus asociaciones y agremiaciones. Entonces, en la etapa posterior de la educación médica permanente o adecuación en servicio, aquellos que como en Uruguay tenemos centros asistenciales vinculados a los gremios médicos, creemos que allí hay una gran oportunidad de adecuar nuestra realidad asistencial a las necesidades de la educación médica permanente. Saben que actualmente se ha logrado una síntesis superior del denominado desarrollo profesional continuo, que incluye toda la gama de recursos recientemente dichos, pero armoniosamente entrelazados y cuya implementación es una adecuada recertificación. Estamos presentando un proyecto de ley donde se haga de la Educación Médica Continua, un sistema nacional con accesibilidad y que el médico tenga en su horario remunerado, a la participación en las actividades y como contrapartida se implementará, después una evaluación base de la recertificación. Estamos confrontando algunos problemas para esta legislación que la presentamos en conjunto con el MSP y la Facultad de Medicina y para destrabarlo sería muy importante tener un apoyo de la CONFEMEL en esto.

Nos pareció muy interesante el trabajo que hizo Costa Rica, la prueba está que el tema se abre con una presentación del Colegio Costarricense sumamente enjundiosa. Nos parece muy importante la rica y extensa experiencia de Perú en materia de recertificación y de pronto vamos a proponer que este tema lo trabajemos en forma multipartita. Que creemos una comisión, no con un solo responsable, sino que abramos un poco la capacidad de trabajo. Por ejemplo, los tres nombrados, muy bien podrían seguir trabajando de pronto subdividiéndose áreas dentro de él, etc.

Para terminar, yo creo que el Dr. Ocho detectó muy adecuadamente el tema del cambio de modelo, de la financiación de la salud, que va implicar un cambio de trabajo médico, va implicar una redefinición de la profesión médica, va implicar lo que se llama un nuevo contrato social y que la educación, el desarrollo profesional continuo va a ser uno de los pilares. Por eso el SMU para

no esperar a que estén todas las condiciones favorables y recién ahí comenzar a trabajar o que se haya acreditado frente a la Facultad de Medicina para desarrollar actividades de desarrollo profesional continuo. También ha acreditado a su centro asistencial, pero especialmente al SMU, le compete esa área que la denominamos de las Humanidades Médicas que aún no se han incorporado académicamente y en forma curricular en la Facultad de Medicina. Organizamos actividades de Economía y Salud, de Bioética, del Derecho Médico, de la problemática del género y hay otros temas esperando la maduración para poderlos presentar al cuerpo médico: tabaquismo y otras adicciones, violencia en los diversos niveles, el suicidio, etc.

Probablemente la historia natural del conocimiento médico, transcurra por su estudio y organización del cuerpo médico. Primero, como esbozo y luego acreditándonos nosotros, como humanidades médicas y termine a posteriori como un área curricular de la institución académica de la Facultad de Medicina, pero tiene que ayudar al cuerpo médico a detectar los temas promoverlos e irlos organizando.

De tal manera, que con este tipo de temática, nosotros complementamos en algo que la Facultad de Medicina sobrecargada y apenas en condiciones de llenar la educación de pregrado y postgrado para especialidades, difícilmente pueda abarcar por sí sola. Pero apunta a lo que un médico organizado colectivamente en su gremio, concibe como salud en la sociedad, como trabajo del médico en la sociedad y a posicionarnos mejor en el contrato social, que va haber que reformular con participación de otros agentes de la salud que reclaman legítimamente su derecho, pero donde los médicos pongamos el tema de un trabajo lúcido, no solamente basado en los conocimientos clínicos, sino con todas las connotaciones bioéticas, económicas, etc. O sea con la responsabilidad social del trabajo del médico, para que en base a ese rol de líderes en materia de salud, llegar a ese contrato social bien posicionados.

No quiero extenderme más y diría que se dé la conformación de grupos de trabajo multipartitos, que de pronto por serlo, ya intercambien varias veces entre las asambleas, materiales de discusión, como una forma de ver si enriquecemos la discusión y aceleramos la producción de nuevas cosas. Muchas gracias.

Dr. Julio Castro Gómez (Colegio Médico de Perú):

En el Perú, por ley, el Colegio Médico autoriza el ejercicio profesional en la nación y para esto, los médicos tienen que certificarse obligatoriamente. Desde hace 5 años, el Colegio primó en sus objetivos el controlar o regular el desarrollo profesional. Para esto, paralelamente, propusimos al Estado el control de las Facultades de Medicina, en cuanto a su formación, lo mismo en cuanto a la educación médica regular y hacerse cargo de la recertificación médica. Para esto, cada uno de los sistemas tiene sus estructuras y sus procesos que los estamos viendo al cabo de 5 años. Dentro de las acreditaciones de las facultades, el Colegio que tiene iniciativa legislativa, pidió al Congreso y promulgó una ley: la Ley de Acreditación de Facultades. En sus 4

años y medio de funcionamiento, dentro de sus estructuras, está el Colegio Médico, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores y un Comisión de Funcionamiento de Facultades de Medicina. Son 5 las instituciones que acreditan. Se elaboraron estándares y todos los mecanismos técnicos para hacerlo posible.

¿Cuáles son los resultados luego de 4 años y medio? El primer resultado es que no se formaron más facultades de las 28 que ya habían por el libre mercado. Luego, yo creo que a partir del otro año, se va a notar que las vacantes en cada Facultad de Medicina han disminuido en un 25%. Eso es lo avanzado. De las 28 facultades, 8 han acreditado y 6 están con autorización para el funcionamiento en los años de la formación médica. Algunas han suspendido el examen de admisión y otras están para corregir brechas, pero que pensamos no lo van a hacer, entonces 4 facultades posiblemente tengan que cerrarse.

¿Pero cuales son las dificultades en este proceso? El 20% de los médicos que el Colegio tiene que certificar y recertificar, son extranjeros y nadie garantiza que estén bien formados. Por lo menos los que vienen de países de Asia. Esa es una gran debilidad que ha tenido esta ley ¿Cuál es una de las fortalezas? En este último año se han considerado dentro de los estándares de calificación la formación en base a competencias y esto lo vamos a ver en los resultados en la educación médica y en la recertificación.

En la educación médica, las normas que establecen y que regulan la educación médica, están establecidas en los estatutos del Colegio Médico del Perú. También desde hace 4 años y medio, se ha tratado de regular la calidad de la educación médica. Sobre todo, en cuanto a su formación de cursos cortos y breves. Entonces, estamos regulando y ha habido una caída en este año y medio, en cuanto a esa normatividad que no se ha cumplido.

En cuanto a la recertificación, también hay normas del Colegio Médico y hemos llegado hasta una resolución ministerial que manifiesta que es de interés público la recertificación médica en el Perú. También es voluntaria y es como en los demás países, como Costa Rica que la han establecido. Pero este último año, se reformula ese sistema de recertificación. Porcentualmente, los médicos que han ingresado al sistema y que se han recertificado son una cantidad similar. El problema está en el aspecto técnico de la recertificación. Nosotros tomamos la educación médica como un instrumento para la recertificación, pero no como un equivalente. Los médicos recertificados que nosotros tenemos, nos damos cuenta que son por ejemplo los cirujanos que en sus hospitales no operan. Sin embargo, son los primeros en recertificar, pero... ¿Quién asegura a la sociedad que ellos tengan las habilidades para garantizar la calidad en el ejercicio? Cosas así como esa hemos evaluado. Es que pensamos que la educación médica no es el único requisito para recertificarse, sino que es una tercera parte de lo que el médico debe saber.

Estamos en un plan piloto en base a competencias y estas competencias deben ser equivalentes a las especialidades y también al nivel de la atención que

tienen, porque hay médicos del primer nivel que queremos que se recertifiquen en el cuarto nivel o cirujanos que queremos que se recertifiquen en un primer nivel. Ese es el gran problema. Por eso es que vamos a iniciar un año en base a competencias, por eso es que también hemos implementado que la formación del médico en pregrado y en postgrado, sea en base a competencias. Esos son los avances que tenemos en recertificación.

En cuanto a la formación de las comisiones, que decía Barrett, sugiero que se traten normas que se ajusten a nuestros países. Que se ajusten en una homogeneidad, no en una igualdad. Porque podemos tener normas que nos diferencien, pero con objetivos similares. Gracias.

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

Yo quería profundizar dos temas. Como todos sabemos en 1918 se hizo la reforma universitaria en la Argentina, que significó en esa época un gobierno tripartito. O sea, que además de la autonomía, que era fundamental, los consejos académicos estaban formados por un tercio de profesores, un tercio de estudiantes y un tercio de graduados. Eso prendió rápidamente en muchos lugares de Latinoamérica y fundamentalmente en el Perú. La Universidad Mayor de San Marcos, creo que es un templo de esta situación y que hemos visitado con mucha emoción. Todavía en las Facultades de Medicina de nuestro país – las oficiales- el Consejo Académico de cada Facultad de Medicina, tiene un lugar para los graduados. Lo que significa que estos graduados de cada Facultad tienen un representante que intervienen en la currícula, en el examen de ingreso, etc. Es decir, que intervienen en todos los aspectos académicos. Nosotros -las entidades médicas- nunca hemos logrado tener una representación activa en esos estamentos que yo considero que son fundamentales, lo estamos haciendo ahora. No sé en cuantas Escuelas de Medicina de Latinoamérica, existe la participación de los graduados en forma democrática. Yo propiciaría por intermedio de la CONFEMEL, que en todos aquellos países donde existan dentro de los Consejos Académicos, un representante de los graduados, hagamos esfuerzos para que sean legítimos y no los graduados que se quedan dentro de la facultad y que terminan siendo los mismos; profesores extraordinarios que al final son 20 o 30 que tienen la representación de los graduados, sean o no legítimamente representantes de ellos.

El segundo tema, es que nosotros tenemos muchas culpas de situaciones culturales atávicas, que por más que hagamos certificación y recertificación y parte de lo que dijo la gente de Perú, en los hospitales que yo conocí -soy jubilado de un hospital público- el jefe de sala está en las grandes decisiones y nadie lo ve. La gente que pasa por los consultorios externos todos los días, no los atiende el médico que más sabe de la especialidad, sino el médico que está allí; el último que entró. Entonces, creo que tenemos que hacernos cargo de algunos hábitos culturales que hemos tenido y la certificación individual que estamos haciendo, no garantiza la calidad que da ese servicio. Tenemos que intentar hacer una certificación y recertificación del establecimiento global y más aún, nosotros pedimos la certificación de las obras sociales que allá son

independientes. Yo creo que la suma de excelentes médicos no significa tener un buen sistema de salud.

Nosotros por ejemplo tenemos como prototipo en la Argentina al Dr. Favalaro que creo que tiene fama. Si en vez de un Favalaro, hubiese habido 100 Favalaros, no sería 100 veces mejor la atención. Los que somos responsables de la atención y del resultado final de la salud, somos los que estamos desde el primer escalón, que es el más importante. Creo que tendríamos que hacer una autocrítica de las responsabilidades y los modos que usamos nuestro conocimiento médico. Ese conocimiento que cuesta tanto trabajo y esfuerzo en la recertificación -para muchos médicos- por más que queramos ayudarlos, pero que no llega al primer escalón. En el primer escalón, generalmente no están los certificados, ni los recertificados. La atención primaria es el que va a marcar qué le va a pasar en la salud a un individuo y mucho más cuando se habla de un grupo social completo.

Dr. Jesús Figueroa (Federación Médica Venezolana):

Alguien decía que todo depende del Derecho Positivo de cada país. La certificación en el caso de la Medicina en nuestro país, está dada por la Universidad. El rector de cada universidad, es el que certifica. El gremio tiene la obligación de que este profesional de la Medicina, ejerza la profesión de acuerdo con el código que nuestra Constitución en concordancia con la Ley del Ejercicio de la Medicina. Existe en la ley, una serie de condiciones para ejercer ¿Ahora que va a pasar con la certificación? La certificación la da la Universidad y no tiene el gremio ninguna competencia. Nosotros tenemos un conflicto actualmente porque tenemos una especialidad que se llama Medicina Estética que se hace en Argentina y han llegado varios profesionales argentinos a Venezuela que están ejerciendo ilegalmente una especialidad que la Federación Médica Venezolana no la contempla. Cuando ese individuo hace una mala praxis ¿Quién lo va juzgar? Pues sus jueces naturales son los tribunales disciplinarios regionales o nacionales de nuestra federación. Entonces, cuando Barrett Díaz decía que hay que ser multidisciplinarios, es verdad, porque para certificar o recertificar, nosotros tenemos que basarnos primero en nuestra Constitución Nacional, segundo en nuestra ley y código de Deontología Médica. Porque vuelvo y repito, el caso de la Medicina Estética, yo pienso que tenemos que tener mucho cuidado y tenemos que adaptarnos a nuestros códigos de ética y pienso que en todos los países deberían tener una comisión de ética para velar que el médico, en cualquier parte de Latinoamérica y el mundo, tiene que tener una ética para el ejercicio de la Medicina.

Dr. Ruben Tucci (Confederación Médica de Colegios de Argentina):

Quería aclarar algo. En la Argentina, conjuntamente con diferentes entidades, inclusive con el Ministerio de Salud, hemos consensuado 42 especialidades básicas y la especialidad que existe en la Argentina es la Cirugía Plástica y Reparadora, como especialidad y que todo otro tipo de formación no está reconocida como especialidad consensuada en nuestro país. Repito: la

especialidad que existe en la Argentina es la Cirugía Plástica y Reparadora y no Cirugía Estética. Era sólo una aclaración señor presidente.

Dr. Marco Becker (Consejo Federal de Medicina. Brasil):

Voy a intentar hablar en español. Si me permite hacer una polémica, polemizar ¿Para qué la Educación Médica? Para proporcionar a los médicos que continúen evolucionando con la Medicina, que no se queden obsoletos. Segundo, para suplir las deficiencias de la formación regular. Entonces, cuando se habla de educación continua, no podemos olvidar la causa principal, que queremos arreglar al final cuando el problema es primario: que la formación es deficitaria en la Facultad de Medicina por la proliferación indiscriminada de Facultades de Medicina por motivos político-económicos. Entonces, son dos los porqués de la formación continuada.

Ahí viene otra pregunta ¿Y el examen? Por ejemplo en Brasil no hay examen. Las facultades forman y el director hace una atestación de la capacidad profesional. Yo personalmente –en Brasil estamos haciendo una discusión sobre este problema- hacer un examen a mitad del curso teórico-practico, porque en Medicina solamente con preguntas no se puede hacer la conclusión de la preparación del médico. Si no se aprueba no continúa, espera el próximo año para hacer un nuevo examen. Al final del curso otro examen teórico-práctico, para todos: nacionales y no nacionales ¿Porqué todo esto? Porque estamos imposibilitados de parar esta proliferación de Facultades de Medicina, porque no se puede en realidad pensar que podemos solucionar un problema de millares de colegas que ya salen de las facultades sin formación básica ninguna.

¿Qué va a continuar algo que en su base ya está roto? No. La concepción de la formación continua es cuando se puede suponer que la formación regular es buena. Si así no ocurre estamos nosotros intentando enmendar algo que jamás vamos a conseguir. Entonces, esto es muy importante cuando se habla en formación continua, pensar que los colegas ya salen mal y difícilmente van a acompañar, es algo que su base está rota. Está podrida. No se puede construir una casa si los cimientos están mal hechos.

Con respecto al colega que habló de las especialidades, en Brasil la ley brasileña dice que cualquier médico puede ejercer cualquier especialidad. Medicina es todo. Lo que no puede hacer y el código de ética dice que no puede, es anunciarse, hacer publicidad de una especialidad que no tiene, pero él puede ejercer la especialidad. Así no está infringiendo ningún código de ética ni ley. Así que yo creo que la Educación Médica Continua es muy importante para nosotros. Muy importante para hacer frente de todo lo que está por ahí, pero no nos olvidemos la causa primaria es la mala formación dentro de las facultades. Gracias.

Dr. Abdón Toledo (Federación Médica Venezolana):

Lo que dijo el colega de Brasil es muy importante y ya lo mencionamos en nuestra intervención anterior cuando dijimos que no hay criterios uniformes de las universidades en la formación de pregrado. Pero es que se nos está

presentando un problema más grave con la proliferación de las facultades, tanto privadas y públicas. Ustedes dicen pues qué mala la formación de los médicos, pero... ¿Quién los está formando? El profesorado y ¿De donde viene? Precisamente de esas mismas universidades. Generalmente son egresados de esas mismas universidades que concursan para los cargos de profesorado. Y si ya el profesor es deficiente imaginen como será el alumno. Entonces, yo pienso que CONFEMEL debería tomar la batuta y a través de cada Ministerio de Educación de cada país, se certifique a las Facultades de Medicina y se tome en cuenta todo esto. Porque yo pienso que ahí podríamos estar atacando la raíz del problema. Eso era el fondo de mi intervención.

Dra. Hilda Sancho (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

En cuanto a la proliferación de las universidades que nosotros hemos tenido en Costa Rica y también en el Área Centroamericana, yo no me referí en extenso sobre eso, pero les dije lo que estábamos haciendo en Centroamérica con el Sistema Integrado de Acreditación de Escuelas de Medicina. Hemos llegado a establecer criterios comunes para todo el área centroamericana de acreditación de Escuelas de Medicina y ya hay países en los que se ha avanzado más que en Costa Rica, como por ejemplo en El Salvador, que se estableció por ley la acreditación de Escuelas de Medicina en forma obligatoria, con criterios para esas escuelas. En el transcurso de un año se cerraron casi 30 escuelas privadas que no reunían los criterios. En Costa Rica establecimos una Comisión de Seguimiento que da mucho problema, no cerramos escuelas, pero les interrumpimos la matrícula durante dos años hasta que llenaran requisitos de calidad. Son dos detalles que nosotros tenemos en el Área Centroamericana que nos ha permitido seguir avanzando en la proliferación de escuelas.

A nivel del Colegio estamos tratando de implementar el examen de especialista por el Colegio, por eso nosotros hemos tenido una separación de qué es lo que hace el Colegio, que es lo que hace la Universidad y que es lo que hacen los Entes Autónomos de acreditación de los países. Por eso yo les hablaba de un Sistema de Acreditación de Acreditadores Regionales. Tenemos un acreditador regional Centroamericano y luego un sistema en cada uno de los países, que es lo que estamos tratando de fomentar que se lleven adelante, porque no todos los países centroamericanos lo tienen en este momento. Gracias.

Dr. Daniel Monis (Asociación de Médicos Municipales. Argentina):

Primero quería traer un saludo especial del Dr. Jorge Gilardi que me encomendó muy especialmente. Un saludo fraternal para toda la CONFEMEL. En este momento están asumiendo las nuevas autoridades del gobierno de la ciudad y de la nación y por esa razón no pudo estar hoy aquí. Con respecto a este tema, yo quiero recordar que la recertificación comenzó allá por los años 90 como un requisito que impusieron las instituciones privadas de la salud y la zanahoria del burro era que íbamos a cobrar mejor. Esto empezó así.

Nosotros los médicos, que solemos tomar el látigo de siete colas y flagelarnos, aceptamos este desafío y bueno en eso estamos. Yo propongo y lo venimos proponiendo los médicos municipales, que el médico no saque de su tiempo

libre, de atender a su familia, a sus hijos, para capacitarse. La capacitación en servicios debe ser la bandera de la recertificación y el costo de la misma debe correr por cuenta del empleador. Nosotros tenemos un panorama muy sencillo porque tenemos un patrón adelante. Hay otros espectros de trabajo médico que es más difícil de ver como se realizan. A través de estos dos conceptos creemos que debe encaminarse la recertificación.

Hace un rato escuché dos cosas que me preocuparon. Alguien dijo que se le tomaba un examen quirúrgico en un proceso de recertificación a un colega para ver si operaba o hacía bien los partos. Yo no creo que ningún colega que esté sometido a una evaluación no tenga la suficiente carga de estrés como para realizar bien el acto médico. Más allá que sea el mejor cirujano del mundo. Nosotros tenemos la experiencia a través del trabajo de concursos que hacemos en médicos municipales donde en un hospital se decidió tomar un concurso de Jefe de Cirugía a través de una operación. Y es gravísimo. Es un atentado contra las normas de la Bioética y hasta con resultados...no cuento la anécdota porque se nos escapa.

Para cerrar, quiero que tengamos presente que en todo este concepto estamos trabajando con colegas que si bien no tienen capacidades, son egresados de Escuelas de Medicina. Lo que sí deberíamos hacer hincapié es como se eligen a esos docentes de las Escuelas de Medicina. Justamente en este mismo marco de los concursos que hacemos en el gobierno de la ciudad, nos hemos topado que un profesor titular de una materia que tiene el mismo valor de una universidad "pirucha" -como decimos nosotros- que de la Universidad de Buenos Aires. Entonces, estamos en reformas para que el mecanismo de acceso a ese cargo sea el del valor que tiene que tener.

Con respecto a este tema de que somos muchos los médicos, pero la salud de América Latina es mala y tal vez no deberíamos centrarnos tanto en que somos muchos, sino como ejercemos la Medicina. Gracias.

Dr (¿?) Representante de Brasil:

Yo quería centrarme en dos aspectos. Uno de ellos es lo que el Dr. Ochoa habló y es que en Brasil el cuadro se está tornando dramático. Así como Argentina, Brasil está tratando de colocar otros profesionales de la salud como puerta de entrada del sistema. Entonces, tenemos una política implantada en que la enfermera es quién va a realizar la evaluación inicial. Si ella entiende que debe llamarse al médico, entonces lo hace. Entonces, ciertamente va a acabar afectando a otros países y contagiándolos. Yo quería dejar este alerta, yo estoy corroborando lo que el Dr. Ochoa dijo sobre quien tiene que estar en la puerta de entrada es el que tiene mayor experiencia. En Brasil, se está intentando poner a todos los profesionales en el mismo nivel y no se distingue más a un enfermero de un médico o un fisioterapeuta. Esta es una denuncia que estoy haciendo -espero- con el aval de nuestro presidente.

La segunda cosa que quería decir, es que la recertificación no se logrará implantar de una forma objetiva si se pretende someter a un profesional a una

recertificación cada tres o cinco años y pagarle lo mismo que a un médico que se acaba de recibir y que no tiene una recertificación a no ser de la conclusión del curso. Entonces, si nosotros queremos implantar un sistema que realmente produzca resultados tenemos también que establecer valores porcentuales y que a cada nivel que ha logrado vencer, él recibirá un aumento de salario, si esto no se realiza, dependerá de la conciencia y buena voluntad de cada profesional que entienda que necesita actualizarse, pero entonces no se conseguirá implantar un sistema regular de certificación.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

El tema es bien interesante. Hay algunas propuestas en mesa. La que hizo Barrett Díaz, ya no será un coordinador y un secretario que se ocupen de la temática, sino que sea multifactorial con diferentes países. Realmente tenemos seis años haciendo el planteamiento de la recertificación.

Ha sido de mucho interés para nosotros el planteamiento de la temática y ha habido otra propuesta que hace Venezuela. Allá en nuestro país la especialidad la reconoce luego que se ha realizado en una Universidad y en un Hospital acreditado, lo hace el Colegio de Médicos a nivel de todos los estados y se necesita que un estado lo reconozca para poder ejercer esa especialidad en todo el país y los cursos en el exterior los avala la Federación Médica Venezolana. Nosotros tenemos 48 especialidades reconocidas en nuestro país, en Argentina hay un número similar. La propuesta es que en cada página web coloquemos las especialidades reconocidas en cada país como las dudas planteadas por el presidente del Tribunal Disciplinario de Venezuela, sobre el tema de la Cirugía Estética que ha estado muy en boga en nuestro país últimamente.

Esta es una propuesta que hacemos. Hay dos propuestas que vamos a hacer en la plenaria. Una es de todos los países, sobre la recertificación y si estamos de acuerdo, lo hacemos con la señal de costumbre...aprobado. La otra propuesta es de que se agreguen la página web de cada país y de la CONFEMEL ¿Estamos de acuerdo? Aprobado.

También está la carta a Perú...

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Vamos a dar lectura y someter a la asamblea la siguiente declaración:

"CONFEMEL. IV Asamblea Anual. Montevideo 10 al 12 de diciembre de 2003.

Los colegios, federaciones, asociaciones y sindicatos de la profesión médica organizadas en la CONFEMEL, en representación de los 750.000 médicos del continente, nos dirigimos al Dr. Alejandro Toledo Manrique, presidente constitucional del Perú y al Dr. Álvaro Vidal, Ministro de Salud..."

Por fuera de la declaración hago una breve aclaración para algunos que no lo sepan y es este último ha sido concurrente a estas asambleas de la CONFEMEL como representante de Perú en otras ocasiones. Cierro el paréntesis.

