



5 ENCUESTRO NACIONAL



DOCUMENTO FINAL

PIRIÁPOLIS

27 y 28 de Noviembre de 2008

ÍNDICE

Introducción.	3
Responsabilidad Médica. SAIP Cooperativa.	5
Informe Tribunal de Ética Médica de FEMI. Comités Institucionales de Ética.	9
Informe FOMIN. Avance. Unidad Ejecutora. Proyecto FEMI Salud Digital.	27
Proyección del Sanatorio Americano S.A. en el Contexto FEMI.	41
Informe SEMI: Cajas de Auxilio Situación Actual.	45
Informe de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Gremial - Asistencial de FEMI: Laudo FEMI	53
Taller: Comisión de Laudo FEMI Propuesta para la Discusión.	55
La Reforma de la Salud: Primer Año de Funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. Evaluación y Perspectivas.	59
Mensaje del Presidente de FEMI Dr. Egardo Mier en el acto de cierre.	67

Se incluye en esta publicación, en formato digital, dentro del CD adjunto, tres trabajos que constituyen un valioso aporte para FEMI.

“Comisión de Gestión: Estimación de necesidades de Especialistas Médicos en el Sistema FEMI”. Autores: Dres. Alejandro Hernández y Gustavo Mieres. (Carpeta “1” del cd adjunto).

“Estimación de cápitás para Instituciones de FEMI”. Autores: Cra. Carina Peombo y Ec. Fanny Trylesinski (Coordinadora). (Carpeta “2” del cd adjunto).

“Tres meses de asistencia técnica a la Comisión del Laudo de FEMI”. Por Secretariado Plenario Asistencial: Dr. Juan Pirez. Dr. Julio Moreno. Dr. Gerardo Contreras. Por Secretariado Gremial: Dr. Mario Motta. Dr. Jorge Ferreira. Dr. Bernardo Hochmann. Dr. Gonzalo Deleón. Por Comité Ejecutivo: Dr. Miguel Tellechea. Asesoría Técnica. Dra. Marisa Buglioli. Cra. Giselle Jorcin. (Carpeta “3” del cd adjunto).

Comité Ejecutivo

INTRODUCCIÓN

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Estimados colegas:

Una vez más la Federación Médica del Interior concretó la realización de un nuevo Encuentro Nacional de FEMI, que se llevó a cabo los días 27 y 28 de noviembre de 2008, en la ciudad de Piriápolis.

Participaron más de 230 colegas, integrantes de todos los Gremios e Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de la Federación Médica del Interior.

Se trabajó en régimen de taller y exposiciones plenarias, en donde las instituciones integrantes del Sistema FEMI presentaron los temas más destacados, abriendo un espacio de información y discusión hacia toda la organización.

Los temas analizados fueron los siguientes:

- Responsabilidad Médica. Informe SAIP - Cooperativa
- Comités Institucionales de Ética. Informe Tribunal de Ética Médica de FEMI
- Informe FOMIN. Avance. Unidad Ejecutora
- Proyección del Sanatorio Americano S.A en el contexto FEMI
- Estimación de necesidades de Especialistas Médicos en el Sistema FEMI. Informe Comisión de Gestión
- Estimación de cápitras para Instituciones de FEMI
- Cajas de Auxilio. Situación Actual. Informe SEMI
- Laudo FEMI. Informe Comisión de Seguimiento del Acuerdo Gremial - Asistencial
- Ier Avance Informativo: reestructura de Laudo FEMI. Informe de la Comisión del Laudo FEMI
- Taller: Propuesta para la discusión – Comisión del Laudo FEMI
- Fortalezas, debilidades e incertidumbres de la Reforma de la Salud
- Mesa Redonda: “Reforma de la Salud. Quinquenio 2010 - 2015. Propuesta Partidaria

El primer día, un delegado del SAIP presentó el primer tema de la jornada: Responsabilidad Médica. Posteriormente el Tribunal de Ética Médica de FEMI, realizó una exposición sobre los “Comités Institucionales de Ética”. En la tarde, integrantes del Proyecto FEMI Salud Digital, analizaron los avances del

FOMIN. Posteriormente el Presidente del Sanatorio Americano, Dr. Julio Álvarez, informó sobre la “Proyección del Sanatorio Americano en el contexto FEMI.” A continuación, la Comisión de Gestión de FEMI expuso sobre la “Estimación de necesidades de especialidades médicas en el Sistema FEMI”.

Los últimos dos temas de la primera Jornada del Encuentro fueron: la presentación del trabajo “Estimación de cápitás para Instituciones de FEMI”, y SEMI realizó un informe sobre la situación actual de las Cajas de Auxilio.

En la segunda Jornada se presentó el informe sobre el cumplimiento del Laudo FEMI en las instituciones de la Federación y sobre la proporción de médicos cooperativistas y no cooperativistas en las Instituciones de FEMI, desarrollado por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Gremial Asistencial - Laudo FEMI.

A continuación, integrantes de la Comisión del Laudo expusieron sobre los avances de la “reestructura del Laudo FEMI”.

Posteriormente los participantes trabajaron en régimen de talleres, sobre la base de preguntas acerca de temas no resueltos en relación a la reestructura del laudo médico, realizándose luego, un debate plenario sobre las conclusiones generadas del tratamiento del tema en los talleres.

Al culminar la jornada las autoridades del MSP presentaron un análisis sobre la Reforma de la Salud a fines del 2008 - Balance de sus resultados y las autoridades de FEMI analizaron la temática “Fortalezas, debilidades e incertidumbres de la Reforma de la Salud. Visión FEMI”.

En esta publicación, incluiremos los informes, trabajos y exposiciones realizadas, así como las conclusiones a las que se arribaron en los diferentes grupos de trabajo.

Finalmente, nuestro profundo agradecimiento a todos los integrantes de la organización que hicieron posible la concreción de este Encuentro, no sólo por su presencia sino también, por los valiosos aportes realizados.

COMITÉ EJECUTIVO DE FEMI

RESPONSABILIDAD MÉDICA SAIP COOPERATIVA

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Expositor: Dr. Alberto Piñeyro.

I) Introducción

El médico en el ejercicio de su profesión, puede ser llamado a responsabilidad en diferentes ámbitos: penal, civil, administrativo y ético.

En el Uruguay, con respecto a las demandas por responsabilidad médica, se debe establecer un año de corte en 1985. Inexistentes hasta ese momento, a partir de allí se han incrementado, en algunos períodos en forma exponencial.

Si bien las causas son seguramente multifactoriales, diferentes abogados, han expresado su visión al respecto, por lo que me parece de importancia, recordar algunas de estas frases:

“Hay un punto de partida en contra de los médicos que es irreversible: la tendencia del Derecho Civil contemporáneo a proteger a las víctimas, a los débiles.” (Dr. Jorge Gamarra).

“La sociedad adoptó un perfil fuertemente reclamante tras la recuperación democrática.” (Dr. Gonzalo D. Fernández).

“Estamos viviendo una época que yo definiría como defensa del consumidor. Hay un consumo de la praxis médica. Se está educando a las personas para que exijan y reclamen derechos como consumidor.” (Dr. Christian Larroumet - Profesor de Derecho Civil de la Universidad de París).

“También la nueva tendencia a crear normas de protección al consumidor, responsabilizando severamente y en forma objetiva a los proveedores. De esta tendencia no pueden escapar los médicos y demás profesionales de la salud.” (Dra. Dora Szafir - Cir. Uruguay 2002;72:166-172).

