

8ª Convención Médica Nacional

Cambiar para salvar a la salud

GUILLERMO
PELLEGRINO

La organización estará a cargo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y de la Federación Médica del Interior (FEMI), dos gremios que cumplen un más que importante papel social al participar en la concreción de vitales políticas sanitarias. A ambas instituciones se les sumarán la Facultad de Medicina, la Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM) y la Asociación de Docentes de la Universidad de la República (ADUR-Medicina). Los organizadores tienen la idea de concretar esta 8ª Convención en mayo y realizar su plenaria preparatoria el 3 de diciembre, fecha en la que se conmemora el Día Internacional del Médico.

UNA SEÑORA ENFERMA. La salud, algo tan básico en la vida del hombre, no escapa a la crisis que atraviesa Uruguay. Está enferma, muy enferma; suena a paradoja. Esta “señora”, que debiera lucir lozana y vigorosa y a la que se le debería prestar más atención que a ninguna otra, se encuentra en estado delicado, y así la viven –por no decir la padecen– en carne propia los profesionales que trabajan en su ámbito y quienes se atienden en los diversos establecimientos públicos o privados a lo largo y ancho de nuestro territorio. En el marco de esta realidad, como suele suceder, la población de recursos económicos más bajos es la que más sufre.

Como ya se puso de manifiesto, son varias las dolencias que aquejan a la salud: sufre por el modelo de atención y el sistema asistencial, sufre por el trabajo de médicos y médicas, y también están afectadas las relaciones entre profesio-

Pasaron ya casi veinte años de la última Convención Médica Nacional realizada a la salida de la dictadura, en 1984. En un contexto diferente a aquel, aunque también hoy con aristas muy particulares –la salud y sus conflictos ocupan desde hace unos meses espacios principales en todos los medios de nuestro país– se realizará en mayo de 2004 la 8ª Convención Médica Nacional

nales y otros miembros del equipo de salud, entre otros padecimientos. “La conflictividad social y de los gremios de la salud no se produjo porque sí: fueron y son por causas justas. Queremos, además de intentar mejorar las condiciones laborales, que estos conflictos sirvan como base para buscar las soluciones de fondo que el sistema de salud precisa. La Convención, entonces, es una necesidad y también una obligación para todos nosotros”, asegura el doctor Leonel Briozzo, presidente del Consejo Arbitral y miembro del Comité Ejecutivo del SMU. En tanto la FEMI, en la voz del doctor Luis Noya, uno de los cinco miembros del Comité Ejecutivo, plantea que “la próxima Convención será una reunión de profesio-

nales en la que se expondrán distintos temas de una problemática común, a saber: estructuras gremiales; interrelación entre médicos; formación de profesionales, tanto en el área universitaria como en la formación médica continua; ética médica; además de dos aspectos que consideramos importantes: características del futuro sistema sanitario y la colegiación médica”.

UNA APUESTA AL CAMBIO. Cuando se habla de algunas características de la sociedad uruguaya es recurrente el tema del conservadurismo y su renuencia hacia lo nuevo. Sin embargo, hay circunstancias donde el cambio se impone como lógico, en este caso como instrumento clave para

poder salvar a tan importante “señora”. Así lo entiende el SMU, o al menos es lo que se desprende del borrador con los principales temas para tratar en la próxima Convención. “*La salud puede curarse*”, es la frase-eslogan que encabeza el texto, y el “cambio”, en tres áreas concretas, es de alguna manera la columna vertebral por la que va a girar el encuentro.

En el área del modelo asistencial se va a intentar: ahondar en las características asistenciales del Sistema Nacional de Salud (SNS) y en la integración de los diferentes sectores asistenciales; sentar bases para lograr una adecuada gestión administrativa y planificación estratégica y así poder brindar claras respuestas a interrogantes que suelen





surgir: ¿De quiénes son las responsabilidades? ¿Qué organismo dirigirá el proceso?, y también se hará hincapié sobre las finanzas: función prestadora y recaudadora, y manejo racional de las erogaciones, que incluirá políticas de medicamentos y tecnología.

El SNS buscará construir un nuevo modelo de asistencia sanitaria; para ello es indispensable un desarrollo estratégico del primer nivel.

Para cambiar y pasar de un modelo a otro hay que sortear un período de transición; asimismo hay que tener muy clara la realidad del SNS, con el objetivo de darles un lugar y una función a instituciones e individuos que hoy tambalean.

En el área del trabajo de los médicos, el SMU considera pertinente subdividir el tema en dos áreas. La primera es la formación, y aquí se habla de racionalización del ingreso a Facultad (con propuestas de un primer año común, evaluación, classifica-

ción, etcétera), promoción para formación de posgrados, e instauración de un sistema de formación continua.