"...para expresarles lo siguiente. Primero: Constatamos el deterioro de las condiciones sanitarias y de la profesión médica que motivan la paralización indefinida de la Federación Médica Peruana. Segundo: Solicitamos la atención de las justas demandas, mejorando las asignaciones presupuestales para que los sectores más vulnerables sean atendidos, garantizando el derecho a la salud de todos los peruanos y las mejoras de las condiciones remunerativas y laborales de la profesión médica. Tercero: el gobierno democrático debe terminar con los perversos e ilegales contratos que niegan los derechos sociales a miles de médicos peruanos. El nombramiento que solicitan conforme a la legislación peruana debe ser atendido. Cuarto: expresamos nuestra solidaridad y respaldo al Colegio Médico del Perú y la Federación Médica Peruana y a sus bases en este momento de lucha. Montevideo, 10 de diciembre de 2003"

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

El aplauso indica la aprobación por aclamación de la propuesta de Barrett Díaz. Hacemos entrega de la carta al Dr. Julio Castro Gómez.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

La de Uruguay, se votó ayer por aclamación y con el agradecimiento del SMU a la asamblea y hoy ha sido remitida a los medios y a las autoridades. Un último punto que el Comité Organizador quiere plantear: quiero canalizar una actitud del SMU que debe ser volcado en esta asamblea. Nos da la impresión de que CONFEMEL ha entrado en una etapa en que ya la masa crítica de fundación, de organización, se viene logrando o se ha logrado. Por supuesto el desarrollo tiene un inmenso campo hacia delante, pero se necesitan tres condiciones fundamentales.

Primero nos parece que en un organismo colectivo y especialmente internacional, debe lograrse un balance muy delicado entre lo colectivo y lo personal. Lo colectivo es imprescindible, pero solo no alcanza, porque todo encarna en el trabajo y en el sacrificio de personas de carne y hueso. Por supuesto no podemos irnos al extremo de individualismos, egocentrismos o el culto de la personalidad. De modo que hay un justo punto de equilibrio, sin el cual no llegan las organizaciones a consolidarse.

Una segunda reflexión tiene que ver con lo que hace a las doctrinas, las ideas que requieren de una firmeza, pero también de una flexibilidad. La mejor manera de impulsar nuestras propias ideas para darles fuerza, es aunarlas con las de los hermanos de profesión y en una organización internacional esto es tanto más difícil, pero pensamos que se ha logrado por el esfuerzo de muchos, ese justo punto de equilibrio entre firmeza y flexibilidad. El tercer factor que yo quiero mencionar es el de la constancia, perseverancia; ustedes saben y seguramente comparten que hay quién lucha un día y es bueno, pero quién

lucha 100 días es mejor. Sin embargo, sólo los que luchan toda la vida son los verdaderamente imprescindibles.

Entonces, nosotros tenemos acá a tantos queridos colegas, que algunos ya los hemos nombrado por un motivo u otro. Pero en honor al grupo humano fundador de CONFEMEL quiero encarnar ese reconocimiento al justo equilibrio entre lo personal y lo colectivo, al debido balance entre el principismo y la flexibilidad y por sobre todas las cosas, a la perseverancia de una lucha continua sin conocer de desmayos, homenajearo al Dr. Enrique Visillac como resumen de lo que tantos otros han hecho en esta etapa y como reconocimiento a toda esta etapa fundacional que consideramos ya asentada. La única injusticia es que tendríamos que haber hecho alguna placa más, pero todos nos sentimos muy identificados en la figura de tanta bonomía de Enrique Visillac y es en nombre de esos ideales que le entrego esta placa, querido colega.

Dr. Enrique Visillac (Asoc. Médicos Municipales de Bs.As. Argentina):

Me es imprescindible sentir una profunda emoción por esto que acabo de recibir y juro que tenía un absoluto desconocimiento. Agradecer por supuesto al SMU por este reconocimiento y a todos ustedes. Lo que yo he podido hacer, ha sido un poco el deseo de unirnos y de trabajar y fundamentalmente lo he hecho de forma inconsciente. Así que, si ha sido útil, ha sido lo más importante que he podido hacer. Reitero mi agradecimiento y muchas gracias.

(RECESO)

TEMA:
**“ÉTICA, BIOTICA, DEONTOLOGÍA Y RESPONSABILIDAD
MÉDICA”**

Dr. Hugo Rodríguez Almada (SMU):

Quería hacer una breve exposición de cómo enfocamos en Uruguay el tema de la Responsabilidad Médica y algunas prioridades que tenemos marcadas en el presente. Sobre este tema, CONFEMEL ya ha tomado resoluciones a mi juicio muy importantes y que han avanzado a lo profundo de la cuestión, superando una visión simple o groseramente corporativista, para ubicarse en la defensa de los médicos desde una posición de racionalidad y de no marcar una contradicción con la defensa de los derechos de los pacientes y de los usuarios, que es lo que debe ocurrir, porque nunca podremos tener intereses opuestos con los enfermos, sino que son comunes.

En asambleas anteriores, CONFEMEL ha trabajado mucho y muy bien. Quiero recordar a un colega que lamentablemente ha fallecido, que es el Dr. Ángel Tullio, con quién compartimos la presidencia de esta comisión, en la reunión de Santiago de Chile en el año 1999 y que realmente produjo un documento muy importante para nuestra confederación.

El segundo elemento previo que quiero marcar en este tema de la Responsabilidad Médica, es que tenemos que partir del reconocimiento de las diferencias que hay entre los distintos países de América Latina y el Caribe. Hay países en los que la Responsabilidad Médica es casi desconocida o incipiente. Hay países donde es uno de los problemas fundamentales que enfrentan los médicos. Hay países en los que se convierte en un problema económico, por la cuantía que significan los seguros y las condenas. Hay países donde las condenas son escasas y son por montos bajos o razonables.

De manera que lo primero que debemos hacer, es ubicarnos en una perspectiva de que la situación es muy dispar y que debe haber respuestas nacionales diferentes para situaciones diferentes. Nosotros en nuestro país, cuando terminó la dictadura en 1985, había una sola demanda. Es decir, que el tema de la Responsabilidad Médica, prácticamente era una curiosidad académica en la cual veíamos lo que ocurría en otros países. Conforme con los años esto ha crecido en forma exponencial, pero que de cualquier manera no alcanza los niveles de otros países de la región.

El SMU ha seguido una política, que en mi modesta opinión la considero sumamente acertada, en como enfocar este problema. Primero, enfocándola desde un punto de vista de la prevención, tratando de ubicar los verdaderos factores críticos y que al menos en nuestra realidad no tienen que ver con los errores médicos, sino con la relación y los fracasos de la relación médico-paciente. Entonces, ponemos un acento desde la perspectiva de la relación

médico-paciente, porque es ahí donde se generan los reclamos, más allá de que sean justos o injustos.

Desde 1988, hemos iniciado una serie bastante permanente de actividades académicas de promoción de este tema y muchas veces los abogados no nos comprenden y nos dicen como una institución puede gastar su dinero en promocionar su propia mal praxis y para nosotros, además de un elemento ético, es un elemento importante de la prevención.

Nosotros tomamos un criterio de interdisciplinariedad, lo cual nos permite discutir estos temas en un ámbito predominantemente académico con profesionales médicos, otros profesionales de la salud, profesionales del Derecho, jueces y además las instituciones públicas y privadas que representan estos sectores. Es decir, nosotros procuramos que en todas estas actividades esté presente el Colegio de Abogados, la Asociación de Magistrados Judiciales, pero también el Poder Judicial, el MSP, la Asociación de Usuarios a través de sus representantes. Esto nos ha facilitado un buen diálogo en lo técnico, en lo académico y ha fomentado las relaciones institucionales que apuntan a superar uno de los principales problemas que vemos en este tema, que es la falta de racionalidad común y de un lenguaje común. Siempre ponemos como ejemplo que tan distinto es nuestro lenguaje, que cuando uno dice que un médico es responsable, si lo dice un médico es un elogio, pero si lo dice un juez el médico tiene que pagar en dinero o tiene que ir preso.

Hacemos un gran hincapié en la promoción ante los médicos y la opinión pública, de los derechos, no solamente de los médicos, sino de los derechos humanos de las personas en tanto pacientes, en tanto usuarios de los sistemas de salud. Vean ustedes que en Uruguay, que no existe colegiación obligatoria, sin embargo, los médicos nos impusimos un Código de Ética Médica, en el cual tiene una cantidad de exigencias que son aún mayores que las que nos marca la normativa jurídica y que nos auto impusimos. Además, hemos promovido la existencia de normas que pudieran clarificar y mejorar estos derechos de los pacientes.

En años recientes y como un elemento de continuidad que venimos señalando, ubicamos tres puntos que el Comité Ejecutivo del SMU consideró de carácter prioritario para desarrollar esta política que llamamos del Derecho Médico. Una de ellas, es defender el derecho a la salud con rango constitucional. Nuestro país es uno de los pocos países de Latinoamérica en el que el derecho a la salud no figura en forma explícita entre los derechos amparados constitucionalmente. El artículo 7 que enumera esos derechos, no incluye el derecho a la salud, si bien el artículo 72 de la Constitución señala que los otros derechos de la persona humana serán reconocidos. Sin embargo, hay 7 derechos claramente enumerados, pero no el de la salud. Sí señala, que el Estado atenderá con costo alguno a los indigentes y lo señala como una obligación de las personas. Nosotros los médicos, aspiramos a que este derecho aparezca en nuestra carta magna, ya que somos de los pocos países -aunque no el único- que no lo tiene establecido.

El segundo punto que nos interesa señalar, es que en Uruguay no existen normas específicas para la regulación de la responsabilidad profesional. Nos basamos en normas genéricas, en nuestro Código Penal que es de 1934 con muy pocas modificaciones posteriores y en materia civil, nos basamos en el código de Tristán Narvaja de 1868. Eso, entre otras situaciones, trae que el plazo de la prescripción legal para la responsabilidad del tipo contractual, es de 20 años, concebidos para el año 1868 para lo que significaban las comunicaciones y la rapidez de esa época. No es lo mismo que 20 años en el siglo XXI. Esto no es solamente una consideración de tipo abstracta, sino que es una aspiración totalmente concreta, porque en tanto el plazo de prescripción legal se mantenga en 20 años va a haber costos innecesarios que se van a estar pagando por los médicos y las instituciones. Piensen en el seguro que tiene que mantenerse 20 años después que el médico se retira.

Nosotros pensamos que así, como hace pocos años se redujo a 2 años para que los trabajadores pudieran reclamar a los empleadores por derechos laborales, en aras de un criterio de certeza jurídica, nos parece que el Uruguay debería estar maduro para acotar estos plazos legales y que no acotaría los derechos de nadie que se sienta dañado a reclamar y generaría una situación mucho más manejable desde todo punto de vista. Tenemos entendido que en Brasil hay un problema similar con plazos similares, según nos han explicado.

El último punto, es que nosotros hemos analizado y reflexionado experiencias internacionales similares y pensamos que no son de ninguna manera extrapolables a nuestro país, pero pensamos que adaptándolas a nuestros países son interesantes. Estamos totalmente convencidos de la validez y del beneficio que para todas las partes significaría extender los mecanismos de mediación, en los casos de reclamación por los conflictos surgidos por la relación médico-paciente. Estamos convencidos que en estos conflictos, por lo menos dentro de las pautas culturales de nuestro país, la inmensa mayoría de los reclamos no están dirigidos a obtener un beneficio indebido, sino dirigidos a una respuesta en que muchas veces no ha fallado el acto médico, sino la comunicación. Nos parecen que las políticas de mediación tienden a situar el conflicto no en el ámbito del litigio, sino en el acuerdo, no en el ámbito de la indemnización, que es sumamente largo y costoso y por definición incierto y que cuando termina puede pasar cualquier cosa. Que trae además en ese transcurrir muchas situaciones desagradables para las partes y que la mediación es un camino de rehacer la relación médico-paciente, sin agregar daños y que hay una parte de los reclamos que se pueden resolver de esta forma. Por eso estamos decididos a impulsar junto con las Asociaciones de Usuarios y con el apoyo del Poder Judicial, que está dispuesto a desempapelarse de situaciones que son más de mala comunicación que verdaderos problemas jurídicos. Estamos dispuestos avanzar en ese camino. Muchas gracias.

Dr. Jesús Figueroa Brito (Federación Médica Venezolana):

Nosotros enfocamos en mi país el tema de la Responsabilidad Médica, viendo al médico como una unidad biológica, que pudo haber sido zapatero, obrero o lo que sea. Si vamos a atrás a la historia de la vida en sí, vemos la interacción entre la Medicina y el Derecho, porque alguien tiene que juzgarnos en nuestro ejercicio. Dios hizo la luz y al quinto día hizo el hombre y le hizo su pareja que fue la mujer y los dejó que viviesen unidos y les dio una serie de normas. Así nació el Derecho, con la creación del delito. Si usted comete un delito tiene una sanción, o sea que la ley produce el delito y la sanción. Pero como ellos cometieron un delito, fueron expulsados del Paraíso y con su inteligencia comenzaron a deambular y sus dolores y enfermedades fueron matizados con ramas y etc, etc. Allí nació la Medicina, entonces vemos que el Derecho y la Medicina tienen un origen común. Cuando vemos al individuo que hizo lo imposible para retar a Dios y no dejarlo que se lleve a un individuo, el mismo lo llamó médico, porque fue capaz de retardarle la muerte. Aquel hombre que trató de que las comunidades estuviesen en paz y no hubiese guerra, se le llamó abogado. Así es que se da el origen entre el Derecho y la Medicina.

¿Pero que sucede con este médico que se prepara para ejercer una profesión digna y precisa para preservar la salud, para preservar la vida de una persona o comunidad? Esa persona tiene que tener una capacidad específica de responsabilidad. Ese individuo es elegido porque no todos tienen la paciencia ni el conocimiento para poder ejercer, como Dios manda, una profesión como la nuestra. De allí es que nuestra profesión tiene más responsabilidades legales que otras. Responsabilidades desde el punto de vista gremial, laboral, civil y penal. Una unidad biológica llamada hombre, que es profesional de la Medicina, tiene sobre otros profesionales cuatro, cinco o seis responsabilidades en su actividad médica ¿Pero qué sucede? El médico actúa siempre de buena fé y jamás se imagina –quizás por desconocimiento- que esté en él algo en relación a su responsabilidad.

Por lo menos en mi país, nosotros tenemos un Código de Deontología Médica que tiene 6 capítulos y 264 artículos y los más violados son la confraternidad, el intrusismo médico y el ejercicio ilegal. En la confraternidad vemos los problemas que existen entre los médicos en las instituciones médicas, bien sea porque uno no está de acuerdo con la conducta quirúrgica que uno hizo y entonces hay una violación. Esa es una responsabilidad legal que va a ser juzgada por sus jueces naturales, que son los médicos que conforman los tribunales disciplinarios. El intrusismo, como decía el colega de Brasil, hoy es que nosotros podemos ejercer lo que sea, pero no anunciarnos. En mi país es restrictivo, porque en una situación como un accidente, yo puedo auxiliar o suturar, pero no puedo llegar al consultorio y decir que voy a atender un parto. Eso es intrusismo para nosotros.

El ejercicio ilegal de extranjeros. Nosotros, por lo menos en muchas oportunidades en nuestro país, tenemos lo que denomina la operación sonrisa, que son médicos, la mayoría portorriqueños y ciertas instituciones que van a operar labios leporinos. Ellos llegan, operan o el caso de médicos que vienen a dar conferencias y en vivo hacen histerocopias y se le permite hacer eso. Ahora

¿Se está ejerciendo ilegalmente la Medicina? Hay una violación del Código porque usted está ejerciendo la Medicina en el territorio venezolano sin permiso ¿Quién es el responsable si este señor operó y a las tres horas de irse y hay una complicación?

Pues bien, últimamente la práctica ilegal sucede en los desastres. Muchas veces vienen estos médicos en ayuda y se quedan en el país, sin ningún tipo de permiso y sin llenar los requisitos que pide el Código de Ética. El médico que se gradúa en mi país, es un médico general desde hace 300 años, pero que después sale al medio rural y allí hace de todo hasta su residencia de postgrado. Ahora qué sucede, este médico hace un curso de administración pública, en el aspecto que puede ser público o privado. Este médico que está haciendo en la administración pública, Dirección de Hospitales, tiene una responsabilidad con el Estado y va a ser juzgado por la Ley de Salvaguarda de Patrimonio Público y el médico que hace su responsabilidad administrativa privada, es aquel médico que es director de una clínica privada y lo que se viola es el aspecto privado con los socios. Es decir, que este director hace –por ejemplo- un acuerdo con los seguros para que el seguro -por ejemplo- le pague en marzo y él le paga a los cirujanos-socios en seis meses. Allí hay una apropiación indebida, porque ese individuo está tomando un patrimonio ajeno.

La responsabilidad civil del médico está regida como si fuese una obligación. Vale decir, que es una contratación que hace el médico con el paciente. Una relación de obligaciones o de dar o de hacer o de no hacer. Esto está regido por el Código Civil, se brinda un servicio a cambio de una remuneración. Eso está dado como una responsabilidad civil. Por supuesto, está la responsabilidad penal, pero se supone que los médicos no tienen jamás la intención para que sean llevados a juicio por un delito doloso, porque no existe la intención de hacer un daño. Generalmente el médico cae en la impericia, en la negligencia, en la inobservancia de la norma, de la relación médico paciente o en la praxis al realizar el acto médico y por ende, sería culpado por una mala praxis, de un homicidio o una lesión culposa.

Con el cambio del Código Penal Procesal en mi país, nosotros actualizamos nuestro Código de Deontología para que los tribunales disciplinarios actuaran, pero como lo dice su nombre son sólo disciplinarios. Nosotros no tenemos competencia ni administrativa, ni civil, ni penal, en relación a la Responsabilidad Médica.

Dra. Olga Machado del Castillo (Federación Médica Venezolana):

Desde la época más remota, a los médicos se les ha exigido prácticamente el cumplimiento estricto de las normas éticas para el ejercicio de la profesión. Así vemos que la ley y la ética están totalmente ligadas al ejercicio profesional médico. En Venezuela, la ética está regida por el Código de Deontología Médica que es la norma ética en nuestro país. Fue aprobado en 1985 por la Federación Médica Venezolana. Actualmente, ha sido actualizado en octubre de 2003 para ajustarlo a las realidades de nuestro país y a las nuevas leyes que nos rigen. Las normas jurídicas que regulan el ejercicio de la Medicina, son primero la

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que fue promulgada con este gobierno. El Código Civil Venezolano, el Código Penal, la Ley del Ejercicio de la Medicina que fue promulgada 1982, pero para los médicos es de cumplimiento riguroso, la Ley Orgánica del Trabajo, el Código de Instrucción Médico Forense y las leyes especiales que esta nueva ley del Estatuto del Funcionario Público, promulgado en 2001 y que guarda mucha relación con el ejercicio médico en general, porque tiene que ver con las contrataciones colectivas y la parte de legislación que nosotros tenemos como Federación Médica para las contrataciones colectivas, ya que estamos facultados por la ley para contratar con los entes gubernamentales que contratan médicos.

La ética tiene varias formas de ser instrumentada y una de ellas es la que se promueve mediante los Colegios Médicos que existen 24 por cada estado del país. Estos tienen Tribunales Disciplinarios que son una primera instancia y una instancia superior rige estas normas, que es el Tribunal de la Federación Médica, que es un tribunal superior o de alzada. Para nosotros la tipificación de una conducta como violatoria de la ética profesional, está traducida por la violación de estas normas éticas y está específicamente vinculada al Código de Deontología y a la Ley del Ejercicio de la Medicina.

Ahora la responsabilidad jurídica del médico venezolano, puede ser civil, penal, administrativo-laboral o disciplinaria. Yo me voy a referir a la administrativa-laboral y a la disciplinaria, porque serían las áreas a las que estoy vinculada. La responsabilidad administrativo-laboral, puede ser como trabajador o como patrono, porque sabemos que el 99% de los hospitales están siendo administrados por médicos, aunque hay últimamente algunos regidos por militares no médicos, pero es norma en nuestro código que los directores de los hospitales deban ser médicos. He tratado de englobar estos cuatro aspectos porque son los más violados, en esta posición que sería cumplir fielmente lo pautado en el contrato de trabajo

¿Porqué digo este punto? Porque quizás nosotros como médicos queremos ver las normas y las leyes, pero no las cumplimos tan fielmente y les puedo dar un ejemplo. Nosotros venimos de una huelga y a pesar de que duró un año, hubo un mínimo de sanciones, pero las hubo ¿Porqué? Para cumplir fielmente con este contrato. Nosotros pautamos en esta huelga que había que estar presente en las instituciones, pero sólo atendiendo emergencias. Pero había colegas que porque teníamos una huelga se perdían del hospital dos o tres días. Y ahí hubo sanciones disciplinarias, pero es difícil porque no estuvo presente este elemento que es el de mantener la confraternidad profesional o sea la colaboración reciproca.

El tercer elemento, es el de no desacreditar a los colegas y no hacerse eco de opiniones que los dañen moralmente, porque este es uno de los problemas que desde el punto de vista ético, con mayor incidencia se consiguen en los tribunales de disciplinarios de los colegios, que es descalificar al colega dentro de tu misma institución y esto lleva a expedientes y conflictos y si el tribunal no los resuelve estas personas acuden a sus abogados y se convierte en un

conflicto personalizado de tipo jurídico. Es por eso que nuestros tribunales tienen tanto prestigio.

El cuarto elemento, es el de velar por el prestigio de la institución, porque vemos con frecuencia que el mismo hecho de estar en una institución y no cumplir con sus normas, entonces tratas de descalificarla.

Como patrono o jefe de una institución prestadora de salud y en este caso tenemos el primer punto, con el cual como Colegio Médico, es asumir la responsabilidad gremial en lo referente a las condiciones de trabajo. Porque cuando tu eres empleado tu exiges, pero cuando eres empleador, le exiges al colega que tiene que trabajar en ciertas condiciones y creemos que es importante tener el conocimiento para no caer en fallas. La otra parte, es no opacar profesionalmente a los subalternos y el último elemento que es el interés del paciente tiene que estar por encima del interés, tanto del hospital, de las organizaciones gremiales, como de los seguros. Porque a veces aquí se falla mucho cuando se anteponen otros elementos.

Voy a hablar de la responsabilidad disciplinaria ahora. Esta se refiere a la responsabilidad, a las acciones de carácter profesional que en el seno de un cuerpo o institución –llámese Federación o Colegio Médico- se puede imponer a los profesionales allí colegiados. Como hemos dicho, estas no son una falla contra el orden social, sino que van contra las normas internas que tenemos en nuestras instituciones y estas normas están dadas por otras normas que son obligatorias de cumplimiento y conocimiento en el ejercicio profesional: la Ley del Ejercicio de la Medicina y el Código de Deontología.

Estas sanciones disciplinarias, vienen contempladas en la Ley del Ejercicio de la Medicina y son estas: primero según el Art.16, son la amonestación oral privada, amonestación escrita y privada, amonestación escrita pública (sale en dos periódicos de circulación nacional en el estado del colega) y exclusión y privación de honores, derechos y privilegios de carácter gremial o profesional. Esta es una de las normas que a nosotros como gremialistas nos afectan, cuando a un médico no le permiten participar en ninguna actividad del gremio. No puede participar en ninguna elección de miembros, directivas, tribunales, se le excluye en las actividades de carácter gremial, pero no propiamente en lo laboral. En la parte profesional existe un elemento dentro del Código de Deontología. Si la falla es muy severa y tenemos un caso, yo fui durante mucho tiempo miembro del Tribunal Disciplinario del Distrito Federal, en esa oportunidad tuvimos que sancionar a un colega y le enviamos el expediente al ministerio, porque es el ministro con el expediente que le mandamos, que excluye por dos años al colega, pero no somos nosotros. Sólo orientamos al ministerio.

La responsabilidad administrativa y disciplinaria son independientes de la responsabilidad penal y pueden cursar conjuntamente, pero no son propiamente vinculantes. Las sanciones disciplinarias corresponden al tribunal disciplinario de cada uno de los 24 estados y al tribunal superior, pero las

decisiones de este último son inapelables. O sea que cuando se ratifica por este tribunal la sanción es inapelable, sí se tiene un recurso de amparo en el tribunal de su estado, pero no en el superior.

Ahora me voy a referir al concepto netamente laboral que es el concepto de la huelga. Como sabemos, el servicio médico no puede ser paralizado si en ello se afecta la salud y la vida y que son derechos consagrados en nuestra Constitución. El Art.72 nos faculta a la huelga, pero es importante señalarles que la Federación Médica Venezolana estuvo inmersa en una huelga y esta tuvo una característica particular por la duración y porque se nos cataloga a las instituciones gremiales como opositoras. Es por eso que nosotros fuimos a una huelga, pero pautamos con la ministra de salud y con el presidente del Instituto venezolano de los seguros sociales, los servicios mínimos que íbamos a cumplir que no sólo eran de emergencia, sino diferentes áreas como la obstétrica, pediátrica, quirúrgicas, pacientes renales, transplantes; hicimos un dossier de las patologías que nosotros considerábamos que eran vitales. Después de un año logramos obtener las reivindicaciones, quizás no las que esperábamos, pero logramos sumar a la población al conflicto cuando generalmente las huelgas son antipáticas para la gente. Incluso en otras épocas en las paredes aparecían las palabras "Médicos asesinos". Esto se logró porque la dotación hospitalaria de insumos médicos fue el punto fundamental de reivindicación y sigue siéndolo. Como ya les dije, no hubo mayores sanciones aunque sí tenemos tres o cuatro expedientes de médicos que estamos seguros que los vamos a recuperar y estamos asistiendo a audiencias en el Instituto Venezolano de Seguros Sociales, para estos colegas que debo decir que ya traían expedientes abiertos antes de la huelga.

