

8ª Convención Médica Nacional

Declaración final

Las actividades se iniciaron en noviembre de 2003, a través del trabajo de las comisiones temáticas, relatoras, regionales, departamentales, y zonales, en un proceso de intercambio y discusión, que culmina con las sesiones plenarias resolutorias de los días 6 y 7 de agosto de 2004, esta es la Declaración final.

La actual situación de crisis de la asistencia médica en el país y su repercusión sobre el estado de salud de la población, requiere la definición y aplicación de profundos cambios en la estructura, organización y financiamiento de los servicios, así como en el modelo de atención.

EN RELACIÓN A LA SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA

1. Resulta indispensable definir una política de salud explicitada claramente como tal. Que mantenga la necesaria coherencia con las acciones que se adopten en torno a los demás componentes del nivel de vida del individuo (trabajo, educación, vivienda, alimentación, salario). Que esté dotada de la asignación de recursos necesaria para asegurar su viabilidad y que sea determinada por el Estado con la participación de los médicos y trabajadores de la salud, de los partidos políticos y de las demás estructuras representativas de la comunidad, de forma tal de asegurar su vigencia en el mediano y largo plazo, con características de política de Estado.

2. Los objetivos y definiciones, planes y programas que integren esa política, deberán priorizar: la reafirmación del concepto de salud, como derecho constitucional de los habitantes, expresada como posibilidad de acceso igualitario, a los niveles de atención requeridos, con independencia de la situación socio-económica. La organización de los recursos humanos y la infraestructura a través de un sistema nacional único de salud, que coordine, complemente e integre los servicios públicos y privados sin fines de lucro, encargados de ase-



ESTUDIO DE LA CALLE SAN JUAN

gurar y facilitar el acceso oportuno, equitativo, solidario y continuo a prestaciones de calidad adecuada en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

El mantenimiento dentro de ese sistema de las competencias indelegables del M.S.P., que incluyen las funciones de normatización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria.

El funcionamiento de las estructuras sanitarias dependientes del Estado, actualmente agrupadas en ASSE bajo forma de persona jurídica pública independiente del Ministerio de Salud.

La puesta en vigencia de un modelo de atención bio-psico-social, que abarque las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con atención longitudinal familiar y comunitaria, priorizando la puerta de entrada al sistema a través de un primer nivel de atención jerarquizado, dotado de equipos interdisciplinarios, que dispongan de los recursos necesarios para ser efectivamente resolutorios.

La vigencia de fórmulas y estruc-

turas que aseguren el financiamiento del sistema con la participación del Estado y de todos los habitantes en forma proporcionada a su capacidad contributiva.

EN RELACIÓN AL TRABAJO MÉDICO

Las condiciones actuales de trabajo médico, diferenciales e inadecuadas, conspiran contra una actividad vocacional y económicamente satisfactoria. Coexisten variadas formas de precarización laboral, tanto en el sector público como en el privado, que desconocen salarios vigentes, derechos y beneficios sociales básicos, actuando en forma ilegal. Frente a tal situación se propone:

1. La vigencia de un Estatuto de Trabajo Médico que deberá contener las siguientes características: condiciones de trabajo que contemplen el desarrollo profesional y la carrera funcional. Remuneraciones definidas en Consejo de Salarios con participación tripartita, equitativas, válidas para todo el sector. Las retribuciones deberán ser mixtas, contemplan-

do el sueldo básico, la capacitación profesional y la productividad médica. Deberá priorizarse el primer nivel de atención, mediante incentivos apropiados. Se procurará racionalizar y concentrar el lugar y horario de trabajo médico. Se aplicarán reglas para una carrera funcional, definiéndose un escalafón, departamentos asistenciales, equipos de trabajo, desarrollo profesional continuo, y la radicación en pequeñas comunidades. Se propenderá al retiro médico obligatorio, bajo determinadas condiciones económicas que aseguren un retiro digno y la posibilidad de analizar formas de retiro parcial.

2. Deberán analizarse fórmulas para solucionar la situación de los médicos desocupados y subocupados.

3. Se procurará la adecuación de la legislación vigente en materia de responsabilidad médica.

4. Se encarga a la Comisión Permanente la continuación de las gestiones tendientes a la culminación de las propuestas.

EN RELACIÓN A ÉTICA Y COLEGIACIÓN MÉDICA

La ausencia de la Colegiación Médica obligatoria establecida por una norma legal, hace que subsistan objetivamente áreas de auténtica impunidad ética ante la imposibilidad de la aplicación del debido contralor por parte de órganos competentes, con independencia de la voluntad de los actores intervinientes. En efecto, los actuales Códigos de Ética se aplican exclusivamente a los afiliados a las instituciones gremiales (SMU y FEMI). La Colegiación Médica es una herramienta para dar garantías de calidad del ejercicio de la profesión a la so-

ciudad, respecto de la conducta de los médicos colegiados y procesar adecuadamente los apartamientos de la moral profesional. El papel social del médico se ha modificado en los últimos tiempos por múltiples factores, entre los que deben destacarse los siguientes: el debilitamiento de la relación médico-paciente; la creciente mercantilización y pérdida de valores de referencia básicos de la práctica médica.