El crecimiento incesante del número de demandas, se acompaña de otros dos elementos altamente preocupantes: el aumento de los montos exigidos en cada caso y el número de sentencias condenatorias, ya sea a instituciones o a profesionales actuantes. En el último estudio realizado por la Dra.D.Szafir, en el año 2003, a nivel de Tribunales de Apelaciones, se habían registrado 27 sentencias, de las cuales 17 (62%) condenatorias y 10 absolutorias. Cifras actuales señalan que el porcentaje de condenas ha pasado del 20% al 50%.

2)Enfoque gremial del tema

A partir del año 1990, preocupado por el notorio aumento de las demandas por responsabilidad médica, el S.M.U. contrató una póliza colectiva con el B.S.E.

En el año 1994, comenzó a trabajar una comisión de seguimiento de este convenio, la que detectó a lo largo de los años, diferentes inconvenientes: aumento incesante del costo por profesional, que pasó de 144 a 800 dólares por año; grandes e insuperables dificultades para acceder al análisis de la siniestralidad, la que se pretendía volcar hacia iniciativas educativas; las exclusiones de colegas de diferentes especialidades: cirugía estética, jefes de servicios o departamentos.

Todo esto, llevó a que, a partir de octubre del 2005, se iniciara un camino propio, primero bajo forma de un fideicomiso de administración y finalmente como cooperativa, figura controlada con todas las exigencias correspondientes por parte del Ministerio de Cultura y el Banco Central del Uruguay.

Actualmente, SAIP- Cooperativa cuenta con el apoyo gremial de diferentes entidades: SMU, FEMI, SAQ y la AOU. Están iniciadas las gestiones para lograr la incorporación de FODI.

3)Características del servicio

Como diferencias sustanciales con la póliza del BSE, caracterizan a SAIP-C, las siguientes peculiaridades:

- Entidad sin fines de lucro.
- Costos adecuados a la realidad profesional y determinados sobre la base de pautas gremiales.
- Categorías de afiliación que contemplan la diversidad de los profesionales de la salud.
- Relevamiento y difusión de la siniestralidad.
- Servicio sin exclusiones.
- Atención y contención personalizada.
- Promoción periódica de pautas educativas.

4)Datos estadísticos (período 1/10/2005- 31/10/2008)

A octubre de 2008, SAIP-C contaba con 3851 afiliados. Un 69% de Montevideo y el 31% del interior. Se ha logrado un alto porcentaje de reafiliaciones anuales, cercano al 96.5% y un crecimiento neto anual del 25%, a lo largo de estos tres años.

Conciliaciones

Se han recibido 155 Citaciones a Conciliación, de ellas, 37 pasaron a etapa de demanda. Los montos reclamados oscilaron entre dólares 10.000 y dólares 1.200.000.

Especialidades más citadas	Cantidad	%
Ginecología	31	20
Cirugía general	17	15,5
Medicina general	14	9
Traumatología	14	9
Oftalmología	13	8,3
Cirugía plástica	11	7

Demandas: SAIP-C ha recibido hasta el momento actual 99 demandas. Los montos reclamados fueron entre dólares 10.000 y 2.400.000.

Especialidades más demandadas	Cantidad	%
Ginecología	23	23,5
Medicina general	20	20,5
Traumatología	11	11,2
Cirugía general	9	9
Cirugía plástica	6	6

Estadísticas del Interior: Conciliaciones: 43/ 155 (28%) / Privado/ Mutual: 80% / MSP:20%

SINIESTRALIDAD EN EL INTERIOR			
CONCILIACIONES			
Departamentos		Especialidades	
Maldonado - 15	(35%)	Ginecología - 14	(33%)
Canelones - 9	(21%)	Medicina Gral. - 10	(23%)
Rocha - 6	(14%)	Cirugía Gral. - 6	(14%)
Rivera - 3	(7%)	Oftalmología - 3	(7%)
Colonia - 3	(7%)		
Tacuarembó - 2	(4,5%)		

Demandas: 42/99 (42%)

Privado/Mutual: 72%

MSP : 28%

SINIESTRALIDAD EN EL INTERIOR			
DEMANDAS			
Departamentos		Especialidades	
Maldonado - 14	(33%)	Medicina Gral. - 14	(33%)
Canelones - 8	(19%)	Ginecología - 9	(21%)
Soriano - 4	(10%)	Traumatología - 4	(10%)
Rivera - 4	(10%)	Cirugía Gral. - 3	(7%)

No queremos finalizar estos datos estadísticos sin hacer referencia a un tema que es de capital importancia para SAIP-C. Se trata de las Citaciones en Garantía, que estamos convencidos que son altamente perjudiciales para los profesionales y para la supervivencia de la cooperativa. Como se sabe, estos son casos en los cuales los profesionales no están demandados, pero la institución al contestar la demanda, mediante esta figura jurídica, los trae solidariamente al proceso.

CITACIONES EN GARANTÍA		
Global 18/99 = 18%	Montevideo 9/57 = 16%	Interior 9/42 = 21,5%

INFORME TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DE FEMI. COMITÉS INSTITUCIONALES DE ÉTICA

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Construyendo la herramienta necesaria: los mitos en torno a los Comités de Ética Asistenciales.

Expositor: Dr. Oscar Cluzet.¹

Introducción

Podemos comenzar con formularnos una interrogante básica: si los Comités de Ética Asistencial (CEA) se entienden como instrumentos al servicio del mejor cumplimiento de las actividades éticas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ¿porqué las IAMC deben asumir, en este específico momento y mediante el referido instrumento, dichas responsabilidades éticas? En otras palabras ¿porqué ha de tener prioridad la propuesta de instauración de esta estructura en el momento actual?

Mientras se transitaba desde el paternalismo hacia el predominio de la autonomía, en paralelo el ejercicio de la Medicina se trasladaba desde el profesional aislado hacia el equipo de salud primero y luego hacia la propia Institución. Ahora bien, si todo acto médico comporta una repercusión ética y el ejercicio actual de la Medicina se ejerce en y desde el interior de las IAMC, surge claramente que las IAMC *deben ahora asumir a plenitud, aunque sea muy tardíamente, sus responsabilidades éticas que son justamente, aquellas derivadas del propio ejercicio institucional de la Medicina moderna.*

Esta necesidad es ontológica en el sentido de intrínseca al propio acto médico. Históricamente surge en todos los países antecediendo a la propia legislación de funcionamiento obligatorio de los CEA. Es que los CEA deben instalarse en nuestro país no sólo porque ahora lo exija la ley sino porque son cada vez más objetivamente necesarios al propio funcionamiento institucional.²

1 - Presidente del Tribunal de Ética Médica de FEMI. Profesor Agdo. Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas.

2 - Simon P: La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17 (4): 247-59.

Clásicamente, se le han atribuido tres funciones básicas al CEA.

- Recomendaciones aplicables al análisis de casos.
- Recomendaciones sobre políticas y guías institucionales.
- Formación bioética del equipo de salud, tareas cuyo recordatorio será imprescindible tener presente a todo lo largo de nuestra exposición.

La hipótesis básica que habremos de desarrollar en esta presentación es que el *CEA es una herramienta fundamental para la asunción institucional de la responsabilidad ética*, a condición de mantener su actividad contenida en un estrecho sendero de alto rigor metodológico, *evitando las múltiples desviaciones posibles que conspiran contra sus logros. Hemos denominado al conjunto de dichas desviaciones como la PATOLOGÍA DEL CEA*. Evitarlas constituye un objetivo estratégico fundamental, si se quiere instalar esta herramienta de manera firme en la realidad.