Para finalizar quiero decirles que la Medicina no es un oficio, no es una industria –todos lo sabemos-sino es una profesión nobilísima y un apostolado excelso y todo lo que en el ejercicio pueda desviarnos de la práctica del bien es inmoral. Por tanto quiero transmitirle este pensamiento: *"Cuando el hombre concentra su energía en el cumplimiento del deber se acerca a Dios."*

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Quería agradecer a la Dra. Olga Machado, al Dr. Figueroa Brito y al Dr. Hugo Rodríguez, quienes compartieron la responsabilidad del tema anterior de Ética, Bioética y Responsabilidad Médica. Podemos resumir que cuando hay una denuncia por mala praxis, es por el fracaso de la relación médico-paciente y eso es coincidente en todos los países. Se ha demostrado que independientemente del resultado del tratamiento de una patología, incluida la muerte del paciente, cuando se tiene una buena relación con el paciente y su familia, la demanda no ocurre.

Vamos a dar un saludo al presidente del SMU el Dr. Marcos Carámbula y pedirle que se integre a la mesa y pasamos al siguiente orador.

Dr. Jaime Flores (Colegio Médico de Costa Rica):

El Colegio de Médicos de Costa Rica, tenía el Código Moral promulgado en 1981 y en el año 2001, lo adaptamos al siglo XXI, promulgando un nuevo código que tiene que ver con una serie de problemas como la eutanasia, que no estaban contemplados en la anterior. Pero creo que lo importante es que promulgamos por la Asamblea General un curso sobre Ética y Responsabilidad Profesional del Médico, que debe tomarlo antes de poder ejercer la Medicina en Costa Rica. Entonces, como sabemos que la universidad no pone acento en esto, en este curso, se les habla de la historia del Colegio Médico, para qué sirve, luego una serie de aspectos importantes que ya les hemos dado a todos ustedes.

Aquí hacemos énfasis en el conocimiento informado, el secreto médico y los fundamentos racionales de la libertad, el libre albedrío, base de toda responsabilidad moral, social. Comentamos los lineamientos generales de los principios de la sociedad, justicia, interés social, bien común. Señalar en el campo la represión penal, el papel que está llamado a desarrollar en el cuidado de la persona humana y el manejo de la información que de ello se derive. Señalar en el campo, las leyes de corte civil, las leyes de observancia de la voluntad de las partes, etc. Luego viene la ética en dos partes, la responsabilidad penal y civil del médico, la responsabilidad del médico frente al Estado y el análisis del Código Moral.

Es obligatorio que el médico conozca el código para poder ejercer. Esto se da en tres días, de ocho a cuatro de la tarde. Al principio creíamos que nos iban a poner un recurso para impedirlo, pero los médicos nos han felicitado por este curso. Creemos que no sólo los médicos al recibirse deben tomarlo, sino también los miembros del Colegio, los delegados del Colegio y todos los médicos que quieren avanzar en su estudio de la ética aplicada en el ejercicio de la Medicina. Por eso creímos importante darles a la mesa el curso para publicarlo en el programa. No es nada extraordinario, pero es muy útil y lo principal es que es obligatorio para la práctica de la Medicina.

Dr. Arturo Robles (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Yo quería proponer que una vez agotado este tema, podríamos complementar esta conversación con la investigación Biomédica.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Sí se puede.

Dr. Isaías Peñalosa (Colegio Médico de Perú):

Referente a este tema de la responsabilidad, creo que lo que debemos hacer, es identificar problemas y sugerir o tomar acuerdos de cómo solucionamos estos problemas. Creo que cada una de las instituciones tiene en su Código de Ética, la vigilancia que debe hacerse y la renovación de este código. En el Perú, nosotros hemos dividido en el tema ético y en el tema de la responsabilidad civil y penal. En la responsabilidad civil o penal, el Colegio Médico nada tiene que hacer. Es la administración de justicia, la que hace la investigación y lógicamente todo el procedimiento. En el área de la relación ética, sin embargo en esta vigilancia de la ética en el Perú, se puede realizar desde una simple

amonestación -de acuerdo a la gravedad de la falta- a llegar a la expulsión del médico del Colegio Médico del Perú y por tanto que no pueda ejercer en Perú. Esto es por ley.

En la historia de los 35 años del Colegio Médico del Perú, hemos tenido tres expulsados los cuales fueron en los últimos 6 años. Es bastante difícil porque la sociedad y el periodismo quiere que el Colegio Médico sancione también lo que es la negligencia médica, que es responsabilidad civil y penal. La población malentendida por esta mala información, hace las denuncias de estas supuestas negligencias médicas al Colegio y el Colegio no es la instancia para conocer e investigar, salvo que se compruebe algún acto que se ciña a la conducta médica y que haya violado algún artículo del Código de Ética Médica. En ese caso, fuera del problema judicial, el Colegio puede sancionar. Tenemos uno de los expulsados que fue acusado reiteradamente de que violaba a sus pacientes en el consultorio, pero la Justicia no pudo probarlo, pero en el Colegio Médico, no solamente hubo indicios, sino probatoria de que sí hacía esa práctica y como consecuencia de eso no esperó a que la Justicia lo determinara y el colega fue expulsado.

En el último caso que trascendió internacionalmente, fue la de un médico cirujano y una vedette que filmó como el médico la dopaba e inclusive se ve que usa cocaína, la duerme y se produce la violación. Pero para la Justicia peruana como él usó una prótesis para la violación, no existe violación propiamente dicha, en cambio el Colegio Médico decidió expulsarlo. En el Perú después de una avalancha de denuncias, ha surgido un proyecto en el Congreso, auspiciado por las empresas aseguradoras, que intenta que los médicos tengan un seguro obligatorio por responsabilidad del ejercicio profesional. Está justificado por el incremento de las denuncias y porque los que administran la justicia no están llegando a sancionar a estos médicos por la corrupción que existe en la misma. Esto está en el parlamento y ha sido aprobado, pero el presidente lo observó, entonces ha regresado al parlamento y hay un lobby fuerte de las aseguradoras y podría estar saliendo en la próxima legislatura.

En este punto, Perú le pide a CONFEMEL una resolución en el sentido de rechazar el seguro obligatorio como práctica, ya que consideramos que el seguro debe ser voluntario. Estamos en contra de que se suponga que todos los médicos somos negligentes. En ese sentido, es que solicitamos un pronunciamiento de CONFEMEL, más cuando solamente se les obliga a los médicos y no a otros profesionales.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

La propuesta de Isaías la podemos discutir en la plenaria y ya la discutimos en parte ayer y creo que estamos todos de acuerdo en que no deba ser obligatorio este seguro. Por lo menos en Venezuela no lo aceptamos. Ha habido reiteradas intenciones de las aseguradoras y de los abogados, de involucrar a los médicos en un seguro y jamás lo hemos aceptado. Por lo que le damos el apoyo incondicional a Perú y por una unanimidad.

Dr. Isaías Peñalosa (Colegio Médico de Perú):

A propósito de esta iniciativa legislativa, nosotros hemos hecho un estudio y hay solamente un país en el mundo en donde se le ha obligado a los médicos a tener un seguro y ese país es Portugal. El resto es voluntario o es obligatorio por cultura, como en USA que todo el mundo se asegura de todo.

Dr. Mauricio Eskinazi (Asociación de Médicos Municipales. Argentina):

No voy a abundar en los códigos éticos porque todos los colegios tenemos lo mismo que ustedes han relatado, todo médico tiene derecho a su defensa, incluso a la apelación a la Justicia o sea que está garantizado que los expedientes lleguen a buen fin y ningún médico es sancionado si no corresponde. Lo que yo quiero particularizar en este caso, es que a los médicos les ponemos sanciones, los colmamos de responsabilidades, pero señores ¿Para cuando un derecho? Porque yo les voy a contar una estadística que hicimos en la Provincia de Buenos Aires que es bastante relevante de la situación. Tenemos por ejemplo un aumento del 35% de las patologías cardiovasculares en los médicos, un 45% de las enfermedades infecto-contagiosas, derivadas de la flexibilización de las pautas de bio-seguridad en los hospitales públicos. El 60% de los médicos está separado o está divorciado. Un 54% tiene patologías psiquiátricas. No quiere decir que estén locos, pero tienen fobias, angustias, neurosis de todo tipo, depresión, etc. Esto son demostraciones de lo que nos está pasando.

En una última reunión que tuvimos en la Provincia de Buenos Aires, el último tema fue el Síndrome de Burn out, porque casi todos los médicos tienen en mayor o menor medida, el Burn out instalado. Porque tienen problemas con sus pacientes, una medicina defensiva o un paciente como enemigo. Todo esto hace que el médico esté desarrollando una actividad médica pobrísima ¿Y nosotros encima los vamos a acosar con problemas de responsabilidad médica? No quiere decir que los Colegios no lo cumplamos, lo estamos cumpliendo, pero nos tenemos que abocar a un montón de tareas que están adicionadas al ejercicio profesional y lo tenemos que hacer nosotros los dirigentes, porque el médico está imbuido, está en la trinchera tratando de solucionar el problema de salud de las personas. Esto nos compete a nosotros: darle servicio a los médicos, colmarlos de una serie de servicios que los ayuden a solventar esta situación que está acaparando su vida, porque aquí vemos la cantidad de patologías que sufre.

Una de las cosas que dije ayer, las relaciones contractuales perversas, los intermediarios, el tema del pago del médico a seis, ocho o diez meses y con salarios indignos. Me parece que en los documentos obviamente que tiene que figurar algo con el tema del reconocimiento de la relación de dependencia. Nosotros pensamos que todo trabajo médico, impone una relación de dependencia, no importa quién sea el financiador o el empleador, pero esa es una base fundamental.

Quizás mi discurso sea muy de trinchera, de barricada, pero siempre nos dicen los médicos: *"Muchos deberes, muchas responsabilidades y ¿Para cuando un derecho?"*

Dr. José Luis Minjares Robles (Colegio Médico de México):

Yo desconozco que dice la constitución en Perú, pero todas tienen muchos parecidos a través de Latinoamérica. En el caso de la nuestra, en el Art. 5 en donde se encuentra la Ley de Profesiones, se garantiza el ejercicio y esta es una imposición que viola esa libertad. Por otro lado el Art. 20 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece que a nadie se le puede obligar a y menos con un cobro oneroso, como inscribirse con una aseguradora. Esto es una violación de los derechos humanos. En México, ya hay lobystas que están a sueldo por los poderosos grupos económicos, como bancos y aseguradoras y que a nosotros sólo nos queda interponer recursos legales después de la aprobación. Creo que en todos los países hay un período en el que se puede objetar cualquier ley que se apruebe y esto es lo único que podemos hacer frente a ese poderío económico.

Dr. Luis Mazzuoccoco (Confederación Médica de Colegios. Argentina):

Yo agregaría que además, que es discriminatorio, porque evidentemente que la garantía laboral está representada en casi todas las constituciones. Quería hacer en parte una autocrítica. Creo que hemos hecho muchos diagnósticos, todos los países, pero como decíamos, tenemos que tener hoy alguna acción en este sentido y apoyando a Perú, tenemos que lograr que esto no se aplique. Lo que se nos ocurre, es hacer presentaciones en las representaciones diplomáticas de Perú en cada uno de nuestros países. Esto para que se presione con nuestras instituciones, desde cada uno de nuestros países y se haga presente esto del avasallamiento de los derechos elementales y de la discriminación, que no es algo solicitado para nadie, más allá de que cada uno lo pueda tener y que cada Colegio haga un mecanismo de defensa porque la causa existe, pero eso es independiente a que sea una pretensión previa a tener trabajo.

Creo que más allá de todas las disquisiciones técnicas que podamos tener, tenemos que tomar algunas decisiones políticas y acciones, porque sino estamos detrás del modelo y el modelo sigue aplicando sus políticas. De modo que en el tema de la mala formación médica, diferenciamos, porque todos hemos salido de las universidades públicas y es la formación que tenemos. Diferenciamos bien que las que están dando mala formación son las entidades privadas que tienen fines de lucro. Entonces, creo que tendríamos que parar un poquito y ver que acciones concretas tomamos en representación de nuestros médicos y de nuestra comunidad. No sólo es cortar los cupos, sino ¿Qué vamos a hacer? ¿Una sociedad debilitada intelectualmente porque el 50% de nuestra población está fuera del sistema? Entonces nos van a faltar en nuestra sociedad ingenieros, contadores, etc. Cuidado con las decisiones técnicas porque muchas veces el tecnicismo nos llevó a decir que la economía de mercado iba a salvar al

mundo y los resultados los tenemos bien claros y mucho más en América Latina.

De modo que: acción fuerte y concreta en contra de esto que es una privación del derecho de trabajo. Propuestas, aceptamos todas las que puedan existir con declaraciones públicas y escritas o en la forma que sea, pero por las representaciones de Perú en todas nuestras naciones. Y no atacemos a todo el nivel formador médico, sino a las instituciones privadas que sabemos que son el problema. El tema de la certificación y la recertificación no es sólo porque están mal formados, sino que la aceleración de la información es tan grande que aún la necesitamos aquellos que nos consideramos bien formados en nuestros países.

Habrá que hacer una síntesis, pero principalmente tener acciones concretas. Gracias.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Está agotado el tema y nos pedía el Dr. Garita al final del tema, hablar sobre Bioética ¿No era?

Dr. Arturo Robles (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Dentro de este tema de la Ética médica en general, pues hablar un poquillo sobre la experimentación Biomédica. Porque en Costa Rica se ha vuelto muy importante. Nuestro país se ha vuelto muy atractivo para las empresas farmacéuticas transnacionales, para utilizar nuestras instituciones y llevar a cabo procedimientos de investigación sobre productos farmacéuticos. Las transnacionales últimamente nos han elegido como destino para estos experimentos y hay inquietud en el Colegio Médico, pues esto lo hemos tenido que discutir con personas entendidas en la materia.

Yo hice un pequeño escrito, que si no les aburre me gustaría leerlo y dice así: *“Para abocarnos al análisis del complejo problema de la Bioética, tenemos que partir de principios básicos que no pueden ser distorsionados bajo ningún otro criterio o circunstancia. El ser humano, es siempre un valor en sí mismo y por tanto exige ser considerado y tratado como tal. No puede ser tratado como un sujeto utilizable o cosa. El titular de tal derecho es el ser humano en cada parte de su desarrollo desde el momento de la concepción hasta su muerte natural.*

La investigación científica, es una significativa expresión del dominio del hombre sobre la creación. La ciencia y la técnica son recursos preciosos cuando son puestos en servicio del hombre y promueven su desarrollo en beneficio de todos. Pero por sí solas, no pueden indicar el sentido a seguir de la existencia y el progreso humano. Ciencia y técnica, deben estar subordinadas al ser humano que las ha creado y desarrollado. La finalidad y la conciencia de sus límites, sólo pueden estar dirigidas a la persona humana y sus valores. Investigaciones o experimentos en el ser humano, no legitiman actos que en sí mismos, puedan ser contrarios a la dignidad y a la moral de las personas. La experimentación en el ser humano, no es legítima si hace correr riesgos a la integridad física o

psíquica del sujeto, no es conforme a la dignidad de la persona, sí se hace sin el consentimiento conciente del sujeto o de quienes tienen derecho sobre él.

La etimología de la palabra Bioética deriva del griego Bio: vida y de Ethos: estabilidad, costumbre, modo de actuar o de ser. Viene siendo entonces, el conjunto de tareas necesarias para definir los principios y procedimientos que en diferentes situaciones humanas deberán guiarnos con prudencia y racionalidad hacia el bien. Actuar con racionalidad es igual –según Santo Tomás de Aquino- a determinar que es lo más justo en un acto conforme a una idea preexistente en el entendimiento. La Bioética, empieza a gestarse cuando se vislumbra que la objetividad científica bio-investigativa que al parecer caracteriza a la ciencia, ya no era tanto, sino que respondía a diferentes preconcepciones ideológica-económicas en la gran mayoría de las investigaciones.

El desarrollo de la ciencia, hoy más que nunca, depende en gran medida de políticas económicas y del mundo de la industria y los negocios, perdiendo en parte aquella objetividad que la caracterizó en su sentido más clásico. De ahí que en el campo de la investigación Biomédica, se siente la necesidad de señalarle ciertos límites, a fin de que sus avances, no se vean separados de sus valores ético-humanísticos. La tecnociencia no puede ser un fin en sí mismo, sino más bien un instrumento al servicio de la salud.

Debe haber un justo equilibrio entre el saber científico y el saber humanístico, entre el proceso científico biológico y los valores éticos. Debe llegarse al conocimiento de cómo el conocimiento científico debe ser utilizado para el mejoramiento de la calidad de vida. Esto de repetir la palabra conocimiento no es redundancia, es para acentuar el concepto de que debe llegarse al conocimiento de cómo el conocimiento científico debe ser usado para el mejoramiento de la calidad de vida. La bioética es fundamentalmente una reflexión multidisciplinaria: ética, científica, filosófica y con algunos matices jurídicos, aunque cabe señalar que no se trata tanto de una cuestión jurídica como a veces se cree, sino que lo jurídico es algo meramente instrumental dirigido del todo a objetivos normativos aplicables a la ciencia y a la salud. Es una disciplina que se esfuerza en poner a dialogar a las ciencias de la vida en general y de la vida en particular, con la ética.

Cabe destacar también, que es importante distinguir la diferencia entre investigar y experimentar. Muchas veces, se usa sólo la de investigar, porque la de experimentar suena maléfica, satánica, pero no son la misma cosa. Investigar es estudiar lo que ya existe, aplicando los métodos que son científicamente válidos(...)

Experimentar, es por el contrario, introducir elementos extraños al normal funcionamiento de los organismos, para observar los cambios que puedan en él observarse. La diferencia es abismal y no puede ser soslayada a la hora de llevarse a cabo estudios en el ser humano."

Bueno, afortunadamente existen muchas normativas internacionales que rigen el campo de la experimentación Biomédica y aquí vamos a señalar a normativas internacionales muy conocidas, como la normativa internacional del Tribunal de Nuremberg de 1947 que surgió como una reacción hacia todas las experiencias en humanos en la era del nazismo. La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su asamblea XVIII 1964 que ha sido mejorada a través de muchas otras asambleas que se han realizado en el tiempo y últimamente la OMS y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, propuso una serie de pautas internacionales, precisamente para la aplicación de los principios contenidos en el Tribunal de Nuremberg y la declaración de Helsinki. Los tres preceptos básicos en que se basan todas estas normativas son la búsqueda del bien, el respeto a la persona y la justicia.

En Costa Rica, esto tiene gran actualidad ya que se ha convertido en un polo de atracción de las transnacionales que buscan nuestras instituciones privadas o públicas para llevar a cabo este tipo de investigaciones. De ahí, que ha sido necesario que nuestra Caja Costarricense del Seguro Social, haya reformulado recientemente, todo un reglamento muy severo, basado en estos principios para la realización de estas actividades. Pero la Caja Costarricense tiene sus límites y hay otros ámbitos en que se realizan estas actividades, como las instituciones privadas o públicas, pero que no son de la seguridad social. De ahí que el Ministerio de Salud, a principios de año, lanzó otro reglamento, pero las cosas no pueden quedar en un reglamento basado en principios muy generales de la Ley General de Salud. Por eso, en nuestra Asamblea Legislativa ya está en estudio una ley, que es la Ley de la Investigación Biomédica, por supuesto basada en los principios y que entre otras cosas pues, prevén la formación de un Consejo Nacional de Investigación Biomédica, un Tribunal Nacional de Investigación Biomédica, aparte de todos los Comités de Ética Médica que existen en cualquiera de las instituciones en que se esté elaborando esto.

Esa era la inquietud que quería presentar hoy aquí. No sé si en otros lugares de América Latina se están dando casos similares. Si uno se pone a pensar que en un país como Costa Rica que es tan apegado a las leyes y en el que se supervisa tanto, pueden pasar cosas, imagínense allá en un país lejano donde no haya ninguna normativa jurídica y las personas no tengan el nivel cultural que tienen nuestros países de América Latina ¿Cuántas cosas estarán sucediendo? Uno no termina de hacerse esas interrogantes. Gracias.

Dr. Amador Vargas (Colegio Médico del Perú):

En principio, de acuerdo con lo manifestado por el representante de Costa Rica, habría que ver también de que la experimentación Biomédica en seres humanos, la realizan las transnacionales en países con más alto índice de pobreza, cuyas legislaciones, tanto institucionales como nacionales, no son las adecuadas para regular la investigación. Pero tampoco podemos irnos al otro extremo. Políticamente manejando este tema en Perú, se llegó a las decisiones de suspender los programas hasta de planificación familiar, aduciendo que no está muy bien comprobado la actividad de tal o cual medicamento. Esto en base a fundamentalismos religiosos que han llevado a suspender programas

muy necesarios para una salud reproductiva y una política de poblaciones. Entonces, CONFEMEL no puede tampoco decirle no a las investigaciones Biomédicas. Yo creo que el adelanto de la ciencia tampoco se puede detener. Se tienen que propiciar las investigaciones, pero reguladas. Lo que se debe propiciar, es que cada institución médica tenga un Comité de Bioética de la Investigación y de repente tratar en una comisión de CONFEMEL un proyecto de ley sobre la investigación en humanos.

Creo que Costa Rica ya lo tiene, aunque no sé si es una propuesta o la tiene promulgada. Creo que la mayoría de los países latinoamericanos adolece en su legislación de leyes sobre la investigación Biomédica y creo que hay que propiciarlo. Gracias.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Yo me congratulo de que el Dr. Garita haya traído el tema, en especial preguntando qué experiencia tenemos porque así como en otros aspectos de la Seguridad Social, del trabajo médico y de la salud, ignorábamos que teníamos realidades tan análogas, en esto también estamos descubriendo que también en casi todos los países, se plantea el tema del reclutamiento de material humano para la investigación científica, incluso bien remunerado a veces. Me parece bueno el agregado de Vargas, en el sentido de que no debemos por reacción, convertirnos en un obstáculo de la investigación y de los programas debidamente desarrollados. Sobre ese tema, lo que dice Vargas, ya es aceptado, de que se debe fomentar y que además de los Comités de Bioética o como capítulo desglosado, exista el Comité de Bioética de la Investigación Científica, que tenga protocolos preestablecidos y que luego analice caso a caso, la autorización de los proyectos de investigación y que ninguna investigación pueda saltarse esa etapa. Yo lo digo desglosado, porque en nuestra experiencia, los Comités de Bioética que intentaron también la temática de la Investigación, terminaron absorbidos por la gran cantidad de demandas de proyectos de investigación y eso los convirtió prácticamente en Comités de Investigación.

De modo que, ya que estamos intercambiando experiencias, separemos las actividades y no les quepa duda que va a haber tiempo y material sobrado para los Comités de Ética de la Investigación. Quiero hacer un aporte para terminar. Ustedes saben que fue una muy buena propuesta del Dr. Julio Castro Gómez que resultó sustentable y es que CONFEMEL existiera en las organizaciones que ya tienen vida como el MERCOSUR, el Área Centroamericana y ojalá que el Área Andina reconstruya una continuidad y nos quedaría luego el Área del Caribe.

Cierro este breve paréntesis para decir que realizamos una jornada de Ética en la Investigación hace un par de años con la asesoría invaluable del Dr. Juan Carlos Tealdi. Ustedes saben y no hace falta que lo enfatice, uno de los grandes polos de desarrollo Bioético está situado en La Plata-Argentina, en la escuela de Mainetti. Nosotros hemos tenido un apoyo invaluable en el Dr. Tealdi en el sentido en que es un asesor de la Asociación Médica Mundial. La mundial, más allá de las diversas valoraciones que podamos tener, no cabe duda que es un

foro de generación de análisis bioético. No cabe duda también, que allá hay dilemas planteados y que se necesita de figuras de alta enjundia, como el caso del Dr. Tealdi, para el análisis de estos temas que son tan polémicos.

La Asociación Médica Mundial, hizo una revisión del protocolo de Helsinki sobre la continuidad del tratamiento del paciente y se generó todo tipo de problemas acerca de que la traducción al español, que no era fiel a la versión inglesa, luego se supo que había discrepancias de fondo y eso todavía no está solucionado. Lo sabe el Dr. Ochoa, que es un referente nuestro en la Asociación Médica Mundial, de cómo ese tema sigue vivo, debe ser procesado y debe generar la presencia de la voz de América Latina con la presencia de representantes legítimos, por eso yo me animo a adelantar una idea. Que si bien nosotros tenemos una secretaría administrativa de CONFEMEL establecida en Montevideo para los aspectos bioéticos, especialmente de la investigación y la Bioética, podríamos abrir un capítulo donde sea de libre acceso. Costa Rica ha hecho aportes importantes, pero creo me parece que debiera tener epicentro en torno a la escuela de Tealdi y aprovechando la articulación que él nos implica con la Asociación Médica Mundial.

Una idea un poco en crudo, que probablemente en la plenaria, yo la pueda concretar en la medida que la pueda consultar con algunos otros compañeros. En resumen, agradezco mucho al Dr. Garita el haber traído el tema y el aporte del Dr. Vargas, redondea de que se necesitan los comités y estoy proponiendo que se...perdón fue Antonio Robles. Gracias por la aclaración. (Léase todas las veces que dije Garita léase Antonio Robles)

Si nos dan un poco de tiempo antes de la plenaria podríamos redondear la idea de organizar esto teniendo un capítulo diferenciado, porque tal es la importancia y la perspectiva de futuro que podríamos darle un sustento organizativo dentro de CONFEMEL que englobe a todos los que quieren aportar, pero yo pondría de epicentro –como decía- a lo que creo que se denomina BIOSUR. Muchas gracias.