Es un imperativo ético la recuperación de dichos valores, a fin de recomponer la confianza como condición indispensable para un adecuado vínculo entre el paciente y el equipo de salud. Frente a tal situación se propone: reclamar la pronta aprobación de la Ley Orgánica de la Profesión Médica, conocida como Ley de Colegiación, encomendando a la Comisión Permanente de la Convención la realización de las gestiones necesarias para tal fin.

Declarar que la Colegiación médica es un mecanismo de autorregulación necesario para la práctica médica, que asegura un marco deontológico que preserve a la sociedad del riesgo del corporativismo.

Reivindicar que, así como el Sistema de Salud debe guardar coherencia con los principios de la Bioética, el médico en su práctica cotidiana debe garantizar un ejercicio libre de todo interés espurio.

Recomendar la instalación de Comités de Bioética en las instituciones de asistencia médica públicas y privadas.

ESTUDIO DE LA CALLE SAN JUAN



Recomendar la instalación de un Tribunal de Alzada que sea común para FEMI y el SMU, que entienda en las apelaciones a los fallos de dichos organismos, hasta tanto se apruebe la Colegiación Médica Obligatoria.

EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN MÉDICA

La complejidad del tema y el manifiesto interés de los convencionales en realizar aportes y discutir en profundidad justificó que, luego de una sesión con amplia participación y largo y útil debate, se resolviera pasar la mayor parte del tema a la Comisión Permanente. Se resolvió su consideración en sesiones especiales, que culminarán con una reunión resolutoria en setiembre de 2005. Se aprobó: proseguir con el ingreso libre a Facultad hasta la instrumentación del Sistema Nacional de Salud. Cuando éste se instrumente, deberá planificarse y regularse la formación de recursos humanos en función de las necesidades.

Ratificar el modelo de profesional aprobado en el Claustro en 1995.

SALUD - PRIORIDAD NACIONAL

Se resuelve encomendar a la Comisión Permanente la difusión de la presente declaración a los trabajadores de la salud, a las organizaciones sociales y laborales, a los partidos políticos y estructuras de gobierno, a efectos de propiciar las acciones tendientes a declarar a la **salud - prioridad nacional**, procurando concretar los acuerdos necesarios para cristalizar cambios que permitan que la salud se constituya efectivamente en un derecho vigente para todos los habitantes del país.

COMISIÓN PERMANENTE

La 8ª Convención Médica Nacional resolvió designar la Comisión Permanente encargada del seguimiento de las decisiones adoptadas, integrada por: Tabaré Caputi, Alarico Rodríguez de León, Ana De León, Miguel Fernández Ga-

leano, Alba Centurión, Gustavo López Giraldi, Nancy Sena, Hugo Rodríguez Almada, Jorge Buglione, Martín Rebella, Alberto Juambeltz, Estela Puig, Ana Gabriela Romano, Cristina Cavagnaro, Luis Fernández Tejeiro, Sandra Sosa, Juan Pablo Cesio, Rafael Mila, Marta Moraes, Ricardo Acuña Pomiés, Juan Pablo Gesuele, Melina Rubiños, Rodrigo Suárez, Daniel Márquez y Walter Callero.

Asimismo dejó establecida la continuidad de la actividad de las Mesas de los Plenarios Temáticos abiertas a la participación de los médicos que se inscriban a esos efectos, constituyendo las Comisiones Temáticas permanentes.

RESPONSABLES DE COMISIONES PERMANENTES

Comisión de Sistema de Salud: Juan José Pereyra Lazo, Robert Long, Fernando Urruty, Baltasar Aguilar, Comisión de Ética, Raúl Lombardi, Tabaré González Barrios, Sergio Villaverde y Oscar Cluzet. **Comisión de Trabajo Médico:** Enrique Barmaimón, Fernando Tomassina, Carlos Cardoso y Néstor Belzarena. **Comisión de Formación Profesional:** Ma. Rosa Remedio, Ana De León, Silvio Ríos y Alejandro Britos.

DECLARACIÓN FINAL - ANEXO

La Convención declara su aspiración de que los gremios médicos encuentren los caminos que conduzcan a la concreción de una expresión gremial nacional unitaria.