En relación a los CEA existe una vasta y muy bien documentada bibliografía internacional, de la cual seguiremos a los autores españoles, por los estrechos vínculos que se han ido arraigando entre su experiencia y nuestro incipiente desarrollo.^{3 4}

Si bien la mayoría de los puntos que se exponen a continuación, dichos lineamientos, hay mucho de deuda con las orientaciones emanadas de una visión específica y de un trabajo de análisis sostenido acerca de esta problemática por parte de nuestro Tribunal. Esta preocupación trasciende a los integrantes del actual TEM, puesto que prácticamente existe casi desde el inicio de su actuación en 1997. El carácter didáctico que le hemos querido imprimir a estas reflexiones, por considerarlo adecuado a la actual etapa de difusión de la bioética clínica en nuestras Instituciones, ha condicionado un cierto esquematismo expositivo, para una realidad que es, sin duda, de extrema complejidad y no fácilmente susceptible de exponerse en forma sencilla. Sin embargo hemos terminado aceptando el sacrificio de renunciar a analizar en profundidad el problema, en aras de alcanzar la mayor claridad posible en la formulación de los preceptos que entendemos fundamentales en esta temática.

Los mitos del CEA

“La mejor manera de generar conocimiento en Medicina consiste en cuestionar un axioma, operación que, si es bien conducida, frecuentemente termina derribando un mito.” Bolívar Delgado.

Nuestro procedimiento no es novedoso. En efecto, hemos elegido el camino que P. Simon⁵ recorriera para su análisis del Consentimiento en Medicina: exponer los mitos para luego superarlos y así definir una cosa mejor, comenzando por caracterizar aquello que no es.

3 - Couceiro A: Los Comités de Ética Asistencial. Origen, composición y método de trabajo. En: Couceiro, A editora: Bioética para clínicos. Madrid. Triacastela. 1999: páginas 269-281.

4 - Abel F: Comité de Ética Asistencial. An Sist Sanit Navar 2006; Vol 29 (3): 75-83.

5 - Simon P: Diez mitos en torno al consentimiento informado. An Sist Sanit Navar 2006; Vol 29 (3): 75-83.

Examinaremos cada uno de las afirmaciones cuya difusión y consolidación, a nuestro entender, constituyen obstáculos en el camino de la instauración de los CEA, en la medida en que cada una de ellas y todas en su conjunto, comportan un hecho cultural arraigado pero desprovisto de un fundamento sólido. Es decir, la convicción en cuestión se erige en un mito a derribar, si se pretende avanzar en la discusión conceptual que constituya el basamento de una nueva pauta cultural al respecto. Es obvio que nuestra línea argumental consistirá en contrastar el mito o creencia con lo ya consolidado por la literatura internacional, por cuanto y sustancialmente, todavía carecemos en nuestro medio de una adecuada y bien analizada experiencia al respecto.

Por otra parte, el análisis individualizado de cada mito no debe llevar a sustraer la unicidad y coherencia interna de la concepción del propio CEA, cuyos lineamientos básicos serán justamente los que se expongan en cada punto como las armas conceptuales empleadas en el cuestionamiento del mito.

El listado que sigue a continuación pudiera contener reiteraciones así como, en el extremo opuesto, omitir creencias relevantes que hayan escapado a nuestra percepción. Pero este rasgo incompleto, si bien le daría carácter de trabajo preliminar, no afectaría a nuestro principal objetivo inmediato, que no es otro que el de hacer avanzar en la conciencia colectiva de nuestro Sistema Federado, una ajustada concepción de esta herramienta bioética, hoy necesitada de una urgente cristalización.

Mito N° 1. CEA y Poder Institucional. El primer mito y uno de los que más ha podido incidir en el retraso exhibido en la instrumentación de los CEA es aquel que afirma que esta nueva herramienta representa en realidad un nuevo órgano de poder dentro de la estructura institucional.

FALSO: El CEA debe carecer de todo poder consagrado formalmente. Se trata de un organismo independiente con carácter asesor. No se halla en condiciones de establecer normas generales de actuación con intención preceptiva, ni pretensión de resultar aceptadas en ningún estamento institucional, si previamente no han sido convalidadas por los responsables institucionales. La única autoridad aceptable proveniente de un CEA es de orden moral y, aún así, debiera ser más el resultado de una praxis juiciosa y equilibrada que de algo intrínseco a la naturaleza del Comité.

Mito N° 2. CEA y Autonomía. En el extremo opuesto de la situación que venimos de caracterizar se halla la creencia de que el CEA es un órgano carente de autonomía y que debe depender directa y completamente de las autoridades institucionales u hospitalarias en las que se halla inserto.

FALSO: El CEA debe guardar un relacionamiento de colaboración y trabajo conjunto con respecto a la institución y sus autoridades, aunque manteniendo una autonomía e independencia para mejor poder realizar sus tareas y, al mismo tiempo, prestigiar su propia actividad. En definitiva y en una recta interpretación, su dependencia jerárquica

y su responsabilidad, si bien comienzan en la Institución y sus afiliados, en última y primordial instancia se deben al cuerpo social en el que habrá de terminarse proyectando su accionar.

Mito N° 3. CEA y Tribunal Deontológico. El CEA debe desempeñar tareas de orden deontológico, catalogando la actuación ética de las personas intervinientes en los casos sometidos a su consideración.

FALSO: El CEA debe mantenerse totalmente alejado de cualquier instancia deontológica, lo cual comienza por practicar la actitud de abstenerse de formular cualquier juicio ético sobre personas o actitudes. *Por lo tanto, no puede ni debe tener capacidad para proponer ninguna clase de sanciones.*

Mito N° 4. CEA y Decisiones Mandatorias. El CEA es un órgano resolutorio, cuyas decisiones son mandatorias.

FALSO: El CEA tiene un carácter consultivo por lo que no formula decisiones sino recomendaciones, las cuales no asumen carácter vinculante, siendo opcional su seguimiento. Sin embargo, es evidente que dichas recomendaciones, en tanto han emanado del trabajo y la discusión franca, abierta y respetuosa de los legítimos representantes de los intereses y valores en juego, establecen un compromiso de orden moral hacia quienes deban adoptar las decisiones finales. Pero también resulta claro que esta suerte de “mandato moral” no obliga a que sea seguido inexorablemente, aunque resulte siempre deseable explicitar las razones que hayan podido condicionar un desvío de las mencionadas recomendaciones. De hecho este punto ha sido incluido entre los indicadores que permiten valorar la calidad de actuación de un CEA.

Mito N° 5. CEA y Comité de Ética de la Investigación Científica (CEIC). Los dos organismos éticos podrían funcionar de manera indistinta y con similar integración.

FALSO: Ambas estructuras cumplen funciones diferentes, aplicadas a objetivos también muy diferentes. Resulta importante tener en cuenta las diferencias sustanciales entre ambos Comités. Al respecto y mientras que el CEA es, como vimos, un órgano consultivo que efectúa recomendaciones no mandatorias en el campo de la bioética clínica, el CEIC es un órgano ejecutivo que adopta decisiones *preceptivas* sobre cualquier etapa de la investigación científica. A tal efecto, el CEIC puede llegar hasta suspender la continuidad de cualquier proyecto de investigación clínica, si lo considera pertinente. En consecuencia, ambos organismos requieren de sus integrantes una diferente formación bioética, que les facilite poder aplicar una rigurosa pero muy diferente metodología. Sin desmedro de lo precedente y sólo a título de excepción es posible que los integrantes del CEA puedan, a requerimiento y porque no se ha constituido aún el restante Comité, erigirse transitoriamente en un organismo de valoración de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Mito N° 6. CEA y Derechos de los Enfermos. El CEA es el defensor de los derechos del enfermo, particularmente el de autonomía y su vinculante, el de rechazo al tratamiento.