Dr. Luis Mazzuoccoco (Confederación Médica de Colegios. Argentina):
Algunas cositas que están atadas a la exclusión. Si la Bioética se basa en uno de sus pilares que es la autodeterminación, lograr el consentimiento informado de alguien que no tiene justicia, creo que va a ser algo muy difícil saber la verdad de este tema. Lograr que alguien dé un consentimiento informado para un proyecto de investigación, cuando es la única alternativa que le dicen o que le ofrecen para un tratamiento, realmente creo que le estamos dando nuevamente un disfraz al proyecto neoliberal. De modo que es muy importante desarrollar una Bioética propia y tener muchísimo cuidado, porque este liberalismo, este comercio, rápidamente ha tomado medidas científicas, participativas, que la comunidad opine y demás. No olvidemos que en Latinoamérica tenemos el 50% afuera del sistema, que no tiene justicia social. No puede determinar por sí mismo si elige ser investigado, si elige ser tratado o qué.

De manera que, tengamos cuidado con todas estas recetas que nos llegan. En todos estos elementos participativos, democráticos que en el fondo son una gran mentira. Entonces, desarrollemos nuestra propia Bioética, contemos cual es la realidad de nuestra gente y tengámosla presente para todo y lo dijimos hace un ratito: el 50% está afuera. De modo que no preparemos una sociedad o una comunidad para el 50% que ha quedado dentro del sistema.

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

El tema no es solamente la Bioética en la investigación humana, sino la comercialización de los productos humanos, entre ellos el Genoma y voy a decir algo que es una monstruosidad para nosotros. Hubo denuncias concretas -que no sé en que terminaron- de que en algunos países europeos donde el aborto es legal, hubo compañías y fabricantes de cosméticos que buscaban a las embarazadas que no querían tener a su hijo y se hacían cargo del aborto y usaban el material fetal para hacer colágeno para productos de belleza. Eso nos puede dar una idea de a lo que se puede llegar con este tema de la comercialización de productos humanos vivos o no vivos. Sobre eso, se ha dedicado mucho la Asociación Médica Mundial y yo creo que en eso nos debemos centrar, porque a eso estamos expuestos los países con menor desarrollo o con menores posibilidades de tener códigos eficaces.

Una de las cosas que las compañías que aparecen como financiadoras de los proyectos de investigación humana, están haciendo es tratando de aliviar las responsabilidades que se generan sobre las poblaciones que son objeto de investigaciones, por ejemplo en medicamentos. Una de ellas, es lo que se llama el doble estándar que es usar un estándar para los países del primer mundo y otro estándar para los países que están en vías de desarrollo. Una de las cosas más groseras y graves, es el uso de los placebos ¿Qué significa esto? Yo tomo una población objetivo, pruebo un nuevo medicamento y tomo una población testigo y a esta sólo le doy el placebo y tampoco le doy la medicación usual que se le estaba dando para ese tratamiento. Para que resulte más evidente la comparación entre la testigo y el nuevo medicamento. Esto es una brutalidad.

Además, el tema que hacía referencia recién Barrett, con el intento de modificación del artículo 30 de Helsinki, trataba justamente de eso y se habían hecho propuestas de asociaciones mundiales que nosotros pensamos con toda razón que estaban impulsadas por proyectos económicos de empresas que están trabajando en el área, para modificar esta situación y aliviar las responsabilidades de aquellas compañías que eran los sponsors de estas investigaciones. Costó muchísimo y en la última reunión que se hizo en Helsinki -y esto lo reconoce hasta una revista específica de Canadá- se salvó la continuidad del Artículo 30, limitando las responsabilidades de las empresas comerciales sobre este tema y asegurando la continuidad de la medicación y de la protección para todo el resto de la vida de esas poblaciones usadas como objetivos de experimentación. Esto -hay que decirlo- gracias a la postura de Brasil y de Argentina específicamente.

Quiere decir que la investigación en seres humanos y el tema de la comercialización de productos vivos o muertos derivados de los seres humanos, incluido el genoma es gravísimo. El genoma se puede usar para determinar las probables enfermedades que tenga algún grupo humano y por tanto vender esos datos a las compañías que toman personal y eligen su personal en base a aquellas conformaciones genéticas que estén menos expuestas a desarrollar enfermedades después. Hubo gran preocupación en Islandia porque se intentó sacar una ley para la venta de estos productos. Dentro de poco todos nosotros vamos a ser puestos en una computadora y vamos a ser fijados exactamente cual es nuestro desarrollo ulterior como personas y qué enfermedades vamos a tener y eso va a servir para seleccionar dentro de los seres humanos quiénes pueden o no tener enfermedades que puedan limitar después su actividad laboral o va a hacer que las empresas que lo tomen como empleado, tengan la responsabilidad sobre sus cuestiones de salud.

Así que yo estoy complacido de que este tema sea tratado acá. Yo creo que la CONFEMEL tiene que tomar en este tema la seriedad del caso. Porque creo que si esto lo dejamos, el ser humano va a ser -tanto él como su descendencia- objeto de la comercialización más aguda y despiadada de nuestra generación. Porque no olvidemos que si yo vendo mi genoma, estoy condenando a toda mi descendencia. El asunto es trágico y esto sumado a algunas cosas. No olvidemos que la Asociación Médica Mundial tiene como objetivo fundamental la ética en la investigación en seres humanos, porque es una consecuencia de los juicios de Nuremberg. Surgió en el año 1947 y la declaración de Helsinki es la base de todo esto y fueron las entidades médicas que hicieron la Asociación Médica Mundial y que fuera la primera entidad de todas las profesiones que tomó el tema de la ética en la investigación de seres humanos como tema central. Los médicos, una vez más, fuimos los primeros en poner el acento sobre la necesidad del respeto por la vida y los derechos humanos.

El tema de la investigación en seres humanos es muy complejo –lástima que no está Tealdi- y se ha llegado a límites absolutamente increíbles en el poco respeto que se le tiene a la persona humana –valga la redundancia- y yo creo que como médicos, no podemos dejarlas pasar por alto, ni hacer que nuestras entidades transcurran sin tener una postura muy concreta, muy decidida y muy clara sobre estos temas. Gracias.

Dr. José Luis Minjares Robles (Colegio Médico de México):

En el mismo contexto quisiera comentarles el hecho de que esto de la investigación médica como escándalo posible, es algo que existe desde hace muchos años y que ha aparecido solamente la punta del iceberg. He obtenido datos de que el 80% de los productos que estaban hace 20 años en los vademécums, ya no están por sus efectos colaterales. Porque su investigación era fraudulenta. Aquí recordemos un dicho que tenemos en México que es: *“El que paga manda”* Yo tuve acceso en décadas pasadas, en como se sesgaban la información y la investigación que se daba después de un estudio precisamente producto del que paga manda. En este caso los laboratorios farmacéuticos.

Ahora, aparte de esto y antes de que se instalara el estudio del genoma humano, hace por ahí poco más de una década, el que era o es jefe de la unidad de genética de la Universidad de Wisconsin, un colombiano, hacía mención de que los gringos ya tenían 2700 proyectos en términos de patentes para comercializar esto en humanos. Entonces, todo lo que se acaba de decir impacta, porque desde luego es el futuro. El 2 de diciembre en la Cámara de Diputados de México, se aprobó la creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica y yo he expresado que esta es una propuesta hilarante. Porque se hará -sí es que se hace- a un costo de 200 millones de dólares y en un Sistema Nacional de Salud que cada vez tiene mayor restricción en el gasto en salud; México gastó en salud en la década pasado 2.33% del PBI contra todos los estándares de lo que debe gastar en un país y esto en un gobierno del cambio, de transición democrática y la amenaza es que se reduzca aún más. Y se nos vende un grupo coordinador del que aparece como cara visible un Dr. Jiménez que es del grupo Conductor, pero que detrás de él, evidentemente hay muchos intereses. Igual que cuando se habla de transgénicos, está un investigador del CONACYT que es el que está dando la cara, pero hay otros atrás.

Y yo quería mencionarles esto, porque más allá que hagamos todo lo que se ha hecho, que es correcto políticamente y socialmente hablando, lo que tenemos que hacer es como ocurre con nuestras constituciones o las leyes, son de avanzada, pero no se cumplen. Entonces, cada uno en su país debe estar vigilante de esa realidad independientemente de que hagamos todo lo que se dijo. Gracias.

Dr. Abdón Toledo (Federación Médica Venezolana):

Hablar de investigación Biomédica, es definitivamente muy controversial y tenemos que entender que esto tiene aristas económicas, aristas humanistas, aristas religiosas que de alguna manera nos van condicionando a tomar una decisión en este campo. Yo pienso que la primera crónica de la investigación Biomédica es el libro del monstruo de Frankenstein, lo que ya se venía haciendo desde hace mucho tiempo, probablemente desde los inicios de la Medicina. Y lo digo porque en Bioética, a veces nosotros no somos lo suficientemente sinceros con nosotros mismos. Yo quiero aclarar que soy una persona absolutamente cristiana, pero que mis fundamentos profesionales están basados en muchas experiencias que todos nosotros hemos aprendido de los libros producto de investigaciones que están reñidas con la Bioética como la conocemos nosotros. Existe una página Web del Vaticano, en donde ellos hablan de la investigación en Bioética desde otro punto de vista.

Hablar de esto no es fácil. Lo que sí es cierto es que el tema que trae el colega de Costa Rica, levanta polémica por las condiciones de nuestros países y es en relación a la utilización de las empresas farmacéuticas de nuestras poblaciones en este campo. Como bien lo dijeron, la declaración de Helsinki establece que para poder realizar una investigación en humanos, se deben cumplir antes dos etapas. La primera fase es la investigación in vitro, la segunda en animales adecuados para la experimentación y la tercera, recién en humanos.

Es difícil ponerle un coto a este tipo de investigaciones, porque muchas veces nuestras poblaciones no tienen el poder adquisitivo para acceder al tratamiento que de alguna manera se le brinda con este tipo de investigaciones. Yo fui parte de un protocolo de investigación patrocinado por la FDA, que a pesar de tener el consentimiento firmado, uno se sentía como que de alguna forma estaba utilizando al paciente. Porque era como un puro trámite el que firmara, porque sabíamos que el paciente no iba a decir que no. El paciente, necesita el tratamiento y bueno lo demás que sea lo que sea. Incluyendo el placebo. Este fue un medicamento que se le iba a cambiar la indicación para lo que fue creado en principio, pero que sin embargo se seguía, el paciente quedaba aún recibiendo el placebo, porque era un estudio doble ciego o sea que no sabíamos a quién le estábamos dando el placebo y a quién el medicamento. Pero aún recibiendo el placebo, el paciente quedaba cubierto y eso era lo que a uno le tranquilizaba la conciencia, porque igual si el paciente no entra en el proyecto, se le iba a dar la misma batería de antibióticos, pero es difícil hablar de esto. Toca muchas aristas y cuestiones que probablemente nunca nos vamos a poner de acuerdo ni en la Asociación Médica Mundial, ni en la misma CONFEMEL, hasta que de alguna manera, la misma evolución del ser humano nos permita establecer verdaderas pautas para la investigación en el área Biomédica.

Dr. Miguel Matzkin (Asociación de Médicos Municipales. Argentina):

Quería dar un ejemplo de lo difícil que es luchar contra el dinero que ponen estas compañías y la creatividad que tienen. El año pasado en medio de una tremenda crisis económica que todos ustedes conocen, se marcaron las pautas de un Plan Médico Obligatorio (PMO) entre los cuales por ejemplo la densitometría no figuraba. Entonces, tanto la PAMI (que es de los jubilados) como muchas obras sociales no la hacían en forma permanente. Entonces la creatividad de estas instituciones hizo lo siguiente, invitaban a mujeres de la tercera edad para que se hicieran gratis las densitometrías y un mes después invitaban a las mismas mujeres a participar de una investigación y les decían que les iban a dar un medicamento para la osteoporosis y la gente se veía obligada a aceptar porque densitometría es muy cara.

La otra cosa que les quería comentar, es que también para la Asociación de Médicos Municipales ha sido muy serio, desde hace muchos años y algunas cosas hemos logrado son las siguientes: Está establecido por ley, que en todos los hospitales de Buenos Aires haya un Comité de Bioética. Pero en muchos hospitales se tiene un gran desarrollo –como en el hospital Muñiz y en otros hospitales, se tiene un mínimo desarrollo. La otra cosa se hizo, es que hay una ley por la cual todos los trabajos de investigación, tienen que pasar por un circuito. El primer circuito, es el Comité de Docencia e Investigación y para continuar el protocolo, tiene que ser aprobado por este comité. Después pasa al Comité de Bioética y luego de aprobado pasa al Comité Técnico Administrativo, donde se aprueba la consecución de ese trabajo. Si no se aprueba, el equipo que lo está haciendo puede recurrir a un ente que está en el gobierno de la ciudad de Buenos Aires, que todavía funciona más o menos bien, para hacer un reclamo.

Creo que si hablamos de un camino de cero a diez, en esto diríamos que estamos en un cinco, pero por lo menos estamos tratando de mejorar esta situación. El otro tema que a veces es duro decirlo y es que muchas veces se comprometen colegas nuestros que reciben un buen dinero. Por esto es que para nosotros muchas veces es difícil frenar este tipo de trabajos de investigación. Nada más.

Dra. Venus Castellón (Colegio Médico de México):

Yo hace mes y medio, estuve en el Congreso para Abogados de Bioética en la Universidad de Loyola en USA. A mí me sorprendió lo que los abogados saben de Bioética, de Ingeniería Genética, de transgénicos y que nosotros los médicos desconocemos. Yo fui invitada a ese congreso para exponer la situación de México en la investigación. En mi país, el señor de las botas firmó su tratado – porque él firma todos los tratados que le ponen enfrente- y creó la Comisión de Bioética. Aunada a la creación de la comisión, nos aparecen delitos que antes no teníamos. Delitos de biotecnología y de Bioética, siempre ponen a México como ejemplo y al rato todos sus países van a tener estos delitos en sus códigos. Delitos para incluso alteraciones en el Genoma, delitos para ingeniería genética, delitos para el uso indebido del semen, óvulos o para el individuo que haga un nuevo ser sin permiso de los padres. En México la Ley de Investigación data de 1985, cuando pasa de ser código sanitario para ser ley general de salud. Tenemos un reglamento muy amplio y aunado a este reglamento, tenemos las normas oficiales mexicanas y dan la normatividad de cada uno de aquellos tratamientos que nosotros aplicamos y entonces estamos superdotados de leyes. Tenemos tantas leyes, que sinceramente nadie las conoce y todas en relación a la investigación.

Ahora en México, con este nuevo código penal, aquel expediente clínico que no tenga el consentimiento informado, es un delito para el médico, incluso si es un paciente de urgencia. Es algo nuevo también y se supone que es parte del funcionamiento de una buena Bioética ¿Ahora que se supone que debemos hacer nosotros? Empezar con nuestros futuros médicos a enseñarles la Bioética y que tengan un mundo mejor dentro del ejercicio de la Medicina y que no les pase lo que está pasando ahora en nuestros países. Gracias.

Dr. Gerardo Garita (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Nosotros insistimos mucho a los médicos para que tomen el curso de Bioética y lo pongan en práctica. Esto de la Bioética tiene muchas aristas. El consentimiento informado es una farsa si el profesional no tiene ética. Dentro de la práctica normal, uno encuentra pacientes sometidos a un proceso de investigación y dicho sea de paso voy a dar algunos números, un paciente en proceso de investigación en Costa Rica se paga 7000 dólares. Un médico recibe apenas lo correspondiente a 7 o 10 dólares. Ese es el encargado de darle la información, de darle el consentimiento informando, pero si este paciente entra en un protocolo y por A o por B se le suspende el tratamiento, no se le dan las armas al médico que tiene que continuar el tratamiento, a nivel de la seguridad social. Este es un defecto ético enorme.

Es más, en el consentimiento informado se le hace un falseamiento de la información al paciente. Hace poco en Costa Rica, se hizo un protocolo sobre diarrea en niños por rotavirus. Se empleaba la vacuna y se le decía a la gente que era la única vacuna que les quedaba, pero le decían que les daban atención pediátrica mes a mes y que les ponían la vacuna gratis. Cualquier individuo que viva en el territorio nacional tiene vacunas gratis y es más, les voy a decir que también tienen tratamiento contra el SIDA gratis como parte de la legislación. Entonces, todos esos aspectos del consentimiento informado, tienen que ver con el individuo y la formación que les estamos dando los profesionales. Ahí es donde tenemos que trabajar con el profesional nuevo como decía la Dra. Venus. Que se lleve una gran coraza anti corrupción y que el beneficio económico que le puede dar, no le va a rendir gran cosa y el daño que puede hacer es muy grande. Eso es todo lo que quería decir.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Este tema apasionante que introduce el Dr. Robles que ha sido enriquecido por las intervenciones de varios colegas de la CONFEMEL y se deriva de aquí una propuesta que hace el Dr. Barrett Díaz, de hacer una comisión especial para tratar el tema de la Biomedicina en reuniones posteriores de la CONFEMEL y que se va a concretar en la próxima plenaria, para establecerla como una responsabilidad de un punto más de discusión.

Vamos a dar terminada la discusión de este tema, para continuar con "Ejercicio Profesional y Trabajo Médico"

“EJERCICIO PROFESIONAL Y TRABAJO MÉDICO”

Dr. Enrique Visillac (Asoc. Médicos Municipales de Bs. As. Argentina):

Antes de comenzar quisiera expresar que de todos estos temas que se han tratado en forma separada, tienen una conexión muy importante y que es muy difícil separarlos. Para dar un ejemplo, cuando hablamos de recertificación o de certificación, tiene sentido si tenemos médicos o profesionales que tienen un nivel de vida adecuado, condiciones de trabajo adecuadas, si tienen salud laboral. Estas son cosas fundamentales, porque sí no, lo demás no tiene sentido y nos alejamos de la preocupación real que tiene el médico. Yo con esto no quiero restarle importancia a la capacitación y a la recertificación, pero hay médicos que no tienen tiempo ni de dormir. Muchas veces, en estos foros uno pierde el sentido de la realidad. Por ejemplo, cuando decimos que el médico no debe aceptar el dinero de una investigación, esto parece algo elemental pero también hay médicos que en una situación paupérrima y a veces contra sus principios lo aceptan. Quiero decir con esto que todo está muy relacionado y entidades como CONFEMEL, tienen que actuar en todos los frentes para poder, con mayor facilidad, concretar logros sobre temas muy difíciles que se han agravado últimamente.

Sobre este tema del trabajo médico, voy a hacer una pequeña introducción. De alguna manera he mandado un documento como miembro de la Confederación Médica que voy a sintetizar. Primero, es obvio decir que las reformas que se han producido en el sector salud en estos últimos años como resultado inmediato, han determinado un deterioro importante de la calidad del trabajo médico. Deterioro que se ha basado en la frase -que por lo menos en nuestro país ha sido la de- “ajuste económico”. Este ajuste económico, no ha dejado de lado la atención de la salud y esto ha provocado que se pierda la calidad de la relación del médico en su trabajo y la atención de la salud.

Yo quería dejar un pensamiento sobre la recertificación. Muchas veces los médicos se recertifican, se capacitan y aprenden normas fundamentales para el ejercicio de la profesión y después no las pueden aplicar, porque no tenemos insumos, no tenemos la tecnología adecuada, no tenemos la posibilidad de que el paciente acceda al servicio médico. Entonces, tenemos una cantidad de médicos absolutamente exigidos para desempeñar una Medicina que no tiene nada que ver como síntesis de la que le exigen que ejerza. Esto hay que tomarlo muy en cuenta. Lo del Burn out, es esto de no poder llevar a cabo lo que la Medicina nos establece como norma, que es un buen ejercicio de la misma. Citando un informe de la OIT, hay algunas diferencias que nos muestran lo que es un país desarrollado y países como los nuestros. Por ejemplo, el trabajo médico se ha incrementado en los países desarrollados y en los nuestros ha disminuido veinte veces en relación a ellos. Esto explica de gran manera el deterioro que estamos sufriendo.

Todas estas políticas de ajuste y de economía neoliberal -que ya hemos hablado acá- necesitaban indudablemente romper estructuras fijas para promover el cambio, por eso los médicos hemos padecido la flexibilidad laboral

con la pérdida de la relación de dependencia en muchas actividades. Hoy también, decían los médicos argentinos, que hemos perdido muchas conquistas sociales con este tema de la flexibilización. Es decir, que creo que la CONFEMEL tiene que ratificar que la relación de dependencia, la estabilidad laboral es fundamental, las condiciones de trabajo, que también son muy importantes para evitar las enfermedades en los médicos, las condiciones salariales, el horario de trabajo del médico, hay médicos que trabajan una cantidad de horas prácticamente inhumanas para poder sobrevivir. Sobre todo esto, hay que sentar algún tipo de doctrina, en la cual sea la opinión de CONFEMEL que el médico tenga que trabajar en tales o cuales condiciones. Esto creo que es para conformar una comisión que diga cuantas horas tiene que trabajar el médico, en que condiciones, con qué salario, etc. Que la CONFEMEL tenga una serie de normas que sé que van a ser muy difíciles de cumplir, porque cada país tiene sus características, pero que al menos se pueda decir que se está violando una norma establecida por la CONFEMEL.

Después, es importantísima la participación de los médicos en todo este tipo de políticas. Hoy día también, en algunos países sobre todo en la actividad privada, es muy difícil hacer actividad gremial, que es otra cosa que es fundamental que los médicos dirigentes del gremialismo participen, incluso de las políticas de salud, que muchas veces las recibimos en forma arbitraria, sin tener conocimiento. Y que cualquier política de salud que se quiera innovar, se tenga la oportunidad de que se pueda leer por parte de la CONFEMEL que me parece muy importante. Yo dejaría esto por acá. El Dr. Matzkin, nos va a hablar de las enfermedades en los médicos y de los riesgos a los que se ven sometidos en su actividad laboral.

Dr. Miguel Matzkin (Asociación de Médicos Municipales. Argentina):

El tema de la salud laboral, es un tema que nos tiene muy preocupados a Asociación de Médicos Municipales. Un poco siguiendo lo que dijo el Dr. Eskinazi y está en el deber de las instituciones gremiales, es la defensa de los colegas. Hace algunos años que empezamos con este tema y entonces hicimos un curso de salud laboral y al año siguiente hicimos un taller que se llamaba "La Salud de los Trabajadores de la Salud". Realmente fue muy importante el interés y la convocatoria con representantes de todos los hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Entonces, yo quería traerles un pequeño esquema de los factores que componen las condiciones y medio ambiente de trabajo y después hacer una propuesta de trabajo.

Los primeros factores son: los esfuerzos físicos, psíquicos y mentales que la tarea impone a los trabajadores. El medio ambiente donde se desempeña el trabajo y los principales riesgos para la salud. **Lo que son los riesgos físicos:** temperatura, ruido, iluminación, vibración, humedad, radiaciones, presión atmosférica. **Los riesgos químicos:** polvos, líquidos y gases tóxicos. **Los riesgos biológicos:** las bacterias, bacterias, hongos, parásitos, roedores, etc. **Los riesgos tecnológicos y de seguridad:** maquinas, herramientas, riesgo eléctrico, riesgo de incendio. Limpieza, características constructivas de edificios, locales y violencia.

Ahora díganme, ustedes en sus hospitales: ¿Conocen la realidad de todos estos riesgos? Nosotros por lo menos no las conocíamos hasta que realizamos el taller y los médicos trajeron las situaciones particulares y fue realmente sorprendente la cantidad de riesgos que tenemos en nuestra actividad diaria. Además, quería comentarle que por ejemplo tuvimos dos casos de patología por la actividad laboral, que trabajamos también con el Dr. Monis y con la asesoría de un especialista de la Medicina del Trabajo, el Dr. Nieto, cuando detectamos por ejemplo en el Hospital de Niños, 5 profesionales con nódulos tiroideos, por problemas de radiación y detectamos que el control de la radiación era deficitaria y que la cantidad de horas que trabajaban era excesiva para lo que impone la Ley de Radiaciones.

Otro caso que tuvimos, fue en el Hospital Fernández, que se detectó una cantidad grande de casos de tuberculosis en médicos y se comprobó que los consultorios donde estaban siendo asistidos pacientes con SIDA y con tuberculosis multiresistente, no tenían sistema de ventilación forzada, por el cual se produjeron varios casos de tuberculosis.

Siguiendo un poco con el esquema. Las condiciones de trabajo incluyen: la organización, el grado de división, el contenido y significación del trabajo, la duración y configuración del tiempo del trabajo, los sistemas y los niveles de remuneración. (Todos ustedes conocen los múltiples trabajos de los médicos corriendo de un lado a otro) El diseño de instalaciones útiles y medios de trabajo, la transferencia de innovaciones tecnológicas y organizacionales. El modo de gestión de la fuerza de trabajo incluyendo la evaluación de desempeño y la carrera profesional y los servicios para bienestar de los trabajadores.