Otra área es el trabajo. Aquí aparecen las tres "R": redistribución médica, redistribución de profesionales y retiro médico.

En el área de las reglas de relacionamiento entre los médicos se apunta, fundamentalmente, a la salud de quienes trabajan en la salud, a la ética y bioética de la profesión médica y a un camino necesario de unificación del gremio médico. Sin dejar de lado, claro, dos temas muy importantes: el papel de los médicos en la sociedad del siglo XXI y la ley de colegiación. ■

Nada para perder

La crisis terminal del sistema sanitario requiere, cuanto antes, de una modificación del actual modelo para dar una respuesta definitiva a la salud de los uruguayos. La tarea principal, según el SMU, es contribuir al proceso de cambio sanitario desde el aspecto programático. *"El SMU tiene, a diferencia de otros sindicatos, un doble papel -afirma Briozzo. Por un lado está la defensa de las condiciones de trabajo de los médicos y, por otro, el de ser uno de los únicos agrupamientos que puede y debe articular las propuestas para los cambios del sistema sanitario. Las preguntas que debemos hacernos son: ¿Si no somos nosotros, quién? ¿Y si no es ahora, cuándo?"*

Urge, entonces, marcar la cancha y lograr que la propuesta sea comprendida y tomada por la opinión pública.

Así las cosas, los integrantes del SMU se preguntan: ¿Por qué deben posicionarse como la referencia programática? En el texto preparatorio para la 8ª Convención, ellos mismos responden al cuestionamiento: Porque la población y los médicos lo necesitan; porque la defensa de la salud de la población es la primera obligación de la comunidad médica; y porque es el colectivo médico organizado el que, por vocación y capacidad, tiene que cumplir este papel en el cambio. *"La Convención, tal cual la pensamos, es una Convención joven o no es nada", dice Briozzo. "Así de fácil. Ya que se ha abierto una brecha generacional muy importante y parto de la base de que los que realmente queremos el cambio somos los que tenemos todo para ganar y nada para perder con una transformación de fondo y estructural".* ■

Unión para la transformación

Las voces consultadas en el SMU y en la FEMI coincidieron en que manejan problemáticas comunes y que, a raíz de ello, por ejemplo, se torna fundamental el crear un tribunal único de alzada, para así evitar la excesiva compartimentación en ese campo. Ambos gremios coincidirían también -y este punto es clave- en la importancia de concretar un sistema eficiente de salud que integre lo público y lo privado, adaptado a lo que es la realidad uruguaya. *"Lo ideal sería que cada persona aportase de*

acuerdo a lo que son sus ingresos -expresa Briozzo- porque en la actualidad la inequidad es la gran falla: se recibe atención de acuerdo al dinero que uno dispone. ¿Qué sistemas de salud en el mundo son eficientes para poder adaptar? El sistema español y el francés, por citar dos casos, son de los más justos y modernos".

El sistema público de salud debiera cumplir funciones de prevención -algo que es imposible de ejecutar por no contar con los recursos necesarios- además de asegurar una atención de excelencia básica. Hoy día los

hospitales del Estado están superpoblados y desbordados. *"En el interior, dependiendo de las zonas, existe entre 35% y 42% de afiliados al mutualismo -asegura Noya. El número es sensiblemente menor que en la capital, pues el nivel adquisitivo es lógicamente inferior. En el interior, generalmente, debe también destacarse el hecho de que son los mismos profesionales que atienden en el sector público y en el mutual".* Cuando se les consulta sobre los números en la capital, las cifras oscilan entre 55% y 70% de personas afiliadas al mutualismo. La

diferencia surge de la incontrolable baja de socios del sistema privado que se dio en estos últimos dos años, cuando se profundizaron las dificultades económicas. *"Además de ese grupo que se pasó al ámbito público hay un porcentaje perteneciente al mutualismo que, al no poder hacer frente a órdenes y tiques, termina utilizando ciertos servicios de los hospitales municipales, anegando aun más los diversos 'cauces' del sistema público",* concluye Briozzo, quien se pronunció por un rotundo "no" a ese sistema. ■



La historia a través de las convenciones

Desde los manosantas a la tortura

En 1920 los principales problemas que preocupaban al gremio médico no eran muy distintos a los que enfrenta en la actualidad. En aquel entonces se reclamaba un aumento de los honorarios profesionales, ya que hacía cerca de 30 años que los médicos no recibían un incremento en sus ingresos. El ajuste salarial en concordancia con el costo de vida –la inflación era una rara avis en aquella época– era otro de los reclamos de los profesionales.