FALSO: El CEA debe defender los derechos de los enfermos tanto como el de los restantes integrantes de la relación clínica. No es un defensor de oficio del enfermo ni puede ni debe ejercer funciones inquisitivas. Para una cabal defensa de los intereses del enfermo ya existen organismos y disposiciones legislativas así como el inalienable derecho de su parte de poder elegir a quienes habrán de representar sus intereses.

Mito N° 7. CEA y Relación Clínica. Los CEA van a terminar alterando la sana relación médico - paciente, porque su fácil accesibilidad los habrá de convertir en una instancia de consulta permanente de los enfermos.

FALSO: El CEA no es una oficina de quejas sino un órgano con funciones definidas y que usa un procedimiento normativo bien diseñado. Si bien los CEA nacieron en EEUU con el objetivo de proteger la autonomía de los enfermos, pronto se apreció que esta no constituía su tarea primordial.

Mito N° 8. CEA y Demandas ante la Justicia. El CEA debe actuar frente a cualquier caso en que la Institución se halle sometida a demanda civil ó penal.

FALSO: En los casos sometidos a demanda todas las decisiones clínicas ya han sido tomadas y, a partir de ellas, el CEA no puede autoerigirse en perito del Juez ó de parte. En consecuencia, el CEA no puede ni debe promover o amparar actuaciones jurídicas directas para las personas o la Institución. Muy diferente resulta su intervención en un proceso asistencial que se encuentra en curso: aquí el CEA podrá ejercer una intervención beneficiosa y con posible repercusión preventiva de un potencial litigio.

Mito N° 9. Sustitución de responsabilidades. Debido a la complejidad intrínseca en las decisiones éticas, con sus recomendaciones el CEA sustituye la responsabilidad de los médicos implicados.

FALSO: En ningún caso los CEA pueden sustituir a la responsabilidad de los médicos. El informe del Comité no exonera de ningún tipo de responsabilidad y ésta no puede ser transferida. La responsabilidad de la decisión es exclusivamente de quienes tienen que tomarla.

Mito N° 10. Proceso de toma de decisiones. Los CEA interfieren con el proceso de toma de decisiones, sin hallarse sus integrantes debidamente capacitados para ello.

FALSO: *El proceso de toma de decisiones, sobre todo si se analizan casos paradigmáticos, resulta bien clarificado luego del análisis bioético en profundidad y la consecuente formulación de recomendaciones. Con respecto a la escasa preparación para la tarea por parte de los integrantes fijos del CEA, ello puede que sea cierto, sobre todo al inicio de su actividad. Sin embargo, las altas exigencias de capacitación específica de cada caso harán que este problema se subsane muy rápidamente con el tiempo. La presencia desde el inicio de clínicos de experiencia en la integración del CEA ayuda a mejorar este aspecto. A su vez, la Educación Médica Continua en Bioética Clínica habrá de proveer los recursos humanos debidamente capacitados, sustrato del necesario y también permanente recambio generacional en la propia integración del CEA.*

Mito N° 11. CEA y Paternalismo. Los CEA sustituyen el paternalismo del médico individual por el paternalismo del propio órgano.

FALSO: *El argumento podría ser de recibo si la decisión la tomara el propio CEA, pero no cuando este se limita estrictamente a brindar asesoramiento. Es que la propia recomendación del CEA se aleja objetivamente de una postura paternalista en la medida en que ha sido formulada con la participación de los intereses y creencias de los afectados por el conflicto ético. Y ello incluye, necesariamente y en primer término, a los propios enfermos.*

Una postura vinculante con la anterior, en la medida en que en ambas podría subyacer un paternalismo disfrazado, es aquella que entiende que no es necesario decirle al enfermo que su caso está siendo analizado en el CEA, por la inseguridad que se le estaría transmitiendo a él y su entorno familiar. Entendemos que no solo es obligatoria tal comunicación sino que, en su defecto, *¿como y cuando se concibe que pudieran actuar los representantes del enfermo y que valor tendría la recomendación que finalmente se formulara?*

Mito N° 12. CEA y discusión sobre valores. Un CEA tiene que discutir acerca de las creencias o los sistemas de valores por los que se pudo haber llegado a una situación de conflicto ético.

FALSO: *El Comité es, básicamente, un órgano deliberativo y su objetivo no es controvertir sistemas de valores sino ayudar a tomar decisiones sobre cuestiones éticas complejas.*

Para que una norma sea correcta tiene que respetar el principio de incluir a todos los sujetos afectados por ella. *La única manera conocida de lograr esta inclusión es consensuar en torno a la ética cívica de mínimos, tal como lo preconiza Adela Cortina.⁶ Más allá de este punto, la controversia de valores puede continuar subsistiendo pacíficamente porque lo hace en un estado de equilibrio social, puesto que se ha logrado acuerdo sobre un mínimo común ético. La consideración de este aspecto,*

6 - Cortina A: El pluralismo moral en serio. El País. Madrid. 1999; páginas 269-281.

cuya figura de referencia es la mencionada autora española, si bien resulta del mayor interés doctrinario y hasta podría utilizarse como fundamento de reformulación de la totalidad de la vida cívica y hasta política, desborda ampliamente los límites del tema que hoy nos encontramos analizando.

Mito N° 13. La necesidad del consenso. El consenso que pueda alcanzarse debe revestir un carácter estratégico y táctico, de máxima conciliación de los intereses en juego.

FALSO: El objetivo básico del CEA es el de encontrar una solución éticamente correcta. *La conciliación es buena sólo si colabora en alcanzar dicha solución, nunca como un fin en sí misma.* Se rechaza así un posible “consenso estratégico” donde se negocian los intereses de las partes implicadas, y se sustituye por un “consenso racional” que defiende de manera argumentativa sólo aquellos intereses que puedan ser universalizables. Los mismos, como ha sido previamente expuesto, son los contenidos en el concepto de ética de mínimos (principios de justicia distributiva y no maleficencia).

Mito N° 14. CEA: riesgos médico - legales. Los informes de los CEA se pueden convertir en un arma de los pacientes y sus representantes legales en los litigios judiciales.

DUDOSO: Si bien no puede negarse esta posibilidad (y existe, al respecto, un análisis específico muy ilustrativo⁷), la experiencia mayoritaria indica que los CEA se han constituido en la mejor alternativa a la vía judicial: *previenen el conflicto ó lo encausan, consolidan la posición del equipo tratante, dan un soporte ético a la mejor decisión para el paciente e incrementan el prestigio de la Institución, al mostrarla abierta y receptiva a los más diversos planteos legítimos.* Por otra parte, ya dijimos previamente que no constituye función de los CEA analizar la posible mala praxis profesional. Este último rasgo excluyente le resta interés a su utilización como posible instrumento de cualquiera de las partes implicadas en una contienda judicial.

Mito N° 15. CEA y Consentimiento Informado (CI). El CEA debe marcar la pauta institucional sobre el CI.

FALSO: *Instalar una pauta sobre CI es una tarea típica de los Departamentos Clínicos.* El CEA puede estimular su realización, propiciando instancias de discusión colectiva y estableciendo lineamientos generales, pero sin sustituir en ningún caso a la acción de los Departamentos.

7 - Couceiro V Azucena; Beca I Juan Pablo: Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. Rev Med Chile 2006; 134:517-519.

Mito N° 16. Competencia del CEA. La demanda de actuación del CEA ante una instancia concreta puede ser formulada y obtenida por cualquiera que decida solicitarla.

FALSO: La cuestión no es únicamente si la pregunta contiene problemas morales, sino también si el que pregunta tiene derecho a recibir la respuesta. *Ese derecho se admite que existe si el demandante se halla implicado en las decisiones que se puedan adoptar.* Tal como fuera reiterado previamente, el Comité no puede nunca convertirse en juez de las conductas de las personas, y menos actuar a pedido de terceros no implicados directamente en las futuras recomendaciones. Parece útil también volver a recordar aquí que los CEA tienen como función asesorar en la toma de decisiones que tengan conflictos éticos, *antes de su resolución.* Ello significa que deba descartarse la actuación de un CEA con posterioridad a los hechos sujetos a controversia.