Estos son los factores que consideramos que influyen sobre la carga de trabajo, seguro que todos están de acuerdo: el tiempo de trabajo, las jornadas y las licencias, los turnos de trabajo, el ritmo de trabajo, la producción exigida, la forma de empleo, la remuneración, el pluriempleo, el nivel de automatización, la falta de comunicación que generalmente sucede en nuestras instituciones, los estilos de conducción, la violencia. Esta, la conocen ustedes, se ve en la sala y fundamentalmente en las guardias. Características constructivas del edificio, los diseños de los puestos de trabajo, el uso de elementos de protección personal, la iluminación, la falta de ventilación, los espacios para pausas.

La alimentación, protección de maquinas y herramientas, riesgo eléctrico, de incendio, contaminación ambiental química, física y biológica. No quiero ponerme a hablar del tema de los materiales de desecho, la forma de eliminación y la forma de recolección que en muchos hospitales no se hace como corresponde.

Esto es un resumen de todos los temas que influyen sobre la carga de trabajo. Nosotros proponemos la conformación de una comisión de salud laboral. Objetivo: garantizar el derecho a un trabajo seguro, promover y proteger la

salud de los trabajadores de los hospitales y de todos los centros de salud de todos los países que conforman la CONFEMEL. Proponer políticas respecto de la prevención de riesgos laborales para los trabajadores de la salud, exigiendo al empleador el cumplimiento de dichas obligaciones. Los objetivos son, conformar grupos de trabajo representativos para construir un organismo técnico de referencia en materia de salud y seguridad en el trabajo. Ofreciendo a los colegas, información, formación y asesoramiento respecto a los riesgos presentes en su medio ambiente de trabajo, así como identificación, mapeo, evaluación, erradicación y control. Ustedes saben que muchas veces los colegas desconocen los riesgos que tienen en su área de trabajo.

Brindar asesoramiento y apoyo frente accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, asegurando que se reciban las prestaciones que correspondan en tiempo y forma. Recién estamos consiguiendo que se normaticé en cada uno de los hospitales la forma en que uno tiene que moverse a partir de la producción de un accidente de trabajo o enfermedad de trabajo. Aportar elementos que posibiliten la universalidad de cobertura, en materia de riesgos de trabajo para los trabajadores de la salud, propiciando la formación de servicios de salud laboral en todos los hospitales. Solamente en dos hospitales de Buenos Aires que son el Pyñero y el Pirovano, tenemos un sector de salud laboral. No están reconocidos en la estructura hospitalaria como servicios de salud laboral, lo que sí hay es un servicio de control de ausentismo, que nada tiene que ver con la salud laboral y que es un organismo centralizado que uno tiene que ir cuando tiene un problema para que le digan si le van a dar un día o dos días.

Continúo: estimular el desarrollo de la vigilancia de los factores de medio ambiente y de las prácticas de trabajo que puedan afectar la salud de los trabajadores expuestos. Participar en el diseño y desarrollo de programas para el mejoramiento de las prácticas de trabajo. Difundir herramientas para la prevención, educación, inmunizaciones, elementos de protección personal, analizar los accidentes de trabajo y enfermedades sufridas por los trabajadores de la salud, afín de propiciar las acciones preventivas. Encausar las demandas referidas a las condiciones y medio ambiente de trabajo de los diferentes sectores y hospitales.

Este es uno de los temas que me parece muy importante: conformar una comisión de salud laboral, si la podemos trabajar desde la CONFEMEL que me parece un tema muy importante y nosotros proponemos esto también para nuestros hospitales y hemos iniciado este trabajo de conformación de comisiones en cada hospital, pero además de esto, hemos conformado para nuestro gremio una asesoría de Medicina del Trabajo. Creemos que es un tema difícil y que no cualquiera puede hablar de elementos tóxicos, de nivel de radiaciones, de elementos biológicos. Es por eso que nuestra institución maneja una asesoría cuyos objetivos son orientación y asesoramiento del Comité Ejecutivo –a nosotros- en legislación sobre salud laboral y calidad total, riesgo del trabajo y lo que llamamos ART, que son las aseguradoras del riesgo de trabajo que tenemos en nuestro país. Orientación en las organizaciones hospitalarias sobre controles anuales de salud. Lamentablemente les tengo que

decir que en nuestros hospitales municipales, no se realizan los controles anuales de salud.

Continúo con las transparencias: realizar análisis en cada hospital de los riesgos de la actividad laboral y los mecanismos de prevención. Análisis de las vacunaciones obligatorias para los profesionales y su orientación sobre el régimen de vacunación, por ejemplo de hepatitis. Realización de notas a las gremiales sobre la educación a los colegas respecto de conductas ante accidentes y enfermedades de trabajo y mecanismos de prevención. Nosotros tenemos 33 hospitales en el gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Cada uno de ellos tiene una filial, por lo que es importante para nosotros, no sólo tomar decisiones, sino informarlas a nuestros afiliados.

Sigo: realizar contactos con los Comités de Bioseguridad Hospitalaria, para intercambio de opiniones y estandarización de los mecanismos de prevención. Este es otro de los problemas que tenemos. Cada hospital tiene un Comité de Bioseguridad y muchas veces no todos toman los mismos mecanismos de prevención y deciden las mismas cosas respecto a los accidentes de trabajo. Charlas hospitalarias de acuerdo a las necesidades específicas de cada hospital. Nosotros también atendemos consultas sobre el tema en nuestra asociación. Tenemos una revista de Mundo Hospitalario donde tratamos de colocar permanentemente temas de esta naturaleza. Tenemos 11.000 ejemplares que son enviados a nuestros asociados. Organizar jornadas anuales de riesgo laboral para trabajar desde la salud. Asesoramiento en protección ambiental hospitalaria. Asesoramiento sobre jornadas de trabajo e influencias sobre el trabajador en tema de guardias semanales y mensuales.

Es decir, estar permanentemente en contacto con los colegas para explicarles lo que tienen que hacer ante cualquier accidente o enfermedad de trabajo. Cómo deben ser los métodos de prevención y creo que este es un tema no menor que a veces lo hemos dejado de lado y desde la CONFEMEL debemos revitalizarlo y ver la forma de llegar a todas las entidades gremiales y a los colegas que trabajan en ellas. Muchas gracias.

Intervención (Argentina):

Cuando uno analiza fríamente todo esto que hemos expuesto encontramos respuesta y justificación a la mayoría de nuestros reclamos gremiales. Cuando pedimos mejor salario, etc. Todo esto hace a la salud del médico. Tal vez la discusión, cuando uno se sienta a pelear con el patrón, acá tenga un buen argumento para pelear.

Lo otro que quería agregar, es que acá hablamos dos veces de seguridad del medio ambiente y del trabajo y de los pacientes y de violencia en la relación laboral propia, es decir con los colegas y con los jefes. Porque no sólo se da la violencia con los pacientes que vienen mal al hospital. Nosotros hemos duplicado o triplicado el número de pacientes y vienen con un alto grado de demanda y con nosotros tienen violencia. Este es un tema que está pasando en Buenos Aires, no sé qué pasa en el resto de América. Otro tipo de violencia que

está sucediendo, es la que hay entre los colegas o la violencia que ejercen los superiores y los conducidos. Esto era lo que quería dejar planteado. Gracias.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Un breve comentario sobre lo que referían al salario. Muy a menudo lo identificamos con la remuneración en efectivo, que es un componente, así como tiene componentes de la seguridad social cuando uno se retira, el salario vacacional o el aguinaldo, también componen el salario. Estos son complementos que hacen a la seguridad en el trabajo. Porque están generando, si no, la no percepción del salario. Antes de pasar a los oradores le voy a dar la palabra al periodista y consultor de OPS, Julio Escavino que ha hecho un trabajo sobre la totalidad de las organizaciones médicas en Latinoamérica, para una breve información conectada con este tema.

Sr. Julio Escavino (Periodista. Uruguay):

Soy periodista de formación, me he dedicado durante diez años a seguir políticas de salud. Actualmente me desempeño como consultor para la OPS, realizando un panorama de salud en la región, que todavía está en proceso de ser editado. Se hizo todo basándose en información abierta, lógicamente de la red y algunas llamadas telefónicas que hicimos. Les quería comentar que se está armando en la Unidad de Desarrollo Estratégico de la OPS, una incipiente red de salud de los trabajadores de la salud. Le pedí a Barrett que me dejara pasar el aviso para que lo supieran. Hay un núcleo a nivel de OPS que empezó a construir una red preocupada específicamente sobre la salud de los trabajadores de salud. Se ha elaborado un manual para directores que no es oficial, pero yo tengo un diskete. En todo caso me lo pueden solicitar y hay otros documentos que tampoco son oficiales, pero que existen. La idea es que entren en contacto y quedo a sus ordenes para esto.

Les puedo dejar un correo electrónico: jescavino@montevideo.com.uy Muchas gracias.

Dr. Julio Castro Gómez (Colegio Médico de Perú):

Quería recordar a los colegas que en la CONFEMEL, retomamos las conversaciones con la OPS, ya con el anterior presidente, para que la CONFEMEL sea reconocida como la representante de las organizaciones médicas de América y hemos iniciado ese proceso y como parte de ese proceso hay una carta de intención a través de la cual, la OPS y la CONFEMEL, se disponen a desarrollar una serie de acciones tendientes a puntos comunes, en cuanto a la lucha por la salud y la promoción de la profesión médica. La OPS dijo que tenía interés en tratar estos temas y le manifestamos el interés de hacer un estudio sobre las migraciones médicas en América Latina, tanto las individuales como las políticas. Entonces, la idea es que retomemos esos pasos para formalizar mediante procesos de investigación, con el apoyo técnico de la OPS, estos estudios para que la CONFEMEL se desarrolle y sea reconocida por la OPS.

Sr. Julio Escavino (Periodista. Uruguay):

Quiero dejar claro que no soy representante de la OPS, soy un consultor externo que hizo un trabajo para ellos y aprovechando que estaba aquí les informé. En la consultoría que hice sobre panorama laboral en salud en la región, hice un gran relevamiento de organizaciones y debo decir que la CONFEMEL está más que presente. Eso está claro. Era sólo pasar un aviso. Gracias.

Dr. Jesús Figueroa (Federación Médica Venezolana):

Estoy plenamente seguro que la mayoría de los Colegios o Federaciones Latinoamericanas velan por la salud de sus agremiados y en el caso específico de Venezuela, por ley la Federación Médica Venezolana, es la única que tiene competencia para la firma de las convenciones que rijan las condiciones de trabajo. Vale decir, que firma con los entes empleadores en competencia nacional. El colega de Argentina dio un S.O.S. bastante grande cuando dijo: ¿Quién se preocupa por nosotros los médicos?

Cuando llegamos a cierta edad –por lo menos en mi país- no hay una previsión social específica para el médico, precisa y concisa. Segundo, todo esto que está aquí, estoy seguro que lo estamos padeciendo en toda Latinoamérica. Lo digo porque si ustedes ven una convención colectiva que firma la Federación Médica con los empleados es una maravilla. El médico que está de guardia, la sala de partos, tiene cuatro o cinco cubículos, bueno eso es aire acondicionado, musiquita; todo lo que se escribe es maravilloso, pero cuando en la maternidad con sección palacio -que es la más grande de Latinoamérica- donde paren 300 mujeres por día y entonces el médico atiende a 50 mujeres con el mono lleno de sangre y para alimentarse saca un pedazo de pan del bolsillo y se lo mete en la boca, porque a lo mejor no tiene un comedor. Porque el ente de gobierno, el empleador –como dicen en mi país- no le para a esto que está escrito.

Y esto a la larga, va deteriorando a la salud del médico. Entonces, nosotros no nos podemos quedar en que aquí digamos que el 60% esto o lo otro; amigo eso es en toda Latinoamérica. Yo pienso que CONFEMEL, como principio tiene que hacer algo, no para que nos den simple y llanamente o resarzan algo que es un derecho adquirido, porque nosotros estamos para prevenir y curar a la comunidad. Entonces, nosotros estamos también para que nos prevengan y que nos curen de algo que es un aspecto interno del médico. Porque el médico se deprime como cualquier persona, sobre todo cuando estamos trabajando en un hospital donde no existen materiales médico-quirúrgicos, donde no existen las condiciones para una buena práctica. Pienso yo que ese es el mensaje del colega argentino cuando habló de la salud laboral. Muchas gracias

Dr. José Luis Minjares Robles (Colegio Médico de México):

Quiero hacer mención a un artículo que escribió su servidor en relación a las condiciones laborales en las que trabaja el médico en la ciudad de México. El artículo está dentro del material que les dieron y se titula: "Los médicos bajo acoso, persecución y represión" Históricamente el sistema de salud Federal, ha

recorrido a toda una serie de maniobras, algunas más sutiles y otras más violentas y que aprovecho para comentárselas. Gracias.

Dr. Ruben Tucci (Confederación Médica de Colegios de Argentina):

Desde ya totalmente de acuerdo con lo que dijeron nuestros colegas argentinos sobre lo que pasa en los hospitales públicos, pero indudablemente en el sector privado y la seguridad social, esto se magnifica porque no hay un control en las condiciones de higiene y seguridad de trabajo del colega médica. Normalmente, hemos sufrido un nuevo acoso que es el del juicio de riesgo profesional en el lugar de trabajo. Hemos observado que el médico que pasa por esta situación no vuelve a ser el mismo colega. Hay otro tipo de Medicina que ejerce que es totalmente defensiva y diferente a la que se realizaba en otro momento.

Creo que de esta asamblea, este es uno de los temas más importantes que tenemos. El tema laboral del médico y las condiciones de trabajo, porque sino todo lo que estamos prodigando para nuestra comunidad es imposible desarrollarlo. Yo creo que de esta asamblea, tendría que surgir una secretaría de las condiciones de trabajo. Incluso nosotros tenemos un anteproyecto que dice: "Estatutos del trabajador médico". Que nos gustaría aportarlo a CONFEMEL y que tengamos un verdadero estatuto del trabajo y de las condiciones de trabajo del médico en toda Latinoamérica y el Caribe. Creo que es importantísimo y celebro que se haya tomado con tanta magnitud y seriedad. Nada más. Gracias.

Dra. Olga Machado del Castillo (Federación Médica Venezolana):

Siento que de verdad es importante este tema aquí y quizás nos ayude a resolver algunos problemas. Quiero plantearles un problema que tenemos con un médico joven que estaba haciendo su etapa rural, que es la etapa que no hay estabilidad, porque es una condición necesaria cumplir con el Artículo 8, para el ejercicio de la Medicina, que es un año en el área rural. Este colega de veintitantos años, atendiendo un parto en las áreas alejadas del estado de Sulia, donde hay una población prácticamente indígena en condiciones sanitarias deplorables, presentó una infección al contaminarse con líquido amniótico y quedó ciego.

Hizo un proceso infeccioso serio, que se le contagió al otro ojo y ha quedado ciego. Lo peor de todo es que no tiene ninguna previsión social porque al estar haciendo el rural, ni siquiera tiene el derecho al cargo, solamente el sueldo. La Federación, que tiene un plan de contingencia, ha tratado de darle ayuda para la intervención que se ha realizado en Colombia en dos oportunidades, pero se ha vuelto a complicar. Ha sido un proceso totalmente dramático y siento que un planteamiento aquí en CONFEMEL pudiera darnos algún apoyo, porque la medida que tomamos es incluir en nuestra nueva contratación -que es un anteproyecto que ya está introducido en la Inspectoría de Trabajo- una cláusula de protección para estos casos, para enfermedades que generan incapacidad. Siento que este proyecto quizás en el futuro, pueda ser la mejor bandera que tengamos en la CONFEMEL. Esto es todo. Gracias.

Dra. Hilda Sancho (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

El Colegio hizo un estudio para ver como estaba la salud del médico en nuestro país. En el grupo médico, la esperanza de vida es de 62 a 65 años cuando en otros grupos es de 75 años. O sea que es el grupo que tiene la esperanza de vida más baja. En este momento el Colegio tiene todo un proyecto para ver las causas de esa disminución. Yo creo que los datos que nos han dado han sido muy importantes, porque nos va definiendo más las causas de porqué los médicos morimos más jóvenes. Muchas gracias.

Dr. Daniel Monis (Asociación de Médicos Municipales. Argentina):

Sólo quería decir que los médicos nos enfermamos y nos morimos como el resto de la población, pero antes, mucho antes.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Un comentario muy breve. Este es uno de los temas básicos que nos convocan. Quiero recordar una frase de un intensivista argentino, el Dr. Francisco Maglio que decía que hay que cuidar a los cuidadores. No lo quiero citar como Bioeticista, porque en la mesa van a pensar que todos los argentinos se dedican a la Bioética, pero para mí es un gran referente y dijo que hemos demorado en cuidar a los cuidadores, por secuelas de la vieja soberbia médica de reconocer que necesitamos que nos cuiden. Me impresionó mucho la estadística que ustedes tienen sobre el aumento de 45% en los problemas cardiovasculares, 60% en las infecciones y cuando hablaste del divorcio no sé si es algo mórbido o terapéutico, pero fuera de la broma, las otras cosas las tengo muy en cuenta.

En días recientes, hubo una estadística de nuestro medio sobre la morbilidad de nuestros médicos, porque tenemos un organismo complementario de la seguridad social para algunos aspectos. Yo propondría que compartamos estas estadísticas que tenemos y las centralicemos en secretaría; morbi-mortalidad de los médicos y del personal de la salud y que la hagamos lo más completa que podamos y que aquellos que no lo tienen que sea una línea de trabajo. En segundo lugar, creo que la presentación de Argentina ha sido sistemática, que no hay que desarticularla y yo tomaría la propuesta de la Asociación de Médicos Municipales (que se expuso en el final de la presentación) y que se la vote como una propuesta de CONFEMEL.

Por último, la propuesta de Escavino relativo a trabajar con OPS, la recogió Julio Castro y por cierto me tocó acompañarlo cuando se hicieron esas gestiones en uno de los pasajes por la ciudad de Lima, que por cierto tanto a recalado la CONFEMEL y también hay que adjudicarle el mérito de haber reiniciado los contactos con OPS y creo que debiéramos hacer el intento del reconocimiento. Después de todo, lo que pedimos en ese reconocimiento es trabajo, no vamos a obtener ningún otro tipo de beneficios y que entre el trabajo que asignemos a OPS -ya que Escavino nos informa de esa línea de actividad- que nosotros aprovechemos eso y que para los aspectos laborales y de la salubridad médica, en lo posible, solicitemos el apoyo de la OPS.

Con esto estaríamos terminando este tema y le paso a Douglas para el último tema: Bienestar Social del Médico.

Tema:
“BIENESTAR SOCIAL DEL MÉDICO”

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Mientras viene el Dr. Gallo, que es el encargado de este tema, yo voy a avanzar en algunos puntos de Bienestar Social del Médico, que hemos intentado en este Comité Ejecutivo de Federación Médica Venezolana durante estos dos últimos años. Ha habido un deseo de los médicos que desafortunadamente no se ha podido cumplir que las instituciones de previsión social, como el Instituto Médico de Previsión Social (IMPRES), que tiene más de 48 años de fundado, no ha podido garantizarle una seguridad social al médico venezolano. Ha sido precisamente la Federación Médica Venezolana, que a principios de la década pasada, valiéndose de un artículo del estatuto, comenzó a dar parte de la seguridad social, como es por ejemplo, un fondo de retiro que se estableció en 1994. Estamos por firmar nuevamente este fondo de retiro, porque el banco que lo manejaba fue vendido a otra institución bancaria y comenzamos a discutir un mejoramiento del fondo con aporte total del Comité Ejecutivo del 40% del aporte anual que da el médico a la Federación, nosotros se lo depositamos en este fondo.

También se ha creado desde hace 5 años, la parte de la recreación y ya en 5 lugares del país, como la Isla de Margarita en donde tenemos 9 apartamentos para el uso y disfrute del médico. En las costas del estado de Falcón, tenemos 23 unidades y próximamente en Mérida, estamos por inaugurar 18. Eso quiere decir que tenemos 3.000 semanas anuales, con precios sumamente económicos que son alrededor de 45.000 bolívares diarios, teniendo incorporado allí todo menos la comida. Próximamente, vamos a arrancar con un HCM, que es también anhelo del gremio médico y esperamos que este confíe en su Comité Ejecutivo y se adicione a este HCM, porcentajes considerables para poder dar resultados tempranos y garantizarles la salud, no solamente al médico, sino a su grupo familiar. Ya llegó el Dr. Gallo y vamos a continuar con este tema.

Dr. Ruben Gallo (Federación Médica de Venezuela):

Como decía el presidente de la CONFEMEL, la Federación Venezolana le ha prestado mucha importancia al bienestar social del médico. Hemos hecho una serie de resúmenes junto con el Dr. Rafael Méndez -que no pudo venir- en cuanto a los beneficios de algunos países. Hemos extractado algunos pasajes del Reglamento de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Cirujanos de Costa Rica, sobre la administración de los fondos. Lo menciono porque es bueno que comparemos los beneficios de cada país. En Costa Rica según el capítulo 7 sobre administración de fondos en su artículo 57 dice así:

“Los fondos del Colegio serán administrados por la Junta, conforme a la ley y siguiendo para ello la sana y correcta práctica de la administración. Del total de la cuota de la colegiatura que cancele cada miembro, el 60% será administrado conforme a la disposición del Artículo 34 del Fondo del Auxilio Médico y Retiro. Así como la totalidad de los fondos que le asigna la ley en su artículo 8 serán

administrados por la junta y destinados exclusivamente a actividades propias del Colegio.”

¿Qué quiere decir esto? Que el 40% lo usa para los fondos propios del Colegio y el 60% para el auxilio médico y retiro.

Luego el Colegio Médico de Perú: del Ámbito y la cobertura, en su artículo 6 expresa:

“El servicio médico familiar del Colegio Médico de Perú, tiene como ámbito nacional y otorga las prestaciones médicas a los colegiados y familiares inscritos a nivel nacional, a sola condición que el titular esté al día con sus aportes al seguro y sus familiares debidamente habilitados en el CMP.”

El artículo 7 menciona que tienen derecho a inscribirse en el CMP, el médico colegiado, en calidad de titular y su cónyuge o conviviente única y estable, sin límite de edad, los hijos, la viuda o viudo, en tanto mantenga esa condición y sus hijos y los padres del colegiado titular.

En Uruguay, también existe un Seguro de Enfermedades de los Médicos del Interior (SEMI) que se trata de una institución de seguridad social sin finalidades de lucro, creada en el año 1975, según decreto 14407 y disposiciones reglamentarias en materia de seguros convencionales de salud. Integran la SEMI, las instituciones médicas colectivas que integran la FEMI (Federación Médica del Interior) y su personal médico. El objetivo de la institución es el de asegurar y otorgar al personal afiliado, sus familiares y personas a cargo, las prestaciones que establece la ley y que por encima de dicho nivel, consideren las autoridades de la institución. Hay un órgano estatutariamente establecido, que es el órgano de control, que es paritario y que ejerce la función de control de las actividades del Consejo Directivo de SEMI y la financiación se hace de las aportaciones de las instituciones que forman SEMI y de los trabajadores afiliados sobre remuneraciones y subsidios que perciban ellos. La misión: ser la institución responsable de la tutela de la salud del médico, mediante la cobertura de sus riesgos y brindarle al momento de su retiro los medios que aseguren su mantenimiento.

De los derechos y beneficios, están mencionados: las primas por casamiento – según artículo 22- subsidio por maternidad, por incapacidad transitoria, por incapacidad permanente, por fallecimiento, por retiro, jubilación y todos los beneficios cuando los afiliados cumplan con las condiciones indicadas. El artículo 23 señala las primas ya mencionadas, dando como importancia a la prima de retiro que establece un mínimo de 15 años de antigüedad como afiliado al fondo con aporte regulares y un año complementario o su equivalente para adquirir este beneficio. Aquí continúa también con los artículos de importancia que logramos extraer, donde dice que el Fondo de Seguridad Social y en su conjunto el 5% de los ingresos totales, está destinado al auxilio de socios del fondo y del SMU, con una antigüedad de tres años de socios y

que se encuentre en una situación de emergencia extraordinaria y que el Comité Ejecutivo lo avale por escrito ante la comisión directiva del fondo.

El estatuto vigente de la Federación Médica Venezolana, en su artículo n° 4 de conformidad con el Artículo 70 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, reza así:

“Le corresponde a la Federación Médica Venezolana establecer formas de previsión social para asegurar el bienestar del médico y de sus familiares.”

Esta Ley del Ejercicio de la Medicina reza en sus artículos (en el 88) que se crea un instituto especial de previsión social del médico con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía propia. Que es el Instituto de Previsión Social del Médico (IMPRES) Este instituto, en su artículo 89 se encargará de todo lo relativo a la previsión social del médico, que actualmente realizó el instituto llamado Dr. Armando Castillo Plaza y que se regirá por la presente ley y los reglamentos internos que dicte dicho instituto. El artículo 99, menciona el procurar el bienestar social del médico y sus familiares y que está plenamente establecido, como lo pueden observar allí.