PABLO ALFANO

En la 7ª Convención Médica Nacional realizada en 1984 se trataron temas inherentes al trabajo profesional: el sistema de salud y hasta un proyecto de ley sobre colegiación que, 20 años después, comienza a ser analizado seriamente en el Parlamento. Pero lo más importante es que por primera vez en su historia –y en plena dictadura– el gremio denunció públicamente a médicos que participaron en torturas.

En las primeras décadas del siglo XX el incremento salarial para los médicos que trabajaban en las sociedades de socorros mutuos y en los distintos servicios públicos también formaba parte de las

reivindicaciones del Sindicato Médico del Uruguay (SMU).

Pero otro de los temas que desvelaba al gremio era el ejercicio ilegal de la medicina ya que en la sociedad uruguaya de las décadas de 1920 y 1930 todavía tenían un fuerte arraigo *“los curanderos, boticarios, flebotomos, manosantas y toda una constelación de intrusos en la medicina”*.⁽¹⁾

Muchos de estos problemas –salvando las diferencias históricas y sociales– siguen siendo el eje central de la lucha del SMU. Después se fueron agregando nuevas preocupaciones: la ética, la colegiación y el sistema de salud, entre otros asuntos.

Pero con la llegada de la dictadura militar las prioridades pasaron a ser muy distintas, aunque sin perder las históricas reivindicaciones. Un mojón importante en la historia del gremio fue la 7ª Convención Médica Nacional, donde por primera vez los profesionales denunciaron públicamente a aquellos colegas que violaron los derechos humanos.

Esta Convención se realizó a fines de 1984 en la sede de la Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay (AEBU), asistieron más de 1.000 médicos y tuvo como particularidad que fue realizada en dictadura y con el Sindicato intervenido, en un clima de presiones, amenazas y persecuciones.

“Fue un hito importante porque hicimos esta Convención sin pedir permiso a los militares ni a nadie”, recordó el Dr. Gregorio Martirena⁽²⁾, presidente de la comisión permanente de la 7ª Convención Médica al ser consultado por **Noticias**.

Esta “desobediencia” de no pedir permiso para reunirse le valió a Martirena y otros dirigentes sindicales del SMU, como a su actual presidente, el Dr. Marcos Carámbula, varios interrogatorios y “visitas” por parte de los servicios de Inteligencia de la época.

“Cuando los militares se enteraron de que nos estábamos reuniendo en el Centro para convocar a esta Convención empezamos a desfilar unos cuantos de nosotros por los servicios de Inteligencia para dar explicaciones. Fueron momentos muy duros”, recordó Martirena.

En la Convención se abordaron varios temas vinculados con la profesión, como las relaciones con la Facultad de Medicina, y hasta se elaboró un proyecto de ley sobre colegiación médica que, luego de varias idas y venidas en los últimos 20 años, comenzó a ser analizado seriamente en el Parlamento a instancias del diputado frenteamplista y médico Luis Gallo. El cónclave también sirvió para dar el puntapié inicial al Código de Ética Médica, que finalmente se aprobó en 1995.

Pero lo que siempre será recordado por todos los participantes de aquella Convención fue la creación de la Comisión Nacional de Ética Médica que realizó valiosos aportes en el esclarecimiento de casos donde médicos policiales y militares participaron en la práctica de la tortura a presos políticos.

Esta comisión, integrada por cinco representantes del SMU, cinco de la Federación Médica del Interior (FEMI) y cinco representantes del Co-

legio de Abogados, que trabajaron en el ordenamiento jurídico de las investigaciones, concluyó con más de una decena de fallos condenatorios a las actividades de algunos médicos que violaron los derechos humanos.

Los profesionales que participaron –directamente o asesorando– en las torturas, fueron expulsados del gremio. Otros, que atendieron a presos políticos encapuchados o torturados y simplemente callaron, también fueron severamente cuestionados.

La Comisión Nacional de Ética Médica hizo suyo un fallo de FEMI que expulsó, el 27 de octubre de 1984, al médico Eduardo Sáenz por haber participado en la tortura que culminó con la muerte del doctor Vladimir Roslik, el 16 de abril de 1984.

La FEMI, basándose en las normas éticas de la Organización de las Naciones Unidas, condenó a Sáenz por ser cómplice en el asesinato de Roslik, un médico que hasta entonces trabajaba en la alejada comunidad rural de San Javier, en el departamento de Río Negro. ■

1) Parte de los relatos históricos para esta nota fueron extraídos de la Historia del SMU, un trabajo inédito del Dr. Antonio L. Turnes, que forma parte del curso de formación sindical del SMU.

2) Además de Martirena forman esta comisión permanente los doctores Tabaré Caputi, Carlos Gómez Haedo, Ángel Ginés, Frederick Giuria y Daniel Pazos.