Mito N° 17. Composición del CEA. Los CEA deben estar constituidos exclusivamente por médicos, a los cuales se suma en cada caso el representante del paciente.

FALSO: La multidisciplinariedad es imprescindible, si se quiere que los CEA adopten recomendaciones que reflejen la pluralidad cultural de las modernas sociedades occidentales. *La multidisciplinariedad se vuelve una cuestión de fundamento: la estructura del Comité debe reflejar la participación tanto de los expertos como de los afectados por las decisiones.*

Mito N° 18. CEA y evaluación. La evaluación de un CEA consiste en la enumeración de los casos en los que debió intervenir y en las conclusiones alcanzadas.

FALSO: La evaluación del CEA es un proceso fundamental aunque extremadamente complejo, que recién está comenzando incluso a nivel mundial y que incluye múltiples aspectos:

- Grado en el cual son seguidas sus recomendaciones.
- Fundamentos de aquellas decisiones negativas.
- Protocolos de actuación derivados de los casos analizados: elaboración, revisión, aplicabilidad.
- Número de Cursos de Bioética implementados con su evaluación de resultados en conjunto con el Comité de Educación Médica de la institución.
- Verificación de la posibilidad de propiciar el desarrollo de proyectos de investigación bioética.

Metodología de trabajo de los CEA

Hasta aquí la tarea inicial de pretender desmitificar el conjunto de creencias que pueden existir respecto a los CEA y que no hallan sustento en lo preconizado por los diferentes escenarios asistenciales donde se posee ya una considerable experiencia al respecto, debida y rigurosamente analizada. Examinaremos a continuación distintos aspectos metodológicos que puedan ayudar a comprender más cabalmente su naturaleza.

La sistemática de trabajo del CEA ante una situación puntual debe comenzar antes que nada por clarificar los hechos biológicos y para ello necesita contar, sea en su propia integración o a un nivel de consultoría, con lo que se ha denominado técnicos en hechos. En la gran mayoría de los casos se trata simplemente del aporte clínico de personas capacitadas en clarificar cuáles son los elementos de naturaleza técnica que son relevantes para el conflicto planteado.

De la misma manera se hace necesario puntualizar claramente los conflictos éticos. Los técnicos en valores son aquí las personas con buena formación en la bioética clínica aplicada, capaces de identificar con absoluta claridad donde radican los puntos de controversia ética.

Asimismo, en múltiples oportunidades será trascendente tomar en consideración el marco legal vigente antes de formular recomendaciones, por lo que entendemos imprescindible contar con un asesor jurídico en la integración permanente del CEA. Por otra parte y como frecuentemente resulta necesaria la compatibilización de los mínimos con las creencias de la fe, deberán integrarse de acuerdo a la demanda de cada caso, los distintos representantes religiosos que mejor puedan expresar aquellas creencias.

Una vez así clarificado mediante estos aportes cual es el panorama de los problemas relevantes, podrá orientarse debidamente la posterior discusión que, como ya dijimos, debe ser abierta, honesta, respetuosa, eficaz, eficiente y formativa, esto último tanto para los integrantes del Comité como para el conjunto de la Institución. No se nos escapa que este aspecto central sobre cómo efectuar el propio análisis es, al mismo tiempo, el menos normatizado. A modo de propuesta inicial en un avance de sistematización necesariamente autolimitado por la propia complejidad y diversidad de los problemas analizados, pensamos que un traslado de los métodos propios del Aprendizaje Basado en Problemas, hoy convertido en paradigma del proceso educativo, podría ser de significativa utilidad en la resolución ética, aún cuando su pleno ejercicio pueda requerir de un entrenamiento específico.

CEA: Algunos problemas frecuentemente analizados.

- Limitación del Esfuerzo terapéutico.
- Directivas Anticipadas.

- Rechazo al tratamiento propuesto.
- Consentimiento Informado.
- Orden de no reanimar.
- Capacidad del enfermo para tomar decisiones.
- Continuidad de los procedimientos dialíticos.

Instrumentación del CEA

Deben tenerse en cuenta aspectos comunes a las instituciones que pretendan establecer un CEA:

- El proceso de instrumentación de un CEA es complejo y, hasta por ello mismo, debe comenzar de manera gradual.
- Si se quieren obtener resultados debe tenerse paciencia y especial dedicación.
- Debe existir hacia su implementación un respaldo político sostenido del más alto nivel institucional.
- La política informativa debe ser amplia, continuada y persuasiva.
- La formación bioética adecuada de sus integrantes constituye un aspecto clave, por lo que debe ser apoyada sin retaceos.

En la puesta en marcha de un CEA se pueden distinguir tres etapas:

- De concientización: *destinada a instalar la convicción de que el funcionamiento de los CEA puede elevar la calidad asistencia, así como evitar el desarrollo de un escenario de tensiones y pugnas de los distintos intereses implicados. Por otra parte, se facilitaría cumplir con el objetivo de desterrar desde el primer momento la influencia de las ideas falsas ó prejuiciadas a su respecto.*
- De sensibilización: *destinada a hacer conocer los objetivos del CEA en el colectivo institucional.*
- De especialización y profesionalismo: *destinada a constituir un equipo estable que se proponga mejorar su formación bioética y actuar con continuidad en el tiempo.*

Sistema Federado: Propuesta de Funcionamiento

Como cada vez que ha enfrentado nuevos desafíos, en la presente coyuntura FEMI debe responder aprovechando las ventajas relativas que le otorga su propio carácter federado, tal como la facilidad de obtener respuestas homogéneas a punto de partida de acuerdos doctrinarios centralizados. A continuación, habremos de enumerar

algunas ideas que podrían resultar útiles a fin de vertebrar la consagración de esta herramienta.

Los CEA del Sistema Federado deberían funcionar con una *normativa interna común*, establecida por un grupo de trabajo designado a tal fin. En el mismo se establecerían objetivos, funciones, integración, relaciones, mecanismos operativos, evaluación y análisis científico de la experiencia acumulada.

La *masa crítica* de personas con formación en Bioética en cada Institución integrante de FEMI se halla actualmente por debajo de los mínimos necesarios para ser capaz de inducir cambios institucionales en el sentido señalado. El reciente Curso de Introducción a la Bioética debe reiterarse hasta permitir acercarse a dicho mínimo, aún cuando no deba constituir el único mecanismo a tomar en cuenta. Es posible incluso que, en años subsiguientes, la importancia de la vertiente bioética en la moderna asistencia médica pueda llevar al desarrollo de estructuras estables orientadas a planificar su desarrollo y consolidación en la totalidad del escenario de nuestra Federación.

A nivel central un organismo inserto en SEPA - SEGRE ó dependiente del Comité Ejecutivo debería establecer una *comisión de seguimiento* de la implementación y funcionamiento de los CEA en las instituciones integrantes del Sistema, con eventual *asesoramiento* si se produjeran importantes dificultades de cualquier tipo.

En un plazo de 1 a 2 años debería establecerse una *Jornada de Evaluación*, a nivel de todo el Sistema FEMI, con producción de informes críticos y propuestas de perfeccionamiento.

Es del todo obvio que las ideas expuestas constituyen apenas un abreviado borrador al cual otras pudieran ser incorporadas con posterioridad para mejor consolidar este intento de colocar la problemática bioética en el centro de las más hondas y legítimas preocupaciones del futuro inmediato.