Con respecto a las cuotas anuales que aportan los médicos, son de 18.75 dólares anuales, que aportan los inscritos en los Colegios y en la Federación Médica. De esto, el 30% va destinado al fideicomiso del plan de retiro en un banco venezolano mercantil, convenido con la Federación Médica. El 70% va destinado a: seguro de accidente, incapacidad permanente -que equivale a 3125 dólares- póliza de gastos funerarios -que equivale a 2500 dólares- póliza de seguro funerarios para familiares directos (la madre, el padre, hijo y cónyuge) y que equivale a 937 dólares y el mantenimiento del portal de la Federación Médica Venezolana con cuenta correo de 20 MB a cada médico, programa de computación bibliográfica y próximamente archivos electrónicos.

La póliza de seguro funerario para muerte natural es de 2500 dólares, accidental, 3125 dólares, incapacidad permanente por accidente, 3125 dólares y para los familiares de médicos, 937 dólares. El fondo de retiro es un fideicomiso que se abrió a cada médico, pero tiene que estar al día y mediante el ahorro, formar un capital de retiro. El fondo de retiro tiene como fundamento el dotar al agremiado de un mecanismo que permita crear un capital necesario para generar una pensión y disponer de ella después de los 60 años. Todo médico solvente con la Federación, puede abrir una cuenta de ahorro o corriente y autorizar al banco a debitar una suma previamente establecida.

El portal cuenta con 24 estaciones activas en los Colegios Médicos y Seccionales los que han ido a la sede habrán observado que contamos con 12 estaciones distribuidas en toda la república. Cualquier médico puede recibir información directa de cualquier acontecimiento importante que la Federación realiza. También dentro de los planes de bienestar social contamos con una proveeduría, una librería, recreación –que ya lo mencionó el presidente- y un plan odontológico.

¿Quiénes serán beneficiarios? Los médicos solventes con la Federación y cuyo colegio haya enviado la cuota anual y los datos personales de cada médico. La proveeduría cuenta con equipos médicos, textos de Medicina, con convenios con la OPS y la editorial Mc Graw Hill. Contamos con tres hermosos complejos habitacionales con diferentes estándares. En la playa Chichiriviche-Aona, en la Isla Margarita y en Mérida, la pequeña Suiza venezolana, con 25 apartamentos y piscina. Aquí vemos las comodidades y aquí vemos el Parque Nacional Morrocoyo. Esta es una de las islas, Cayo muerto, Cayo Sal. Están invitados todos los médicos de las agremiaciones para que conozcan, así que hagan sus reservas y anoten el teléfono.

En cuanto a los planes a futuro, hemos pensado en un sistema de administración de los sistemas de jubilaciones. Contamos con un sistema nacional de Medicina Vial, es una rama muy especializada con muchos años en la Federación Médica y que se ocupa de todo lo relativo a las condiciones de salud física de los conductores de los automotores. Existen en la actualidad 250 médicos viales todos con cursos de especialización. La ley de Tránsito Terrestre, faculta a la Federación Médica Venezolana y la Federación de los Psicólogos a través de los Colegios respectivos y da el derecho para otorgar los certificados médicos para conducir. Aquí lo establece en el artículo 50.

Aquí vemos el certificado con una foto digitalizada para evitar la falsificación del mismo, plastificada con el emblema de la Federación, manteniendo las calcomanías tipo 3D, incrementando así la seguridad del documento. Los certificados ordinarios de conducir se han incrementado. Ya en el año 2002 llegábamos a 2 millones. Ya lo dijo Simón Bolívar: *"El sistema de gobierno es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad y de estabilidad política"* Esto en muchos países falla.

Dr. Luis Mazzuoccoco (Confederación Médica de Colegios. Argentina):

En la Argentina, aún existiendo un marco federal, muchas provincias tienen cajas de previsión y seguro médico y son cajas de origen solidario. En realidad todos jubilan con lo mismo, a pesar de lo que hayan puesto.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Seguidamente, vienen los informes del Comité Ejecutivo. Vamos a adelantar la materia que tenemos sobre lo que planteamos ayer y en la mañana de hoy, que es la declaración de Montevideo y además el punto sobre Bioética que se planteó hace unos minutos y que ya tenemos la resolución escrita y aprobada consensuadamente. El Dr. Barrett Díaz va a dar lectura de los planteamientos.

DISCUSIÓN Y APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SURGIDOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Declaración de Montevideo:

“La CONFEMEL reunida en su VI asamblea ordinaria anual en Montevideo, ha recibido el informe de las organizaciones asistentes, comprobando el avance y dificultades que enfrentamos en la lucha por el derecho a la salud de nuestros pueblos y las reivindicaciones de la profesión médica del continente.

Primero: a pesar del reconocimiento del fracaso de las políticas neoliberales que han agudizado la pobreza, la inestabilidad y precariedad de los regímenes democráticos, se persiste en mantener un modelo económico que no permite el desarrollo integral y la atención de las urgencias sociales de la exclusión y la desigualdad creciente en América Latina y el Caribe.

Segundo: constatamos la continuación de los recortes destinados a la salud, por lo que los presupuestos son insuficientes para garantizar la atención integral a las personas y a la comunidad, como ejercicio de su derecho a la protección de la salud, manteniendo el deterioro de los servicios y su desabastecimiento y las inadecuadas condiciones remunerativas y de trabajo de los profesionales médicos.

Tercero: siendo cada vez más amplio el consenso entre los actores sanitarios para avanzar a la seguridad social en salud, no se prioriza este compromiso y se mantienen políticas privatizadoras, utilizando y desviando los fondos de seguridad social para fines distintos a la seguridad social organizada. La universalización de la cobertura con calidad, debe integrar un nuevo modelo de atención que se sustente en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, la atención básica para todos y la de mediana y alta complejidad para los que la requieran.

Cuarto: llamamos la atención sobre los procesos de negociación del Tratado de Libre Comercio (TLC) y el ALCA, en la medida que constituyen nuevas amenazas para la salud de los pueblos del continente. La imposición de una política de patentes a favor de las transnacionales de los medicamentos, conducirá a la exclusión y a la muerte a miles de pacientes de tuberculosis, SIDA, cáncer, diabetes, ya que se limitará gravemente el uso de los medicamentos genéricos. También constituye amenaza la negociación del libre comercio de servicios de salud, sin controles ni regulación que garanticen seguridad y calidad a la población, así como no garantiza reciprocidad en cuanto al ejercicio profesional. La creciente migración de médicos, voluntaria y/o política, entre nuestros países, nos exige desarrollar procesos de garantía de calidad del profesional, desde su formación y el respeto de las normas nacionales que regulan el ejercicio profesional.

Quinto: exigimos a nuestros gobiernos responsabilidad frente a nuestros pueblos en estas negociaciones defendiendo sus intereses y no los pequeños

grupos de poder económico, demandando una acción conjunta de los países Latinoamericanos y del Caribe para actuar coordinadamente en la defensa de los derechos de nuestros pueblos y su necesario proceso de integración.

Sexto: ratificamos el compromiso con nuestros pacientes de hacer bien lo que hay que hacer bien hecho y nunca hacer daño. Este compromiso nos motiva a promover la excelencia profesional y la calidad de la atención. Ante la proliferación de numerosas escuelas y facultades de Medicina sin garantía de calidad en la formación de nuestros profesionales y las deficitarias condiciones de los establecimientos, estamos desarrollando procesos de aseguramiento de la calidad en la formación de nuevos médicos, en las condiciones de infraestructura, equipos y procesos en los establecimientos, reforzando la Educación Médica Continua, la recertificación profesional y el reforzamiento del marco ético. Ante los riesgos derivados de la atención de la salud los empleadores públicos y privados deben asumir el resarcimiento de las personas afectadas. Rechazamos la imposición de seguros obligatorios por responsabilidad profesional médica.

Séptimo: frente a los riesgos y afectación de los derechos de las personas que participan en procesos de investigación clínica, la CONFEMEL promueve la regularización normativa que salvaguarda los derechos de los pacientes y promueve la formación de los Comités de Bioética Clínica y de la Investigación.

Octavo: CONFEMEL asume la responsabilidad de trabajar activamente en el próximo periodo, para facilitar y coordinar entre nuestras organizaciones, acciones que permitan avanzar hacia lograr la implantación de sistemas nacionales de salud, únicos, universales, equitativos, accesibles y de calidad, fortaleciendo y mejorando los existentes. Nuestro compromiso es el de proteger los derechos de pacientes y usuarios y salvaguardar los de los médicos y demás trabajadores de la salud.

Montevideo, 11 de diciembre de 2003."

Dr. Arturo Robles (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Quería referirme a que ahí donde se habla del Tratado de Libre Comercio (TLC), que bueno, cuando nosotros hablamos de eso, sabemos de qué se trata, pero a efectos de un manifiesto, tendría que ponerse claramente que es un tratado entre Centroamérica y los USA, sino no se sabe con quién es.

Dr. Julio Castro Gómez (Colegio Médico de Perú):

El TLC también está en negociación con los países del Área Andina, con Colombia, Perú y Bolivia y ocurre que esta es una política generalizada, porque ya en el caso de México tiene hasta ya diez años de implementación. Esto se está proponiendo a todos los países.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Hay una pequeña aclaración en las firmas. Donde dice: Confederación de Organizaciones Médicas Colegiadas (CONFEMECO) agregar de Argentina y luego Asociación de Médicos Municipales... de la ciudad de Buenos Aires-Argentina.

Dr. Gustavo Rivero (Federación Médica Venezolana):

Hay muchos gobiernos que están obviando las contrataciones colectivas y están haciendo contrataciones individuales e incluso subcontrataciones. Entonces, cuando en la declaración habla sobre el punto 2 sobre *"...inadecuadas condiciones remunerativas de los trabajadores médicos..."* pienso que este punto tendría que rematarse con: *"exigimos el respeto de las contrataciones colectivas en cada uno de los países de Latinoamérica sin intermediaciones comerciales."*

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

Yo iba a hacer una sugerencia y es que aparezca enfáticamente el respeto por los derechos humanos y a mí me parece que es un compromiso, no solamente cuando hablamos de los pacientes, sino de la población en general. No sé si incluirlo en el punto uno quizás.

Intervención:

Creo que debería ir en el punto cinco en donde dice: *"... demandando una acción conjunta de los países Latinoamericanos y del Caribe para actuar coordinadamente en la defensa de los derechos (humanos) de nuestros pueblos..."*

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Bueno, con las modificaciones que se le han hecho a la declaración vamos a someterlas a votación ¿Están de acuerdo? Aprobado por una unanimidad.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Tenemos una segunda declaración relativa a lo que se habló en el tema de la Bioética sobre los aspectos del genoma y recogiendo una recomendación elaborada por uno de los comités de ética y responsabilidad médica que se elaboró en una jornada anterior, pero no tuvo aprobación en asamblea. Dice así:

"Visto lo oportunamente recomendado por el Comité de Ética y Responsabilidad Médica, considerando que el sector salud debe asumir un liderazgo en la elaboración, difusión y vigilancia en el cumplimiento de los principios éticos del genoma humano, la VI asamblea anual de la CONFEMEL. Resuelve:

Primero: ratificar los principios éticos contenidos en la declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos del 11 de noviembre de 1997.

Segundo: impulsar en el ámbito regional, la elaboración de un instrumento jurídico internacional que consagre los principios éticos en torno al genoma humano, desde una perspectiva Latinoamericana y Caribeña.

Tercero: impulsar que los principios contenidos declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos del 11 de noviembre de 1997, sean recogidos por el derecho interno de nuestros países, preferentemente en normas de rango constitucional.

Cuarto: apoyar la conformación de Comisiones Nacionales de Bioética en los países de América Latina y el Caribe.

Montevideo, 11 de noviembre de 2003."

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):
Bueno, vamos a someterla a votación. Aprobado por una unanimidad.

PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA DEL COMITÉ SALIENTE

Corresponde ahora presentar informe de Comité Ejecutivo y de la Secretaría de Hacienda. Este Comité Ejecutivo se caracterizó por la dificultad que tuvimos en Caracas de realizar la asamblea a tiempo, en diciembre de 2002, cuando se dio la huelga general que duró dos meses y en los días que nos tocó hacer la asamblea, la Guardia Nacional tomó Caracas el día antes de la fecha prevista para nuestra reunión. Fue recién en el mes de marzo que logramos hacer la asamblea ordinaria, previa reunión que se realizó en Lima-Perú, donde los miembros del Comité nos pusimos de acuerdo y buscamos la fecha más apta y finalmente fue en la segunda quincena de marzo y acordamos que para darle continuidad estatutaria a los periodos subsiguientes, que no durara un año, sino que se hiciera hasta diciembre de este año. O sea que este comité estuvo 9 meses en funciones.

En cuanto a la tarea que realizamos en ese periodo, tuvimos actividad directa en Bolivia, donde fuimos invitados y ayudamos al gremio médico boliviano en reuniones con el senado de la república y el ministro de sanidad con respecto al paro que se estaba realizando y se obtuvo un aumento salarial del 4% y otros beneficios que se continuaron discutiendo. Después fuimos nuevamente invitados, pero no pudimos ir por los rigores del cambio drástico que tiene el gobierno nacional, por lo que es imposible acceder al dólar por la vía normal, sólo podemos por el mercado negro.

Estuvimos invitados también a Perú, para discutir como expertos en la materia de títulos profesionales para el ejercicio en toda el Área Andina y por propuesta nuestra, se realizó en Venezuela y allí nosotros le dimos los puntos de vista como Comité Ejecutivo de la CONFEMEL y recomendamos que todos los colegas inscritos en los Colegios, Sindicato o Federaciones pudieran hacer el ejercicio temporal y luego someterse al régimen vigente, como es la revalida obligatoria y cumplir con los artículos de la Ley del Ejercicio de la Medicina.

Estuvimos reunidos en Brasilia con la representación del Consejo Federal, buscando el reencuentro y dio como resultado que la representación de Brasil esté con nosotros en esta reunión. También la visita que se hizo a la Federación Médica Boliviana y su presidente el Dr. Chacón, que desgraciadamente estuvieron ausentes desde Chile hasta acá y nos acompañaron el día de ayer con la observación de que se tenían que retirar porque las elecciones nacionales son mañana.

También estuvimos reunidos con los médicos dominicanos, con el presidente del Colegio Médico y su directiva. Ellos hicieron la solicitud que se leyó ayer en cámara legislativa, pero no fue posible el traslado del dinero que estaba previsto, porque se complicó en Caracas, porque allí nos dan el dinero en Bolívares y entonces la Federación tendría que poner la mitad de lo que les correspondía a los dominicanos, pero sí tomamos la solicitud de incorporarse a la CONFEMEL.

En esta gestión, se hizo el contacto previo con la delegación brasileña y viajó el Dr. Gallo, porque yo no pude asistir y estuvimos en República Dominicana y Ecuador, además del apoyo que se le dio a Bolivia. Estuvo planteado realizar una asamblea extraordinaria en Colombia para julio, pero la hermana república no lo organizó por situaciones políticas severas, como es la liquidación del instituto de seguridad social colombiano. Establecieron 7 compañías de prestaciones privadas y aún permanecen en lucha. Se nombraron comisiones que ya dieron su fruto; los cinco grupos de trabajo: Salud y seguridad social, Educación Médica Continua y Recertificación, Ejercicio Profesional y Trabajo, Ética, Bioética y Deontología, Bienestar Social del Médico.

Como tenemos la propuesta de la República Dominicana de integrar la CONFEMEL, voy a someterlo a votación en esta reunión. No fue posible la presencia del Dr. Severo Mercedes, presidente del Colegio de Dominicana, porque mañana hay cambio de directiva.

Intervención:

Vamos a exponer las características del Colegio Médico Dominicano para ver si cumple con los requisitos. Les recuerdo que debe ser principalmente exclusiva de médicos y que no dependa del gobierno o del Estado como fue el caso cubano.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Les informo que el Colegio Médico de Dominicana tienen 113 años siendo asociación médica y es exclusiva de médicos. Fue fundado, en el año 1892 por un venezolano y a partir de enero de este año, por resolución del Congreso Nacional y el Ejecutivo pasó a ser Colegio de Médicos de la República Dominicana. Son 18.000 dominicanos afiliados y no dependen del gobierno o ningún Estado.

Entonces, vamos a votar...queda aprobada por una unanimidad el ingreso de la República Dominicana a la CONFEMEL.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Breve constancia en actas de la felicitación a los miembros del Comité Ejecutivo de CONFEMEL que hicieron estas gestiones, muy especialmente al presidente Douglas León Natera. Sé de su preocupación por este tipo de incorporaciones y el haber conseguido un resultado concreto, creo que merece nuestras felicitaciones.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Con el aplauso que ustedes dan, se considera entonces aprobado el informe del Comité Ejecutivo de la CONFEMEL. A continuación el informe económico que da la Secretaría de Hacienda a cargo del Dr. Ruben Gallo.

INFORME ECONÓMICO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA

Dr. Ruben Gallo (Federación Médica de Venezuela):

El 15 de marzo, se hizo la asamblea ordinaria en Caracas. Una gestión bastante corta, porque como ustedes pueden ver, siempre se realiza en diciembre, pero fuimos electos el 15 de marzo y quiero dejar claro que como Secretario de Hacienda entrante, no recibí informe de hacienda del secretario saliente. Por lo tanto fui recabando informaciones de anteriores secretarios y fui intentando armar un informe de finanzas, porque siempre he considerado que la parte de finanzas es muy importante para la CONFEMEL. Ese día solamente me entregaron informes Uruguay y Venezuela, luego viajamos a Montevideo el 15 de marzo, el presidente y yo para el cambio de firmas, donde obtuvimos información verbal del Discount Bank, la cuenta corriente que les voy entregar ahora. Quedaban 1500 dólares, quedando pendiente la legalización de las firmas.

Como ya lo dijo el presidente, visitamos República Dominicana, Ecuador y Brasil. Quiero hacer énfasis en el viaje a Brasil. Este Comité Ejecutivo y Secretaría de Hacienda, intentando buscar recursos a través de los países de la CONFEMEL, hicimos una visita al secretario de finanzas del Consejo Federal Médico y él me informa que el Tribunal de Cuentas de la Unión, solicita información notariada y registrada de la CONFEMEL, para así lograr solvencia de los médicos afiliados. Los médicos que ellos tienen afiliados, son aproximadamente 210.000. Pero en reuniones que sostuve con ellos, me dicen que existe la Asociación Brasileña de Médicos y el Sindicato. La Asociación aglutina 180.000 médicos y el sindicato unos 60.000. Como pueden ver es un número bastante grande. Esta CONFEMEL tiene que llevar adelante un proyecto de solvencia, llevar esta documentación necesaria notariada. Ya se la solicité al Secretario Administrativo para que la Delegación brasileña se la lleve al tribunal de cuentas.

La deuda de Brasil con la CONFEMEL es de 110.000 dólares para el año 2003. Yo hablé con el vicepresidente actual y él me dice que le reúna toda la documentación. Ya hablé con el Sr. Federico Penino para que me entregue una carpeta con todos los requisitos, notaría, cuenta bancaria, para que ellos lo presenten a las autoridades respectivas.

Esta Secretaría de Hacienda, trabajó en base a estas deudas del año 2001 de cada país. Yo he mantenido conversaciones con varios países y hay cuatro o cinco países que tienen un saldo negativo. Para el año 2003 esta secretaría realizó cuadros para ese año. Los que tienen saldos positivos son: Costa Rica que está en cero, Uruguay, Venezuela y República Dominicana que acaba de entrar. En conversaciones con la Argentina, ellos se van a reunir –las tres asociaciones gremiales- y van a definir el monto de la deuda. Bolivia, conversé con el presidente y me dijo que cuando recibió el Colegio, no tenía ninguna notificación en cuanto a reuniones que hayan sostenido algunos miembros de la Junta Directiva de CONFEMEL que pertenecen a Bolivia y esta Secretaría de

Hacienda, no tuvo ninguna relación de estos gastos. Por tanto, su presidente, que está aquí presente, va a buscar esa información, ya que Bolivia mantiene una deuda de 1500 dólares y él va a lograr solventarse a través de las cuentas que tienen pendientes del directivo de Bolivia que pertenece a CONFEMEL que no pudo hacerse presente, que es el Dr. Montesinos. Hablé con el Perú que mantiene un saldo negativo, aunque aquí hay que hacer unos descuentos por unas deudas que mantuvo el presidente anterior –el Dr. Castro- y no me llegó la información a tiempo, para descontar.

Uruguay mantiene un saldo positivo de U\$S 4697, Venezuela U\$S 7832, México por la situación que atraviesa el país, su delegado no ha podido solventarse. Más o menos aquí tenemos las deudas para todo el año 2003 actualizado. El saldo al inicio fue de 2500 dólares con unos ingresos de 500 dólares de República Dominicana, Costa Rica se puso al día con 1000 dólares del año 2001-2002. Eso implica un saldo de 3000 dólares.

Con respecto a las recomendaciones, les quiero decir lo siguiente. Esta Secretaría de Hacienda junto con el presidente, hizo un seguimiento de los países que tenían deuda y se les envió una carta fechada el 26 de noviembre donde se les solicitaba el estado económico actual de cada país.

Recomendaciones:

- Debemos incorporar a la Asociación Médica y al Sindicato Brasileiro de Médicos. Este es un trabajo que la CONFEMEL tiene que hacer en futuras reuniones, porque la Asociación Médica no le rinde cuentas al Consejo de la Unión. Ellos pueden hacer los aportes voluntariamente, pero sin embargo no tuvimos tiempo para reunirnos, ni con la Asociación, ni con el Consejo.
- Enviar a todos los países el registro legal de la CONFEMEL, conjuntamente con el nombre del banco y número de la cuenta corriente de la misma. Esto por lo que mencionaba con Brasil, para que cada país tenga su soporte y su sustento legal para hacer la solvencia respectiva. En cada asamblea anual de CONFEMEL, todos los países deben estar solventes y solicitar a cada país la actualización del número de afiliados que por supuesto va creciendo.

Esto es más o menos un informe corto detallado, lo cual lo hice sin nada, porque no tuve material para realizarlo. Le dejo allí al futuro Secretario de Hacienda, para que inicie un proceso de recaudación de fondos y de solvencia. Muchas gracias.

HOMENAJE A LOS DRES. FIANDRA Y RUBIO RESPONSABLES DEL PRIMER MARCAPASOS IMPLANTADO EN EL MUNDO

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Muchas gracias al Dr. Gallo que ha realizado un trabajo realmente minucioso. Vamos a hacer un anuncio muy importante, porque vamos a pasar a un breve paréntesis para algo muy sentido que el Comité Organizador quiere presentar. Se encuentran entre nosotros y van a entrar a sala, dos médicos uruguayos el Prof. Orestes Fiandra y el Prof. Roberto Rubio, cardiólogo el uno y cirujano cardiovascular el otro, que han sido reconocidos hace poco tiempo como los responsables de la implantación del primer marcapasos exitoso en el mundo en el año 1960. Va a requerir una explicación de porqué es que se reconoce ahora. Ellos tienen un anecdotario muy jugoso y nosotros le pedimos a un escritor del fuste de Fernando Butazzoni -que está vinculado al SMU- que moderara un breve coloquio para la explicación del caso. Creo que abre un breve paréntesis de distensión y un justo homenaje a dos médicos de un país tan pequeño, tan en la periferia, para que pudieran realizar esta proeza.

Sr. Fernando Butazzoni:

Buenas tardes para todos. Yo le quiero agradecer a la CONFEMEL, la oportunidad de poder participar en esta actividad y brindarle un homenaje a estos profesores que por muchos años han trabajado por la Medicina del Uruguay, pero que además son verdaderos representantes en esa especie de escasa trascendencia internacional que han tenido episodios muy importantes en la vida intelectual y cultural de nuestro país. En el desarrollo de la charla, que va a durar unos 20 minutos, ustedes van a descubrir porqué. Pero me gustaría, que en primer lugar el Dr. Barrett Díaz dijera algunas cosas porque estuvimos conversando desde hace largo tiempo acerca de este homenaje y él tenía un librito que lo tiene ahora en su mano, que es muy valioso para él y que me gustaría que dijera algo.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Una brevisima introducción porque no quiero quitarle tiempo al muy jugoso relato que los profesores realizan de ese momento. Quería para ilustrar a los presentes porque la intervención en sí, se realizó en el CASMU. En el sanatorio N°1 que era y es una institución hermanada con el Hospital Universitario, con la Facultad de Medicina. Una especie de prolongación de la institución académica en el cuerpo médico y de los cuales, son gente de la casa, trabajadores de toda una vida. Varias veces en que hablé con ambos, me había olvidado de traer el libro sobre marcapasos cardíacos en el que estudiábamos los que hacíamos el curso de graduados en cardiología, allá por el año 1971 y como introducción quiero extractar 3 frases nomás.

La primera, cuando el Prof Fiandra arranca diciendo: "Reseña histórica: es curioso el largo lapso que transcurrió desde que Galván estimuló eléctricamente el corazón de la rana, hasta el momento en que esta técnica experimental se transformó en un procedimiento de rutina en el tratamiento de bloqueos cardíacos humanos."

Cuando uno va a leer un tema tan árido, lleno de micro voltajes y milisegundos, es bueno comenzar con una reflexión universal en la que quien tiene un pensamiento vigoroso, se caracteriza por no perder la capacidad de asombro de los niños. Es una reflexión interesantísima que lo saca a uno de la tecnología de punta del marcapasos y lo hace arrancar en la verdad primera de todas estas cosas, en la vida cotidiana. Galván estimulando a la rana como todos los que pasamos por el laboratorio de Fisiología.