Para finalizar, nuestro Sistema Federado tiene aquí la oportunidad histórica excepcional de iniciar la instalación de los CEA con una *metodología rigurosa*, científica y que tome en cuenta la vasta experiencia ya acumulada a este respecto a nivel mundial. Tal es la idea central que anima a la presente propuesta, hoy expuesta a la consideración del pleno del Sistema Federado.

HECHOS DEL SIGLO XX RELACIONADOS A LA BIOÉTICA

Expositor: Dr. Daniel Morelli⁸.

En el marco de nuestra propuesta en cuanto a la creación de Comités de Ética en todas las instituciones asistenciales de la Federación, pretendemos hacer una introducción histórica al tema de la bioética. Si bien de este tema hay cuantioso material que podemos rescatar desde los albores de la Medicina Occidental, el surgimiento explosivo de la bioética data de la última mitad del siglo pasado en respuesta al surgimiento de doctrinas eugenésicas (mejora de las razas), esterilizadoras y eutanásicas.

Hemos intentado establecer algunos de los hitos que condicionaron este surgimiento:

1907: En Indiana EEUU se promulga la Ley Eugenésica que establecía la esterilización obligatoria a los criminales incorregibles, los imbéciles y los alienados. En 1950, 33 Estados de la Unión tenían leyes similares.

1910: En EEUU se crea la Eugenics Record Office, que en 1924 aprueba el “Acta de Restricción de la Inmigración” que limita la entrada al país de sujetos procedentes del sur y este de Europa y en especial de inmigrantes judíos, aludiendo la necesidad de preservar la higiene racial de la población norteamericana.

1914: Caso Schloendorff vs. Society of N.Y. Hospitals. Se plantea el caso de una mujer a quien se le realizó una mastectomía por un cáncer. Si bien la indicación médica era la correcta, el juez Cardozo en su sentencia contra el hospital establece el derecho de los pacientes a disponer de su cuerpo, antecedente del derecho de autonomía de los pacientes y del consentimiento informado.

1920: Kurt Binding, jurista y Alfred Hoche, psiquiatra, publican en Alemania el libro “Vía libre a la destrucción de las vidas que no merecen la pena de ser vividas”,

1924: Hitler publica su libro “Mi lucha” en el que fundamenta la doctrina de la pureza de la raza aria.

1933: En Alemania se aprueba la ley de esterilización obligatoria a los afectados de “defectos mentales congénitos, esquizofrenia, psicosis maníaco – depresivas, epilepsias hereditarias, alcoholismo severo, y Corea de Huntington.

1935: Se crea en Londres la “Voluntary Euthanasic Society”, pionera de las asociaciones que defienden el derecho de los pacientes a una muerte digna.

1938: Se crea en EEUU la Euthanasic Society of America.

1939: Hitler autoriza el comienzo del programa “Aktion T4”. Eutanasia de niños menores de 3 años con defectos congénitos.

8 - Secretario del Tribunal de Ética Médica de FEMI.

1941: Se amplía el programa a menores de 17 años.

1943: Se amplía a niños sanos judíos y de otras razas. Se aprovecha para investigar las maneras más efectivas y rápidas de causar la muerte, conocimientos aplicados luego en los campos de exterminio nazi.

1948: Se promulga el Código de Nuremberg como conclusión de los procesos judiciales contra los médicos nazis. Será el primer protocolo de la historia sobre la ética en la investigación.

Se dice que al igual que la física perdió su inocencia en Hiroshima, la medicina la perdió en Auschwitz.

Del análisis de estos hitos del siglo pasado vemos planteados distintos problemas éticos relacionados con el ejercicio de la medicina, unos a la investigación en seres humanos, otros surgidos en la relación clínica y los derechos de los pacientes, y por último los referidos al incumplimiento de los códigos deontológicos.

Cada uno de estos problemas será materia en distintos ámbitos de análisis.

Los Comités de Ética Asistencial tienen competencia en el análisis y dilucidación de los conflictos de valores surgidos en la relación clínica, tema en el que nos vamos a centrar.

Fundamentos de los Comités de Ética Asistencial

La relación médico paciente y los principios que la rigen deberían ser el fundamento de la atención médico sanitaria. Sin embargo esta atención se presenta en un contexto mucho más amplio que va más allá de la relación médico paciente. La creciente complejidad de las relaciones asistenciales debido al desarrollo de la medicina, la especialización técnica, la estructura cada vez más compleja de los grandes hospitales y la socialización de la asistencia sanitaria han cambiado la clásica relación médico paciente. Surgen nuevos problemas que se dan en el ámbito de complicadas relaciones y procesos asistenciales. El paciente se relaciona con muchos profesionales, médicos de distintas especialidades, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, etc. Se añaden además las llamadas terceras partes: familia, sociedad, jueces, administradores, etc.

En palabras de Azucena Couseiro “en la práctica médica y en el contexto de la complejidad de la relación clínica surgen tomas de decisiones difíciles derivadas del pronóstico de cada caso, de los objetivos terapéuticos, del uso de la tecnología, de los deseos del paciente y de los recursos disponibles.

Muchas veces los médicos y los familiares se enfrentan por ejemplo, al problema de decidir formas de limitación del esfuerzo terapéutico, en pacientes en quienes mantener medidas de soporte vital llega a constituir obstinación terapéutica y daño al paciente. Además de situaciones que permiten frecuentemente plantear varias alternativas correctas para un mismo caso.

De esta manera las alternativas para el mejor cuidado de los enfermos son generalmente varias y la mejor decisión se basa en la consideración global de todos los factores: bases científicas, experiencia, voluntad de los enfermos o los familiares, valores involucrados, aspectos de la calidad de vida, medidas para disminuir el sufrimiento y recursos disponibles.”

Pero todavía se complica más el análisis si tenemos en cuenta que vivimos en sociedades plurales, multiculturales y multiétnicas, por lo que cada cual tiene una perspectiva distinta de cada uno de los aspectos del acto moral. Cada individuo desde su diferente formación académica, desde su especialidad, desde sus creencias religiosas y desde sus valores morales ve determinados aspectos del acto moral y no otros.

En este contexto ¿cómo se toman decisiones morales de alta complejidad actualmente? De forma muy parecida a las decisiones clínicas. Cuando las decisiones son sencillas cada uno las toma en solitario pero cuando el problema es difícil y tenemos dudas o no sabemos como resolverlo, llevamos el caso a un ateneo o ronda clínica para que pensando entre todos y escuchando la opinión de todos, podamos llegar a un diagnóstico o a una decisión terapéutica sobre el tratamiento más conveniente. En las decisiones morales se hace de forma muy similar. Este es el rol de los Comités de Ética Asistenciales. Son órganos de deliberación interdisciplinaria e independiente que integran las diferentes creencias e ideologías, que analizan y ayudan a tomar decisiones en los problemas morales que surgen en la relación clínica.

Surgimiento de los Comités de Ética Asistencial

Los Comités de Ética Asistenciales se iniciaron en EEUU en el pasado siglo XX. El primer Comité suele considerarse al llamado “Comité de la muerte” establecido en 1960 en Seattle con el fin de seleccionar a los pacientes que se iban a someter a la recién desarrollada técnica de la hemodiálisis.

La necesidad de seleccionar a los pacientes utilizando criterios distintos de las meras indicaciones médicas, llevó a crear, por primera vez, un grupo multidisciplinario en el que participaban legos en la materia y representantes de la comunidad, además de médicos expertos. Su trabajo consistía en introducir criterios morales en la selección de los pacientes.

Puede afirmarse que el inicio real, con el aval jurídico de los Comités se sitúa en 1976. En ese año se vivió en EEUU, el primer caso clínico en el que un Tribunal norteamericano pide la intervención directa del Comité. Karen Ann Quilan , una joven católica de 21 años se sumió en un coma profundo tras la ingestión combinada de alcohol y barbitúricos. Sus padres demandaron la posibilidad de desconectar a la paciente de la ventilación asistida. El Tribunal Supremo de New Jersey dictaminó que autorizaría la petición solo si tras la formación de un Comité de Ética en el Hospital en el que Karen se asistía, éste confirmaba la irreversibilidad de la vida cognitiva de la joven.

A raíz del desenlace de este caso, donde la joven luego de desconectada, vivió 10 años más, el Juez recomendó que los problemas éticos como los del caso, deberían ser resueltos dentro del ámbito clínico, sin recurrir a Tribunales.

Desde 1992 en el manual para la acreditación de hospitales de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, exige como requisito que las instituciones hospitalarias tengan establecidos mecanismos para la resolución de problemas morales. Aunque la existencia de comités de ética no es exigida, es el mecanismo que más se ha desarrollado y de mayor utilidad para la resolución de este tipo de conflictos.

En España el 1er. Comité se implantó en 1974 en el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, en ocasión de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología, para resolver los casos conflictivos desde la perspectiva ética. Pero la mayor expansión de los CEA se produce durante la pasada década de los años 90, coincidiendo con los cursos de Maestría en Bioética dictados en la Universidad Complutense de Madrid y dirigido por Diego Gracia. Poco a poco se han ido multiplicando los Comités por toda la geografía española, y en este momento se encuentran todavía inmersos en el proceso de expansión de los mismos. No solo los hospitales del INSALUD han implementado tales Comités, sino que también todos los departamentos de Sanidad de las Provincias Autónomas.

Hoy en el mundo occidental existe la convicción de la necesidad de brindar calidad en la atención médica. Es un imperativo jurídico, ético y profesional. La calidad tiene dos patas: la técnico – científica y la del respeto de los valores involucrados en la relación clínica. Los profesionales de la medicina se ocupan de los primeros, los Comités de Ética de los segundos.

Desde que la relación médico paciente devino del paradigma paternalista al de la autonomía, y de la responsabilidad individual a la institucional, es responsabilidad de estas organizaciones, las Instituciones de Asistencia, crear los CEA para salvaguardar los derechos de los actores involucrados en el contexto del nuevo modelo de la relación clínica.

Funciones

Si bien los pioneros en esta actividad fueron los norteamericanos por nuestra similitud étnico – cultural con la civilización greco – latina, analizaremos el modelo español.

La circular 3/1995 del 30 de abril del INSALUD, de España, establece en sus instrucciones:

- 1) Definición: Recibe el nombre de Comité Asistencial de Ética aquella comisión consultiva e interdisciplinaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen en la práctica clínica de las instituciones sanitarias.

- 4) Dependencias: Los CAE cuya autoridad es únicamente moral, tendrá carácter de asesoramiento y consulta. Gozarán de autonomía absoluta en todas sus actuaciones y no dependerán funcionalmente de ningún órgano o comisión institucional.
- 8) Sus funciones son:
 - 1.- Proteger los derechos de los pacientes.
 - 2.- Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que creen conflictos éticos entre sus intervinientes: el personal sanitario, los pacientes o usuarios y las instituciones.
 - 3.- Colaborar en la formación en bioética de los profesionales del hospital y del área de la salud y muy en particular, en la de los miembros del Comité.
 - 4.- Proponer a la institución los protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.
 - Las funciones del Comité son completamente independientes de las competencias que en asuntos de ética y/o deontología correspondan a los respectivos colegios profesionales de sus miembros.
- 9) Los informes emitidos por los Comités no serán vinculantes para sus miembros, así como tampoco para los profesionales ni para la institución.

El Decreto 143/95 de creación de los CEA del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco es del mismo tenor aunque no aparece ninguna mención al punto 8.1, referida a la defensa de los derechos de los pacientes.

La Orden de la Generalitat de Cataluña del 14 de diciembre de 1993 fue el primero que se publicó en España y dice:

“El Comité de Ética Asistencial o de bioética es un comité consultivo, multidisciplinario, que en ningún caso sustituye la decisión clínica de los profesionales, que integra varias ideologías morales de su entorno y que está al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria para ayudar a analizar los problemas éticos que puedan surgir.

Resumiendo: todas las normativas españolas insisten en lo mismo: comisión consultiva, multidisciplinaria, función de asesoramiento, su autoridad es únicamente moral y los informes no son vinculantes

Composición de los Comités de Ética Asistencial

Debe ser multidisciplinaria, e incluir en su composición las diferentes creencias e ideologías presentes en el medio social donde desarrollan su actividad. En él deben estar representadas las especialidades médicas más significativas, fundamentalmente las que

suelen presentar con más frecuencia problemas morales (intensivistas, emergencistas, cirujanos, anestesiistas, ginecólogos, neurólogos, psiquiatras, y medicina comunitaria, personal de enfermería de las distintas especialidades, sicólogos, asistentes sociales, un jurista, un representante de la religión de los involucrados en el problema, y también un representante de la comunidad.

Procedimiento en la toma de decisiones.

Es importante señalar que la actitud de los integrantes es fundamental. Al igual que en los problemas clínicos, en las cuestiones morales debemos adoptar una postura de búsqueda, de investigación, sin prejuicios, abiertos a los mejores argumentos y dispuestos a cambiar hacia la solución mejor sin miedo a desdecirnos.

La metodología que se emplea es la deliberativa sabiendo que al igual que en la medicina, en los problemas éticos puede haber más de una solución para un mismo problema. No deberemos plantear los casos como dilemas, sino como problemas al que tenemos que darle la mejor solución posible.

Razonando entre todos los participantes en igualdad de posiciones, sin imponer argumentos, buscando racionalmente los consensos para arribar a una decisión que pueda ser compartida por todos.

Se deberá seguir un procedimiento que asegure no pasar por alto ningún aspecto fundamental.

Antes de tomar un caso hay que plantearse una serie de preguntas: ¿Qué nos preguntan, por qué, para qué, y por último es competencia del comité?.

Así identificamos el conflicto de valores que plantea la consulta. La última es fundamental y la respuesta va a depender de tres cuestiones: Lo que preguntan es competencia del Comité de Ética o de otro comité o tribunal ¿Quién lo pregunta es participante directo del problema que debe ser dilucidado, finalmente, cuando lo pregunta? El objetivo es asesorar en la toma de una decisión antes de que ésta haya sido tomada, nunca después.

Una guía metodológica para el análisis de un caso puede ser la siguiente:

El comité es básicamente un órgano deliberador, y su objetivo es el de tomar decisiones sobre cuestiones complejas con el fin de resolver problemas morales y tomar decisiones al respecto. La deliberación es, precisamente, el proceso racional que permite analizar las razones y aportar argumentos para que aquellas decisiones que se tomen sean prudentes, por más que nunca puedan pretender la certeza.

El camino a seguir es primero analizar los hechos los que pueden ser problemas biológicos, problemas relacionados con la autonomía, surgidos en la relación sanitaria

con el paciente o con sus familiares, problemas socio-económicos, administrativos o legales.

Se deben identificar los conflictos y los valores implicados en cada uno, por ejemplo analizando los principios de la bioética cuales son: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

Se debe señalar los cursos de acción posibles e identificar el más adecuado, para lo cual se contrastara cada una de las soluciones posibles con los valores de nuestra cultura.

Por último se tomará la decisión final.

INFORME FOMIN. AVANCE. UNIDAD EJECUTORA. PROYECTO FEMI SALUD DIGITAL

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

I) Dimensión política

El *objetivo general* del proyecto es aumentar la *eficiencia en la gestión* y mejorar la *integración* de los proveedores privados de salud en el interior del Uruguay.