Lo segundo que quería decir, es que este libro es hecho por un docente y cualquiera que escuche hablar al Prof. Fiandra y sepa lo que es transmitir cualquier conocimiento en esta época en que el conocimiento se usa con fines exclusivistas y para beneficios monopólicos, esto de ser docente y divulgar conocimientos es destacable. En esta obra de tan súper especialización sobre todo para aquella época, dice el profesor terminando: *"Esta comunicación tiene por objeto el de orientar a los médicos, practicantes y enfermeras."*

Se dan cuenta entonces, que este es el sentido ese que hoy enseguida se le atribuye a la Bioética de lo transdisciplinario, de no estar en el pedestal exclusivista médico. Ellos van a explicar porqué tantos años después, es que se reconoce que ese fue el primer marcapasos exitoso, pero cuando estudié eso yo lo leí así:

"En 1959 Elquist y Zenin crearon un equipo totalmente implantable bajo la piel, la fuente de energía era un acumulador de níquel cadmio recargable por corriente de inducción. En 1960 indiqué la implantación de uno de estos equipos en una paciente joven con reiterada crisis de pérdida de conocimiento por reiterada crisis de bloqueo aurículo-ventricular. Esta implantación fue realizada en colaboración con el Prof. Roberto Rubio Este fue el primer marcapasos totalmente implantado en América y uno de los primeros del mundo."

Hoy que hay un reconocimiento a la lealtad científica con que en aquel momento se creía que se había seguido algo que se había iniciado en otro lugar. Con el tiempo finalmente se reconoció que este había sido el primer marcapasos del mundo que carga estas palabras con mucho más de significación.

Por mi parte nada más. Le cedo la palabra a Butazzoni para que podamos saber como en este pequeño país se pudo realizar algo que puede ser considerado una proeza del talento humano.

Sr. Fernando Butazzoni (SMU):

Esta es una proeza que está llena de episodios curiosos. El primero de ellos es que me parece interesante que se conozca y voy a empezar preguntarle a Fiandra, es digámosle así del robo de un futuro ingeniero, por parte de un destacado médico que lo fue convenciendo cuando era muy joven para que terminara, no en el ámbito de la ingeniería (algo que no lo pudo evitar con el

paso de los años) y que se convirtiera en médico. El Profesor Fiandra no iba a ser médico, pensaba ser ingeniero ¿Es así? ¿Porqué no nos cuenta?

Dr. Orestes Fiandra:

Yo estaba en preparatorio que es la fase previa al ingreso a la facultad. Me gustaba de alma la ingeniería, pero en la vacación anterior al ingreso, un médico muy reconocido -el Dr. Tálíce- que estaba estudiando la enfermedad de Chagas, invitó a un primo mío que era director del Hospital de Nueva Palmira (que es el pueblo donde me crié) a hacer una encuesta sobre la enfermedad de Chagas. La encuesta era sacar una gota gruesa de sangre para hacer la búsqueda del tripanosoma. El senodiagnóstico, era hacer picar por vinchucas vírgenes de infección y además un electrocardiograma. Yo de esto no sabía nada, me explicaron y acepté ayudar a mi pariente que estaba en una epidemia de tifoidea, operando dos o tres perforaciones tíficas por día y no tenía tiempo de hacer nada.

Hicimos toda la investigación y luego me vine con 360 electrocardiogramas que había efectuado muy mecánicamente y se los traje al profesor Tálíce y le digo: *"Profesor Tálíce, acá le traigo los electrocardiogramas y tanto Medulio (mi primo) como yo tenemos mucho interés de ver que es lo que va a resultar de todo esto."*

Talíce me responde: *"Sabe que tenemos un problema y es que en el Instituto de Higiene que está dedicado a las enfermedades contagiosas, no tenemos cardiólogo."*

-Bueno doctor-le digo- me imagino que ya lo resolverá.

-Si en realidad ya lo tengo resuelto, yo pienso que si usted estudiara electrocardiograma lo podría formar y salirnos de este problema. "

En ese momento el electrocardiograma era muy simple y yo salí del Instituto de Higiene, con una carta para el Profesor Velazco Lombardini que me iba mostrar como funcionaba las cosas y salí como si tuviera el mundo encima. Pensaba ¿Qué voy a hacer con todo esto? Yo quiero ser ingeniero.

Me trató muy bien Velazco Lombardini que también fue un pionero, describió el síndrome de estimulación silo ventricular. Me dijo: *"Tiene que ir al Maciel porque usted va a estar trabajando en la Universidad haciendo -todavía tenía un año de preparatorio que hacer- y mientras tanto, vaya de mañana al hospital a ver los electrocardiogramas y va aprendiendo."*

Y pueden creer que me gustó. Veía el electrocardiograma, veía los pobres diagnósticos que eran las tres derivaciones clásicas, no había ni siquiera las derivaciones de Wilson; estoy hablándoles del año 1939. De repente había un infarto y veía la autopsia y me di cuenta que valía la pena y me cambié a Medicina de la cual estoy muy contento y me desquité después con los

marcapasos donde pude hacer bastantes cosas de ingeniería, gracias a ese cambio.

Sr. Fernando Butazzoni:

El siguiente punto de esta historia, que yo quiero ir recorriendo con hitos en el tiempo, tiene lugar en enero de 1955. Un enero en Montevideo donde había unos 32° grados de temperatura y en Estocolmo había 14° bajo cero. Al aeropuerto de Estocolmo, que se llamaba en esa época Groma, llegó el profesor Roberto Rubio y allí se encontró con el profesor Fiandra. Me gustaría que el Profesor Rubio nos relatara este episodio muy interesante.

Dr. Roberto Rubio:

Yo después de haberme hecho Cirujano General y después de ser grado II por dos años, decidí irme a especializar a Cirugía de Tórax a Suecia y tenía un problemita que era que no conocía a nadie. Incluso no conocía a los médicos uruguayos que estaban en Suecia. Me enteré por esas casualidades; teníamos un amigo en común con Fiandra, el Dr. Ignacio Cabrera, un gran cirujano que era de esta institución y docente de la Facultad de Medicina y estaba en la Clínica donde yo trabajaba y un día me dijo que me conseguía la dirección de un amigo de él que era el Dr. Fiandra.

Le escribí y así fue que salí un viernes de tarde del aeropuerto de Carrasco y volando 36 horas. Íbamos por etapas. El Atlántico había que atravesarlo de día, volábamos hasta Dakar, después Lisboa, Zurich y recién Estocolmo ¿Quién me estaba esperando? Salí con 36° acá y llegué con 14° bajo cero. Estaba Orestes con Nélide -que tiene el mismo nombre que mi señora- y Danielito. Ese grandote que está por ahí en la foto. Tomamos el ómnibus y al otro día estaba a las 7:00 para dejarme en un viejo hospital y él estaba trabajando en el instituto nuevo de docencia. Ahí empezó nuestra amistad.

Sr. Fernando Butazzoni:

Este episodio lo vamos a retomar después, porque va a ser fundamental en esta sociedad que culmina el 3 de febrero de 1960 con el primer marcapasos implantado en el mundo. Como dice el Prof. Praderi en una nota periodística de divulgación que él escribió, el primero que no falló fue implantado en Montevideo.

Quiero volver con el Dr. Fiandra en Suecia, porque él en el año 1954 conoce a una persona que sería fundamental en esta historia que es el Dr. Elquist, que era un médico e ingeniero. Me gustaría que contara algo sobre la personalidad y los intereses intelectuales que tenía Elquist.

Dr. Orestes Fiandra:

Las relaciones que tenían médicos e ingenieros en Estocolmo era muy linda. Una vez por semana se juntaban para discutir problemas comunes y conseguir progresos en electromedicina. Ahí conocí a Rune Elquist, que era médico e ingeniero y era el director de la fabrica -que entre otras cosas- hacía aparatos médico, electrocardiógrafos, seriógrafos, etc. Tuvimos muy buena relación, era

un hombre muy especial. Yo siempre había estado preocupado por los bloqueos cardíacos, como estudiante, como practicante y después como médico, no podía tolerar que pacientes con un corazón funcionalmente bueno, de capacidad contráctil buena, le fallaran los sistemas de estimulación y de coordinación muscular. En ese momento, ya se había enseñado como se podía estimular el corazón externamente y en Suecia, se estaban implantando electrodos sobre la superficie cardiaca y lo conectaban con grandes aparatos de válvulas termoiónicas que eran las válvulas que usaban las radios entonces y el paciente tenía una autonomía dependiente de la longitud que tenía el cable a la pared. Me parecía un poco horrible eso ¿Qué expectativa vital podía tener un paciente de ese tipo?

Yo siempre le decía a Elquist: *“Pero con la tecnología que tiene ¿Porqué no hace un estimulador implantable? Un oscilador implantable en el cuerpo humano y le damos autonomía. Ya estas válvulas termoiónicas están siendo sustituidas por el transistor de Germanio que tiene muy bajo consumo y además todo eso que usted hiciera podía ser una pastilla de Araldit (que lo había introducido dos años antes) para unir cables submarinos.”*

Elquist que era rapidísimo para contestar me dice: *“Yo creo que tiene razón, pero usted dice que el Araldit va a tolerar el cuerpo humano que es muy parecido al ambiente del mar, pero ¿El cuerpo humano tolerará el Araldit? Segundo, el Germanio, sí tiene mucho menos consumo que la válvula termoiónica, pero tiene mucha fuga por lo que tendríamos que tener una válvula muy poderosa para poder hacer que este marcapasos tenga que cambiarse cada dos o tres meses.”*

Yo era un pobre médico Sudamericano y mi conocimiento era muy pobre y me quedaba. Eso sí, siempre que lo veía le insistía con lo mismo. Esa fue la parte que tuve de contacto para que tratara de fabricar el marcapaso.

Sr. Fernando Butazzoni:

Esta historia se continúa en Montevideo dos años después en octubre de 1956. Una mujer llega del Interior con graves problemas de bloqueo y la atiende el Dr. Fiandra. Se prolonga esta atención con oscilaciones en el estado de la paciente durante dos años ¿Qué pasa después?

Dr. Orestes Fiandra:

Era una abogada muy lúcida de 36 años que empezó a hacer bruscamente paros cardíacos. Clínicamente no tenía nada más que bloqueos reiterados, perdía el conocimiento y se recuperaba sola. Yo trabajaba en el Hospital de Clínicas y le di todas esas cosas que se recomendaban en ese momento, pero que no servían para nada, la tropina y todo eso. La paciente mejoró porque mejoró y pasó un tiempo bien, pero por ella misma. Hasta que en 1959 empezó a hacer hasta 11 paros cardíacos por día. Entonces, me pregunté si todo lo que había hablado con Elquist habría servido y me preguntaba si había hecho el marcapasos implantable. Entonces, le conté a la abogada –Nacher le decían- que podíamos hacer venir un aparato de Suecia, pero que tenía que estar

enchufada en la pared. Ella me dijo que prefería que la dejara morir antes que eso. Pero claro, no se moría y era una tortura aquello.

Le conté sobre la propuesta del aparato implantable y le dije que capaz lo había hecho y me decidí a escribirle. Recibí enseguida una carta (tardó diez días, eso era rápido en esa época) en que decía que Elquist estaba de vacaciones y que apenas volviera le informaría. Con la urgencia, le escribí a Ben Jhonson que había sido mi jefe y le conté el caso y le pregunté si Elquist lo había hecho y me contestó que lo había hecho, pero que había funcionado unas horas y el paciente había quedado sin marcapasos, pero por suerte había vivido y que seguían enchufando a la gente a la pared. Además, me decía que pensaba que lo de los marcapasos, no podía servir porque las enfermedades degenerativas son progresivas. Pensar que ahora publicamos casos de pacientes que viven hasta 100 años con marcapasos. Bueno, se equivocó, por suerte.

Me dijo que se iba a poner en contacto con Elquist enseguida. Después recibí la carta de Elquist donde me agradecía la información que le había mandado y que ya la conocía. Era respecto a que ahora existía el transistor de Silicio que no tenía fuga y le mandaba la prueba que el Araldit era aceptado biológicamente y le pregunté si podía hacerme un marcapasos con esas características a lo que respondió que podía, si mi paciente y yo estábamos de acuerdo y que lo iba a hacer con acumulador de níquel y cadmio, que se puede recargar afuera. Es ese aparato que está ahí afuera. Y fue así.

Vino el aparato y enseguida le dije al Beto (Roberto Rubio) que él había estado trabajando en la implantación de electrodos y el 3 de febrero de 1960 del Sanatorio N° 1 se implantó ese marcapasos y fue exitoso. La paciente después falleció muchos meses después por una septicemia.

Sr. Fernando Butazzoni:

Me gustaría preguntarle a Rubio como fue la preparación de la operación en sí.

Dr. Roberto Rubio:

Cuando Orestes me preguntó a mí y me contó de la enferma y de su situación. Sabíamos que el laboratorio Lema había encomendado a Elquist y a un profesor que yo había trabajado mucho con él, el Prof. Oke Zenin, discípulo del profesor Crawford. Porque en Suecia el desarrollo de la cardiología y de la cirugía cardiaca estaba vinculado a que había un gran profesor que era el Profesor Claren Crawford que había fundado un centro de fama mundial, quizás el mejor de Europa en ese momento, ya que la guerra había limitado la actividad científica de muchos países. Ahí nos encontramos con él. Yo también había trabajado con Zenin que era uno que junto con Elquist había estado trabajando para obtener el marcapasos.

A los pocos días nos mandan el marcapasos y había que ponerlo. Era una operación de mucho riesgo por la enferma, porque no se había inventado el masaje externo cardíaco, no existían desfibradores externos como ahora. Tenía que ser una operación a gran ritmo. Una vez dormida la enferma había que

hacer rápidamente la traqueotomía, había que abrir el pericardio y estar en condiciones de que si se producía un paro cardíaco, colocar el electrodo que ya de por sí con el contacto con el corazón iba a estar estimulado por el marcapasos. Y así fue. Todo anduvo bien. Le suturamos el electrodo que tenía dos agujeritos por el cual se suturaba al corazón –se llamaba botón de Hanter- y quedaba suturado el marcapasos al ventrículo izquierdo que era unipolar en este caso y un hilo conductor eléctrico lo comunicaba con el propio marcapasos.

Tenía un diámetro de 52 milímetros de diámetro y de espesor 17 milímetros. Ese marcapasos se debía implantar en la parte baja de la pared abdominal y cuando el marcapasos se descargaba cada 15 o 20 días, era alimentado por un aparato que tenía una forma de transformar la energía eléctrica de la calle -por decirlo así- de 220 voltios, a una corriente continua que alimentada así por unos cables, que se ponían donde estaba implantado el marcapasos en el abdomen, se recargaba cada 15 o 20 días.

Como decíamos, esa enferma se recuperó de inmediato, estableció un ritmo cardíaco estable e hizo una vida normal durante 9 meses y medio, en que fallece bruscamente. Debemos dejar constancia que cometimos un error, el marcapasos lo pusimos aplicado en las paredes del abdomen demasiado superficial, rodeado de tejido celular, lo que hizo que hubiera un derrame que cada 15 o 20 días había que puncionarlo y evacuarlo. Eso no alteraba la vida normal de la paciente. Con el tiempo esa supuración se transformó en purulenta y hubo que colocarle un tubito de drenaje que requería una curación cada dos o tres días.

Sr. Fernando Butazzoni:

¿Cuánto duró la intervención doctor?

Dr. Roberto Rubio:

Toda la operación fue rapidísima, yo no diría cuanto duró en tiempo, pero fue muy rápido porque era la única forma de salvar a la paciente. El segundo marcapasos que colocamos fue casi igual porque era un electrodo bipolar, tuvimos la precaución de colocar el marcapasos en un plano más profundo y ese enfermo vivió años. Al segundo paciente le suturamos el electrodo al corazón, pero estaba conectado por el conductor eléctrico y lo sacamos afuera del tórax y el paciente lo llevaba como en una cartuchera, de manera que se veía la carga de cómo estaba el marcapasos y cada marcapasos le duraba un año. Fueron los marcapasos que más pusimos en esa época que duró una cantidad de años, porque eso fue en el 1960 y fue en 1969 que el Dr. Fiandra tuvo la idea de instalar la fábrica en el Uruguay. Eso coincidió con una pequeña invención de gran importancia: se descubrió que los electrodos se podían poner endocavitarios. En vez de necesitar una traqueotomía por el abordaje de una de las venas del cuello, superficiales, se abría la vena, se bajaba el electrodo por dentro, se llevaba a través de la cava superior, se llegaba a la pared interna del ventrículo derecho y ahí quedaba el marcapasos. Ahí se produce una explosión formidable de estudios de marcapasos y los cirujanos fuimos dejados de lado porque ya no se precisaba cirugía.

La verdad que eso sirvió, todo esto de los marcapasos. Primero porque el Dr. Fiandra salió con las de él, hizo una gran fabrica, de las pocas que existen en el mundo y es para orgullo de todos los uruguayos. Los cirujanos nos quedamos con una sensación en cierta medida de nostalgia, pero también con la satisfacción que por un período de años logramos con esta forma más traumática que la actual, prolongar y salvar muchas vidas. Yo en cualquier forma quiero agradecer a los organizadores de este CONFEMEL que nos hayan invitado a realizar esta exposición, lo mismo al presidente del CASMU y al Sr. Butazzoni, por la amabilidad que han tenido y por el gran honor que ha significado para nosotros.

Sr. Fernando Butazzoni:

Los que nos sentimos honrados somos nosotros, por tenerlos esta tarde aquí y para terminar, el Dr. Fiandra, que tiene una fábrica de marcapasos que es una de las once que existen en todo el mundo le pedimos que cierre este coloquio.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Hay una cosa que no ha quedado totalmente clara ¿Cómo es que tantos años después, nosotros caemos en la cuenta que ustedes colocaron el primer marcapasos exitoso del mundo?

Dr. Orestes Fiandra:

Yo creo que fue casi una casualidad. Una vez en un congreso de Torre Molino, Decio Korman, un hombre que siempre recuerdo con gran afecto que nos ayudó a hacer los primeros marcapasos en San Pablo. Me dijo: *"Voy a hacer un simposio sobre marcapasos en Río (era 1987) y voy a hacer una mesa histórica con todos los que estén todavía están vivos de esa época en que se empezó la cardio estimulación eléctrica y me gustaría que tu fueras también."*

En esa mesa estaba Furman, que había creado el electrodo para poner dentro del corazón, Reynold que había hecho el primer marcapasos externo aplicado en un ser humano. Era un fonógrafo que tenía una cuña metálica y entonces cuando pasaba la cuña metálica cerraba el circuito y estimulaba el corazón. Se lo habían puesto a un cura y ustedes saben que los fonógrafos antiguos tenían 70 y 35 revoluciones. Al cura le gustaba mucho el ajedrez y a los internos del hospital casi siempre les ganaba, pero ellos se habían dado cuenta que sí le ponían el fonógrafo en 35 revoluciones, bajaba la capacidad y perdía.

Después estaba Minkowski que inventó el desfibrilador implantable que contó su experiencia muy cruda porque al principio lo satirizaban. Le decían que aquel perro con el que hizo la primera experiencia, era un perro entrenado y muchas otras cosas. Furman contó sobre su electrodo y al final yo conté el de América. Furman me dice que el que pusieron Elquist y Zenin fracasó...

Dr. Roberto Rubio:

Una interrupción. A las ocho horas de haber fracasado, mi amigo Zenin lo volvió a operar, pero a las doce horas volvió a fracasar.

Dr. Orestes Fiandra:

Yo le dije, no sé. Poco después la NASPE (North Society Pacemaker and Electrofisiology) lo nombra presidente del Comité Histórico. Ahí me dijo: Bueno, Fiandra, ahora me voy a enterar. Ahí se fue a Suecia y habló con el paciente que estaba todavía vivo, el ingeniero Lasner, que dijo: *"A mí me lo pusieron de verdad que me quedó en noviembre de 1961."* Es decir un año después.

Después de ese, fue el nuestro. En marzo en Londres y luego en Bávaro, Gridbach, Greish y Shardak implantaron el tercero. A partir de ahí, se hizo el reconocimiento internacional de que fuimos nosotros los que habíamos implantado el primero que realmente funcionó en un humano. Un lindo recuerdo el de la reunión con Furman, con el que quedamos muy amigos. Él sigue investigando permanentemente y sí ustedes entran en la página Web de NASPE, la única fabrica de marcapasos que puso en homenaje fue la nuestra. Ha sido un lindo recuerdo.

Así como Rubio, quería agradecerles muchísimo el habernos aguantado todo este rato y al CASMU que es la entidad a la que estuve ligado toda mi vida y que fue tan importante en mi vida y que me permitió sustentarme durante mi época de estudiante, porque me permitió hacer en dos concursos de oposición, el cargo de practicante y una vez recibido, pude hacer dos veces el concurso de médico interno, lo cual me permitió cursar la etapa dura que tenemos los estudiantes que venimos de una familia modesta y poder cursar la carrera y después ser cardiólogo del CASMU. Muchas gracias.

Sr. Fernando Butazzoni:

Muchas gracias por habernos permitido cursar este homenaje.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Doctores, la Federación Médica Venezolana les va a otorgar el botón de honor.

(se interrumpe la grabación al finalizar el casete)

...que es el resumen de la asamblea de Caracas. Lo tenemos en disquete y lo tenemos transcrito para que tengan toda la información. Todas las intervenciones de los colegas, incluso cuando no se identifican los colegas que seguramente sucederá en la transcripción de Montevideo. Esta es una muestra que le puede servir a la secretaría para que la puedan manejar.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

En esta asamblea, yo quiero hacerle un reconocimiento a la Federación Médica Venezolana, porque hacía relativamente poco tiempo del fallecimiento de nuestro ex presidente, el Dr. Juan Carlos Macedo y la asamblea de la CONFEMEL, con el apoyo de la Federación Médica Venezolana, resolvió realizarle un homenaje a quién fuera impulsor de las etapas fundacionales de esta Federación. En ese sentido, me siento satisfecho de que fuera en Caracas donde toda la CONFEMEL le rindió homenaje y que seguramente está reflejado

en estas actas, por lo que le agradezco mucho a Douglas el dejarlas a disposición.

ELECCIÓN DE NUEVAS AUTORIDADES

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

El siguiente punto es la constitución del nuevo Comité Ejecutivo de la CONFEMEL. Hemos estado reunidos los que traemos el voto por nuestro país y hemos designado al Dr. Hugo Rodríguez, que va a ser el próximo representante de Uruguay desde la Presidencia de CONFEMEL, para que él lea los nombres y la sede de la próxima asamblea según lo acordado por nosotros.

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

Señor presidente, yo voy a proponer que se haga una asamblea extraordinaria como corresponde estatutariamente dentro de unos meses y que dentro de esa asamblea se reconsidere la integración en el número y en la calidad de los miembros del actual consejo. Lo que quiero decir con esto, es que habría que plantear una ampliación del número de integrantes de la Comisión Directiva, incluso nosotros hemos participado en entidades donde hay no solamente un presidente con un vicepresidente, sino varios vicepresidentes. Es decir, aumentar el número de miembros y darle el nombre específico de una secretaría (aquí se hablo del nombre de secretaría de trabajo médico, etc.)

Lo que proponemos es que los 8 o 10 países que concurrimos a esta asamblea, podríamos estar representados. Que el mayor número de países, esté representado en el Consejo Directivo. En vez de plantear temas de exclusión, plantear temas de inclusión. La segunda cosa que quiero proponer en resguardo de la economía -porque el agregar miembros, podría significar que en algunos casos haya más de un integrante- que lo que se abone sea por país. Si un país tiene dos representantes se paga uno. O sea que se pague los viáticos a los miembros de la comisión, uno por país y los demás tendrán que hacer un esfuerzo. Esto es nada más que una idea. Por supuesto que la idea básica es aumentar el número de representantes, darle nombre específico a algunas comisiones y proponer que esto se analice en una asamblea extraordinaria en mayo o junio.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Bueno, la propuesta que hace Ochoa, coincide con la asamblea extraordinaria que se hace en el primer cuatrimestre del año y se podría tratar allí la inclusión y no la exclusión. Modificar la CONFEMEL con una o dos vicepresidencias adicionales. Esa es la propuesta de Ochoa.

Dr. Hugo Rodríguez (SMU):

Aprovechamos para pedirle a Argentina que formule la propuesta por escrito para poder repartirla a los miembros, antes de la próxima asamblea, porque lo mismo le hemos dicho a Brasil que también ha realizado una propuesta de modificación en la representación.

Como ustedes saben, los representantes de cada país estábamos reunidos acordando una nueva integración del Comité Ejecutivo, basado un poco en la renovación, que es una obligación estatutaria y basado en algunas tradiciones

de CONFEMEL, como es el de que el país organizador de la asamblea ordinaria anual, recibe la presidencia y que por obligación estatutaria quién recibe la presidencia, recibe la Secretaría de Hacienda y también basados en otras tradiciones que se van a ir imponiendo, como que la vicepresidencia anuncie la presidencia futura. Algo que también fue una tradición de CONFEMEL, pero que nunca fue explícitamente señalado, es que la figura del past president, como figura presencial, con voz, y participación en las asambleas y en las reuniones de Comité Ejecutivo.

Con eso, nosotros estamos logrando una síntesis muy importante, porque por un lado, el periodo de un año es extraordinariamente corto y a la vez sabemos que no es conveniente prolongar estos mandatos por la necesidad de renovación, en organizaciones tan dinámicas como estas y que por otra parte cada integrante está sometido a su propia renovación.

De esta manera, nosotros lograríamos algo muy importante que es que durante tres periodos, la presidencia, la vicepresidencia y posteriormente la past presidencia, otorgaría una continuidad orgánica muy importante a la organización que nos parece que va a redundar en el beneficio de todos.

En función de eso y en función de la necesidad de incorporar a organizaciones que se han sumado a CONFEMEL y que la han enriquecido y también en la necesidad de hacer una representación geográfica.

Nosotros proponemos que la Vicepresidencia sea de Costa Rica quién ha designado al Dr. Flores. Que la Secretaría General corresponda a Argentina quién ha designado al Dr. Enrique Visillac, la Secretaría de Hacienda corresponda a Uruguay a la Dra. Silvia Durán y los vocales serían para Perú, quién ha designado al Dr. Peñalosa, para Bolivia en la persona del Dr. Miguel Zavaleta, México al Dr. Minjares.

Queremos ser muy claros que esta propuesta que surge del entendimiento, la buena voluntad, la flexibilización que tuvimos todos en nuestras posiciones y en el deseo de llegar a un acuerdo y que incluye también a algunos elementos que nos son estrictamente del Comité Ejecutivo, pero que conforman parte de este acuerdo. Nosotros hemos acordado que la próxima asamblea general extraordinaria, sea en Venezuela y la próxima Asamblea General Ordinaria sea en Costa Rica y si bien nosotros acá no lo podemos votar, porque estatutariamente no es correcto, queremos expresar el compromiso moral de los aquí presentes, de acompañar que sea México el organizador del Asamblea Ordinaria de 2005. Eso es muy sucintamente la propuesta.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

La propuesta está hecha y ahora vamos a someterla a votación... queda aprobada por una unanimidad.

Se habló de la figura del past president, que en ese sentido va a tomar la palabra el Dr. Barrett Díaz que va a hacer una pequeña exposición sobre ese punto.

Dr. Barrett Díaz Pose (SMU):

Como decíamos cuando se inició esta asamblea, la CONFEMEL va entrando en una etapa de consolidación al punto de que alguna práctica se ha convertido en una moneda acuñada. Es decir, esas cosas que uno dice que no vale mucho, pero valen. Hay que fijarse en lo que son los valores morales, que son intangibles, pero pautan nuestras actitudes y nuestras conductas. Esta joven organización tiene algunas costumbres que en la medida en que se mantenga la lealtad y la continuidad es la base de la seguridad. El hecho de designar una sede que ya prefigura una presidencia y nos permite designar al responsable de esa sede como vice para que después sea el presidente.

Ahora hemos incorporado algo, que con el correr de los próximos ejercicios se tiene que convertir en un valor acuñado, que es el extender la actuación de ese representante de todos nosotros que ha actuado desde la presidencia a un rol de past president. Este es un rol políticamente significativo, porque después de todo va a ser el más experimentado de ese núcleo de conducción, que conforma el Comité Ejecutivo. Dado que este va a concurrir a las reuniones de Comité Ejecutivo, a la Asamblea Extraordinaria, a la Asamblea Ordinaria. Y nuestra apuesta a futuro para asegurar continuidad es que cuando designamos una sede va a tener una vicepresidencia, va a ejercer la presidencia y luego va a dar un legado a los demás como past president.

En este caso particular, en que hemos incorporado las distintas variantes geográficas y de tradiciones de los gremios latinoamericanos, da la oportunidad que los gremios venezolanos, de donde viene nuestro presidente, representen al primer past president y este transfiera su experiencia -por ejemplo- en cuanto a las relaciones y cuestiones políticas ¿Quién mejor que él que ha reclutado nuevos integrantes? Quiero decir acá que si bien nuestro estatuto no dice que tal figura existe, ni especifica que atribuciones tiene, el compromiso político está presente y es que aprovechemos la presencia de Douglas para que él haga exposición de su experiencia y que tengamos englobada a la Federación Médica Venezolana por la temática de Venezuela. Porque en ese país se juegan muchas de las temáticas médicas del común del continente y porque tiene una pulseada muy fuerte y el gremio médico venezolano merece toda la solidaridad y participación nuestra.

Creo que con esto, hayamos una llave para incorporar a alguien con experiencia y creo que Douglas va a tener una presencia muy fuerte y va a hacer que Venezuela esté presente en la CONFEMEL y que la CONFEMEL esté presente en Venezuela. Conociendo a Douglas sé que no nos va a fallar y que esta nueva práctica, sanee y enriquezca a la CONFEMEL, así que lo felicito doctor.

Dr. Ruben Gallo (Federación Médica de Venezuela):

Quiero felicitar a esta directiva y agradecer esta jornada intensa de trabajo porque realmente considero que es necesario seguir potenciando la CONFEMEL y que en la próxima asamblea, no vengan nueve, sino 12 países. Es un trabajo de hormiga que hay que hacer, para darle fuerza y que los países que tengamos al lado, llamarlos, visitarlos. Porque nosotros tenemos que convertirnos en los abogados de CONFEMEL y debemos fortalecerla.

Yo quiero hacer dos propuestas de trabajo. Que las comisiones que se designen aquí sean comisiones de la Confederación Médica y que sean comisiones costeadas por la CONFEMEL, porque hay casos en que se designan miembros de comisiones y quizás no puedan venir porque el país no cuenta con los recursos. Entonces, que CONFEMEL descuenta del aporte del país para que puedan venir.

La otra propuesta es que el próximo Comité Ejecutivo Extraordinario que se realice, sea en Brasil que hay que seguirlo potenciando y no le perdamos la vista. Es una institución demasiado fuerte y debería hacerse una reunión con la Asociación y el Sindicato para incorporar esa gran potencia médica que es Brasil. Esas son las propuestas que tenía.

Dr. Jesús Figueroa (Federación Médica Venezolana):

Esta es una sugerencia que le voy a hacer a la asamblea, se está creando un cupo de algo donde existe una institución sin fines de lucro con personalidad jurídica que tiene un estatuto donde aparecen una serie de personas de acuerdo con el registro. Entonces, la asamblea por una unanimidad debe dejar establecido en acta, la creación del past president, para que no se tenga que hacer una asamblea extraordinaria para crear el cargo y debe quedar establecido que fue por decisión unánime de los miembros de la asamblea describiendo las funciones y la finalidad, sin tener que modificar los estatutos. Recuerden que esta es una institución internacional que por tener personalidad jurídica tiene derecho público internacional y entonces puede haber ciertas modificaciones.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Según las exposiciones del Dr. Rodríguez y Barrett Díaz, después puntualizadas por el Dr. Figueroa, la figura del past president, como se hizo en Caracas con el Dr. Castro, que en el caso de Douglas Natera quede en acta que ha sido aprobada por una unanimidad y que tiene las funciones que describió Barrett Díaz y el Dr. Hugo Rodríguez.

La otra es una propuesta que hace el Dr. Gallo con respecto a las comisiones de trabajo que son en este caso seis y que se propone que sean financiadas por CONFEMEL.

La otra propuesta, es que se haga un Comité Ejecutivo en Brasil, en fecha que deba consensuar el Comité Ejecutivo recién electo, con las directivas de las Asociaciones Médicas Brasileñas.

Dr. Hugo Rodríguez (SMU):

Quería referirme a las dos propuestas que me parecen interesantes.

Con respecto a la primera, es claro que apunta a mejorar el funcionamiento de las comisiones de CONFEMEL. Pienso que el tema habría que analizarlo en forma conjunta, tomando en cuenta la realidad financiera, la realidad de la participación y que no deberíamos al final de una Asamblea decidir sobre las finanzas de una institución -que no existen por otra parte- sino en la asamblea extraordinaria próxima que se van a tomar decisiones estructurales, como las propuestas de Argentina y Brasil, analicemos este tema.

Tendríamos que mantener también los actuales criterios de viáticos y si se adecuan a la realidad y ver globalmente el tema de las finanzas. No quiero ser antipático, porque es una propuesta positiva que busca fomentar la participación, pero quiero ser realista y ver en qué posición está CONFEMEL para realmente seguir asumiendo costos antes de tener claro como se va a solventar la organización.

Comparto total y absolutamente la importancia que tiene lograr la participación permanente y comprometida de Brasil. Creo que es una señal muy buena que Brasil esté planteando la modificación de los estatutos, porque muestra un compromiso con la CONFEMEL. Como asamblea extraordinaria, tenemos la de Venezuela y no sé que condiciones tenemos para hacer otra más en el año. Sería una decisión de la asamblea próxima y me parece excelente que pudiera ser en Brasil y personalmente me comprometo a trabajar para ello.

Dr. Ruben Gallo (Federación Médica de Venezuela):

Esta asamblea no puede ser menos importante que una asamblea extraordinaria, porque es una asamblea ordinaria y aquí podemos tomar decisiones. Como Secretario de Hacienda, yo lo dije en mi primera intervención el día de la inauguración, que tal vez la parte de las finanzas no era el componente ideológico de CONFEMEL, sin embargo no podemos descuidar las finanzas. El componente ideológico de CONFEMEL es la participación e integración de cada uno de los países y que las comisiones se aboquen de una vez a participar. Aquí se designaron comisiones de gente que no vino porque no tenían recursos ¿De donde salen los recursos de CONFEMEL? Del trabajo y la participación de cada uno de los países. Cada uno asume los gastos de participación como institución, ya de alguna manera autorizada por la COFEMEL y después se le hace el descuento. Esa es una vía de participación, porque como decía Ochoa, es muy cerrada la Junta Directiva: siete miembros para 19 países. Entonces, vamos a darle oportunidad a que trabajen las comisiones. Porque es decepcionante que a uno de ustedes lo nombren para una comisión y que después diga que no puede ir a Costa Rica porque no hay dinero. Pero si tu dices que fuiste designado en una asamblea de CONFEMEL ante el Colegio o la Federación y donde realmente el país costea con descuento a su cuota dependiendo de la cantidad de delegados, le da oportunidad a esa persona que estuvo trabajando tantos meses a concurrir.

Creo que la junta directiva debe ampliarse, estoy de acuerdo, pero no estoy de acuerdo que se discutan 3 o 4 puntos en una asamblea extraordinaria. La asamblea extraordinaria es un día, máximo dos. Entonces, yo quiero someter a consideración en esta asamblea de que las comisiones que se designen tengan el apoyo de CONFEMEL y que corra con los gastos.

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

Me parece importante todo lo que se ha dicho. Los que tuvimos una experiencia en la administración de la CONFEMEL, sabemos que no es fácil la recaudación. En la época que estuvimos nosotros, ninguno de los miembros de la Comisión Directiva logramos cobrar los pasajes. A mi se me ocurre prudente no perder esta iniciativa, pero decir claramente en la medida de las posibilidades y administrada concretamente por el nuevo Consejo Directivo. Es decir, cuando se pueda, si se puede y en la medida que se pueda hacer una ampliación de este tipo, pero no fijar por medio de la asamblea una obligación que vamos a colocar a los colegas que recién elegimos en una situación de aprietos, porque no sabemos como son las seguridades del funcionamiento de nuestras entidades, de acuerdo a todos los regímenes políticos que sabemos pasan en América.

Yo quisiera ser prudente con esto y no desecharla, pero posibilitarla de acuerdo a como sea la economía de la CONFEMEL y con la responsabilidad del próximo Consejo Directivo.

Dr. Isaías Peñalosa (Colegio Médico de Perú):

Creo que no estamos en condiciones de tomar ese acuerdo, porque podría ser un acuerdo que no se va a cumplir, porque muy pocos -por no decir- poquísimos están aportando sus cuotas. Muchos de los que hemos venido, hemos venido con el financiamiento de su institución del país. Y algunos probablemente con el financiamiento propio.

Creo que es una propuesta para el futuro, es importante tener comisiones y financiarlas, porque si estoy financiado tengo mayor responsabilidad en hacer mi tarea en la comisión, pero también si hay un compromiso de hacerlo, también podemos hacerlo. Además, estamos acordando que las comisiones ya no van a ser de un solo país responsable, sino que haya dos o tres países y esto complica la situación y creo que las comunicaciones son las que nos van a salvar. Yo creo que hay que tratar con un plan, una propuesta y ser alimentada por cada delegado, por cada país y consolidar en uno solo y esta consolidación sí tenemos al país como miembro de la junta directiva, traerá el representante que está en esa junta directiva. De lo contrario alimentaremos a través de la secretaría permanente.

Pienso que es inviable la propuesta de financiar a las comisiones cuando en este momento ni siquiera para la junta directiva existe economía. A propósito la presidencia que tuvo Perú con Julio Castro, él asumió de su propio bolsillo su representación. Ni siquiera le pagó la institución, creo que una vez le pagó la

Nacional y otra la Regional de Lima. Creo que es un buen proyecto para futuro cuando estemos consolidados financieramente.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Yo pienso que esta propuesta puede ser aprobada pero condicionada a la economía de CONFEMEL y de las propias asociaciones. Por ejemplo, la comisión de Perú para ir a Costa Rica, está el país de soportar económicamente pues perfectamente puede hacerlo y si es el caso de CONFEMEL mejor. En este momento como dijo el Dr. Gallo tenemos algo en caja porque este año no se emitió ningún cheque. De paso, quiero dejar constancia que hay una deuda con el Dr. Julio Castro que no ha dicho y que en el momento que tengamos consolidada la situación económica, deberemos pagarla.

Entonces, quizás pudiéramos aprobar la propuesta sujeta a las economías de CONFEMEL y las asociaciones.

Dr. Hugo Rodríguez (SMU):

Quería precisar un poco. Sería aprobarla sujeta a las economías de CONFEMEL y no de las asociaciones, porque sino yo estoy bien como Asociación y te mando a 100 personas CONFEMEL no lo tiene por qué absorber.

Dr. Mauricio Eskinazi (CONFEMECO, Argentina):

Un dato más que quería aportar y es que me imagino que a Julio Castro Gómez se le debe dejar bastante dinero, porque justamente el anterior Secretario de Hacienda fui yo y no le dejé más que deudas. Las deudas que también contrajeron con nosotros mismos, porque Argentina también quedó plasmado en un papel, también están las deudas contraídas hacia las organizaciones que nos solventaron y que también tenemos que deducir de los U\$S 18.000 que se nos deben. Quiero que quede también pendiente eso.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Vamos a someterla a votación...queda aprobada sujeta a que si tiene dinero la CONFEMEL puede dar...

Intervención:

Deberíamos dejar esto para un análisis más criterioso, para la asamblea extraordinaria. Deberíamos dejarlo colgado todavía a fin de ver que pasa con nuestras finanzas de acá a algunos meses.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Colega, con lo que hemos visto de cómo se llevan las finanzas de CONFEMEL sabemos que esta tiene una deuda con muchos países. Aquí la presentó Gallo y no sé si hubo tiempo para escuchar todo esto. Si vamos a esperar 4 o 6 meses para decidir esto, les digo que vamos a estar exactamente igual por mucho tiempo y todas las deudas que se van acumulando por muchos meses. Porque Venezuela ha hecho los aportes y CONFEMEL tiene una deuda con Venezuela, así como con la Argentina.

Entonces, la propuesta es dejarlo sujeto a la economía de CONFEMEL.

Dr. Julio Castro Gómez (Colegio Médico de Perú):

Que en efecto quede sujeta a la economía de CONFEMEL, pero eso lo decide el Comité Ejecutivo de CONFEMEL, que es quién debe decidir, cuando y a quién se financia y bajo qué condiciones. No que sea automático.

Dr. Luis Mazzuoccoco (Confederación Médica de Colegios. Argentina):

Viendo los números que se presentaron y viendo que existe un saldo deudor en definitiva, creemos nosotros que ampliar esta posibilidad de mayores gastos, después se van a crear dificultades y estos temas económicos van a traer problemas políticos y por favor no nos equivoquemos, que nosotros hemos iniciado esto sin tener en cuenta el tema económico. Si planteamos que CONFEMEL es deudor y vamos a agrandar el espectro deudor, estamos en las puertas de perder todo lo que se ha ido formando a través de los años. Entonces, primero dejemos que la nueva conducción estudie el tema, segundo que se vea como la economía se puede ir regulando de acuerdo a las posibilidades y tercero, esta institución es primero política y después económica.

Dra. Silvy Durán (SMU)

Yo les pido piedad, porque todavía no he podido revisar los números de la CONFEMEL. Vi apenas lo que nos mostró el Secretario de Hacienda y vi 3000 dólares con suerte. Me gustaría hablar con el Comité Ejecutivo los números, aunque creo que no son muy favorables y ver que posibilidades tenemos. Porque si nos atamos a erogaciones que el próximo Comité Ejecutivo no va a poder hacer, vamos a estar en serios problemas. Yo les pediría que tuvieran un poco de piedad y que no me hicieran fracasar antes de empezar. Porque voy a un fracaso seguro y todavía no asumí. Nada más.

Dr. Gerardo Garita (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica):

Yo creo que el proceso debe arrancar más realista. Dejen que el Comité Ejecutivo comience a trabajar y que haga una negociación con los deudores y que traten de recoger aunque sea una cuota mínima de los deudores. Tener un aporte mensual de todos los países y en base a ese aporte mensual se pueden tirar ciertos lineamientos de financiamiento, pero decir que se puedan financiar desde ya, es arriesgado. Yo les digo que el Colegio de Costa Rica tiene que financiar la reunión en noviembre o diciembre, pero es un compromiso que hay que negociar con la junta de gobierno y si en un momento dado, esta dice que en este momento no tenemos condiciones económicas, tendrá que ser la CONFEMEL la que organice eso. Porque si partimos de supuestos vamos a seguir rengueando. Creo que los números que presentó el ministro de hacienda son muy lamentables y creo que es una cosa poco seria hacer esto de las finanzas. Si Argentina debe 18.000 dólar, tal vez se pueda negociar en un plano más cercano y también tener un poco de consideración con la tesorera.

Dr. Enrique Visillac (Asoc. Médicos Municipales de Bs.As. Argentina):

Yo diría que votemos y pongamos lo que más consenso tuvo y que esté todo de acuerdo a la economía. Quería aclarar que no es una cuestión de que la moción sea correcta o incorrecta, ojalá la pudiéramos cumplir. Creo que hay que votarla con la condición de que existan fondos.

Dr. Ruben Gallo (Federación Médica de Venezuela):

Creo que la Dra. Durán no me entendió. No es que CONFEMEL va a sacar dinero y le va a pagar a quién decida la junta directiva como miembro de la comisión. Cada país va a responder por cada miembro de cada comisión, pero como ese país debe una cantidad determinada de dinero, hace el descuento de los gastos de esa comisión y garantiza la participación de ese país. No se van a tocar fondos.

Dr. Hugo Rodríguez (SMU):

Creo que está comprendido que CONFEMEL no va a pagar los pasajes, pero acabamos de plantear que CONFEMEL tiene deudas con sus dirigentes que no ha satisfecho y con sus organizaciones que no las ha podido pagar nunca. Es ficticio que descuenta; nuestro Sindicato Médico del Uruguay puso mucho más dinero que el que se tendría que haber puesto y que es más incobrable que la deuda externa. Entonces, lo que planteamos es que nos parece aceptable este criterio, pero que su aplicación quede sujeto a la disponibilidad, que será resuelto por el Comité Ejecutivo, como una forma práctica de demostrar que no estamos en contra del criterio, pero que no podemos comprometer al nuevo ejercicio con una obligación que en lo inmediato no se ve que se pueda pagar.

Dr. Carlos Montejo (SMU):

Discrepo con lo que planteaba el Dr. Gallo, porque puede suceder que un país esté en condiciones de mandar -porque su cuenta es favorable- un delegado por comisión, que es lo que estamos planteando y otro país no está en condiciones de pagarlo, entonces no puede ser dependiente de las condiciones del socio de CONFEMEL, sino de la cuenta de CONFEMEL misma. Creo que además, tenemos que ir más allá y realizar un estudio económico de la situación de CONFEMEL, de las posibilidades para la próxima asamblea extraordinaria y tener un informe concreto. Ver como se pudo negociar y hacer una proyección económica de CONFEMEL y ahí empezar a tratar eso. Y tenemos que tener otra consideración que tiene que ser igualitaria para todos que es fijar un sistema de viáticos. Cada vez que va a salir alguien en representación de CONFEMEL, no puede decidir por su parte cuanto va a gastar en ese viaje. Entonces, se pueden dar situaciones de que alguien se aloje en un hotel 5 estrellas y otro por las condiciones de su país, vaya a una pensión de cuarta categoría. Tenemos que ser coherentes con todo eso y el Sindicato Médico no puede manejar la economía de CONFEMEL de acuerdo a lo que tenga que aportar para CONFEMEL. Creo que los aportes tienen que llegar a CONFEMEL y tiene que ser esta, quién decida como se gasta, tratando de que haya la mayor cantidad de personas, pero no dependiente de la economía de cada país, sino de la de CONFEMEL.

Dr. Jesús Figueroa (Federación Médica Venezolana):

Lo mío es un comentario. Yo entiendo que si una delegación asume –es decir cualquier Colegio- que le debe a CONFEMEL para estar solvente y participar en la asamblea y CONFEMEL aprueba esto y dice que el coordinador de la comisión x, del país x, le costó tantos dólares y yo le debo tanto, le resto. Eso es lo que yo entiendo. Pero si Venezuela quiere mandar 100 delegados es problema de Venezuela, pero lo que se está pidiendo es que a los miembros de las comisiones, que el país le pague su pasaje que sea reconocido eso. Eso es lo que yo entiendo.

Dr. Ruben Tucci (Confederación Médica de Colegios de Argentina):

En CONFEMEL cada vez que hablamos de dinero parece que retrasamos todo lo bueno de los trabajos políticos. Creo que estos temas de finanzas los tienen que reconocer nuestras instituciones, no lo podemos hacer nosotros aunque sea excelente la proposición. Denos la posibilidad de llevar esto a nuestra casa y que se discuta y se analice. Y que el Comité Ejecutivo, analice la cuestión y haga una propuesta. Que le demos el mandato que tienen nuestras instituciones. ¿Por qué no dejamos esto al Comité Ejecutivo en la próxima asamblea extraordinaria? Porque si no, vamos a tener un fallo dividido. Dejemos la votación para otra oportunidad.

Dr. Jorge Ochoa (Confederación Médica de la República Argentina):

Como yo hice la propuesta de que se acepte, pero condicionado a la economía. Yo ahora quiero retirar la propuesta y me parece bien que se analice en la próxima asamblea. Quiero decir alguna cosa más que no va a sonar muy simpática, pero vamos a tener que hacer una escala en la cantidad de aportes y de médicos. Yo acá, a todo el mundo le he escuchado decir de hacer un esfuerzo para integrar a Brasil que no es la primera vez que se habla, de no hacer la representación de acuerdo al número de médicos, sino de buscar alguna forma en escalas para hacer que todos participen y que no hay uno que sea el que esté pagando la mayoría de los costos de la institución. Yo creo que eso hay que analizarlo en serio y ver formas alternativas de financiar y que nadie piense que aporta más y por eso quiera tener más votos o cosas de esas. Que yo las estoy sufriendo en otras asociaciones como la Asociación Médica Mundial donde la cantidad de votos va de acuerdo a la cantidad de aportes y hay diferencias enormes.

Entonces, retiro mi moción y que se analice en la asamblea extraordinaria.

Dr. Douglas León Natera (Federación Médica de Venezuela):

Estamos pasando la propuesta para la próxima asamblea extraordinaria. Otra propuesta, es hacer un Comité Ejecutivo con Brasil, de común acuerdo con las instituciones brasileras ¿Estamos de acuerdo? Aprobado.

Ahora vamos a proceder a realizar la juramentación del nuevo Comité Ejecutivo de la CONFEMEL:

¿Juran ustedes cumplir con los estatutos y reglamentos de la CONFEMEL y los reglamentos y estatutos de sus países y la constitución de sus repúblicas? Si así lo hicieran que la patria y CONFEMEL os lo demanden.

Están posesionados y tiene la palabra el Dr. Hugo Rodríguez, presidente de la CONFEMEL.

Dr. Hugo Rodríguez (SMU):

Simplemente deseo expresar la satisfacción, como médico uruguayo, de que los colegas de América Latina y el Caribe nos hayan asignado esta responsabilidad que vamos a cumplir con todas nuestras energías y nuestra poca capacidad. Y decir que nos comprometemos –ante todo- a hacer una gestión democrática, participativa y que cuando actúe este nuevo Comité Ejecutivo, todos sus miembros serán puntualmente informados de cada una de sus gestiones.

Aspiramos a democratizar todavía más nuestra Confederación, dando la mayor transparencia, y que a través de publicaciones periódicas y a través de un sitio web, estén al tanto de toda la actividad de la Presidencia y del Comité Ejecutivo gestiones

Y decimos que estaremos con los oídos bien atentos a las sugerencias de las Asociaciones, Colegios, Sindicatos y Federaciones. Esperamos que continúe la consolidación de CONFEMEL y que lleguemos al final del mandato, dentro de un año, con una CONFEMEL más consolidada. Muchas gracias a todos.