El *objetivo específico* es el desarrollo e implementación de instrumentos basados en *tecnologías de la información y comunicación (TIC)*, para la mejora de la eficiencia en el uso de los recursos y mejoría de la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud que integran la red de la Federación Médica del Interior (FEMI) y otros, facilitando su adaptación a los procesos de reforma en curso.

Los componentes del proyecto son los siguientes:

Desarrollo de instrumentos para la innovación en la gestión del sector privado de salud

- Sistema de información concebido como un tablero de mando.
- Implantación progresiva de la Historia Clínica Electrónica, GRD, Guías Clínicas, Receta Electrónica, Telemedicina.
- Diseño de un plan informático donde se establezca una plataforma tecnológica única con capacidad de interoperabilidad.
- Desarrollo de un sistema de información con información epidemiológica-contable.
- Diseño y desarrollo de un portal en Internet con soluciones estandarizadas para implementar la historia y otras.

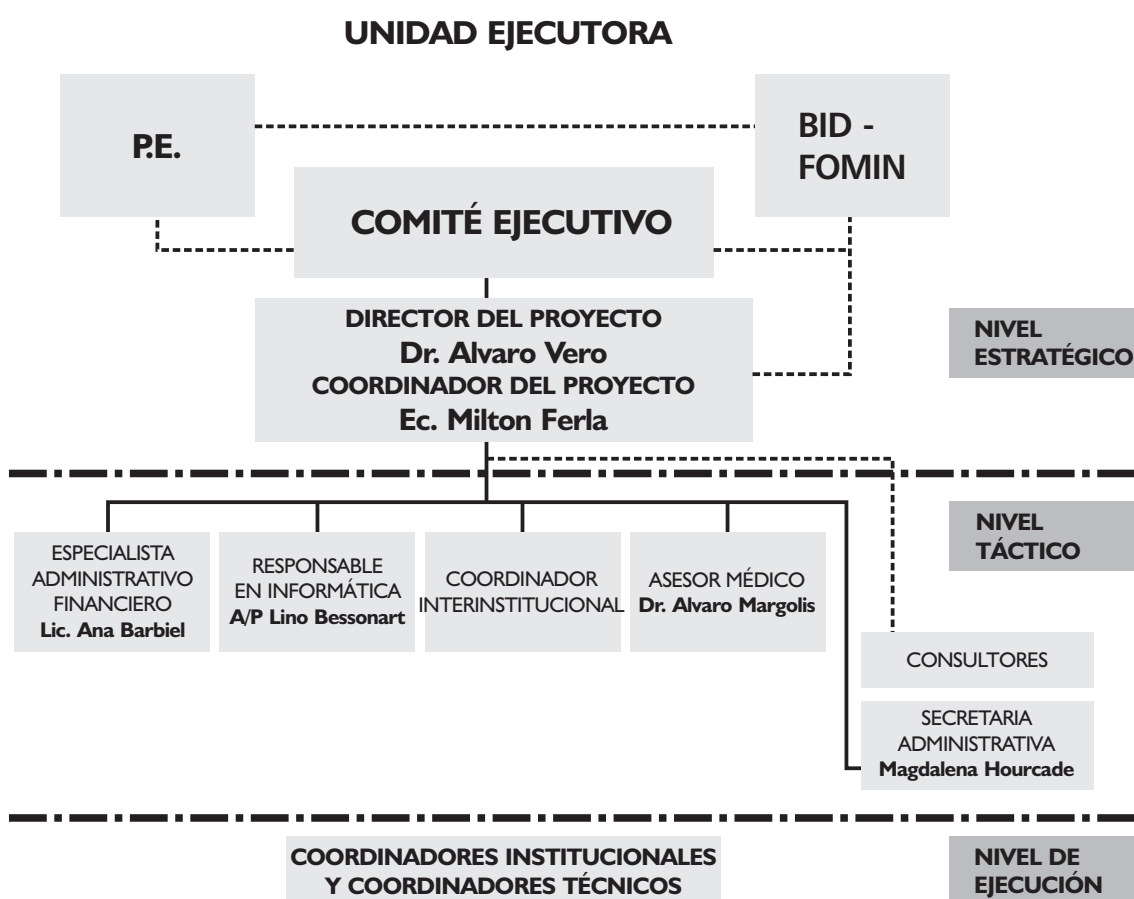
Proyectos de soluciones tecnológicas para la mejora de la atención del usuario

- Mejora de la eficiencia con mayor alcance social.
- Desarrollo de un centro de atención a las Instituciones especializado en el diseño e implantación de soluciones tecnológicas.
- Capacitación de personal.
- Asistencia técnica.

Difusión de la experiencia desarrollada

- Desarrollo de estudios de costo-efectividad.
- Materiales, manuales y publicaciones que permitan la transferencia de la experiencia, tanto a nivel nacional como regional.
- Atajos: red FEMI existente y Telemedicina.

La estructura de la Unidad Ejecutora es la siguiente:



Reforma política del sistema de salud en el Uruguay

- Financiamiento:
 - Fondo único
 - Cápita por riesgo
 - Metas prestacionales

- Modelo de gestión:
 - Integración público privado
- Modelo asistencial:
 - Preventivo
 - Primer nivel de Asistencia

Se han llevado a cabo reuniones de Coordinación con actores públicos y privados con el objetivo de aunar esfuerzos en las definiciones de requerimientos para la definición de la HCE

- Ministerio de Salud Pública
- Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC)
- Instituto de Seguridad Social (BPS)
- Instituto de Medicina Altamente Especializada (FNR)
- Sociedades científicas y académicas (SUIS, SUEIIDISS, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Austral de Pilar).
- Prestadores privados

Cronograma de reuniones

- 10/07 – en MSP
- 08/10 – en FEMI
- 23/10 – en FNR
- 06/11 – en BPS
- 13/11 – en FEMI c/Ministra Salud Pública

Marco regulatorio (HCD)

- Decreto 258/992- *se reconoce HCD.*
- Decreto 396/003 – *se regula la HCD.*
- Ley 18362/007 Creación de la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC).

- Ley 18331 agosto 08 *protección de datos personales*.
- Ordenanza Ministerial N° 589 del 19/09/08 sobre *Historia Digital de Salud*.
- Contrato de Gestión con la *Junta Nacional de Salud*. Decreto N° 464/008 de 02/10/08

Que se entiende por Historia Clínica Digital

- La Historia Clínica puede ser entendida como la unidad básica del conocimiento o la información.
- Como una cuenta corriente clínica, epidemiológica y contable que permite la gestión administrativa, clínica y económica.
- Es un medio de diálogo que integra profesiones concurrentes.
- Transparenta la relación médico-paciente más allá de la intimidad del archivo. Hoy con la seguridad del caso está en Internet.
- Debe ser considerado un medio de producción sanitaria que integra conocimiento y tecnología.
- Hace necesaria la formación del recurso humano en tecnologías de la información haciendo posible una nueva era de asistencia médica.
- Genera políticas generales de incentivos para las instituciones y profesionales ya que el costo operativo de la informática se estima entre 2 y 4% de los gastos.
- Si la “anatomía” está dada por la estructura y la “fisiología” por los procesos, podremos entender la HCD como el “glóbulo rojo” que viabiliza el sistema.
- Debe ser integradora de todos los estamentos de la organización.
- Debe proporcionar la base de interconexión e interoperabilidad entre diversas aplicaciones y sistemas.

Que contenidos debe tener la HCD

- datos patronímicos
- controles
- datos de consultas
- comentarios
- prescripciones según vademecum

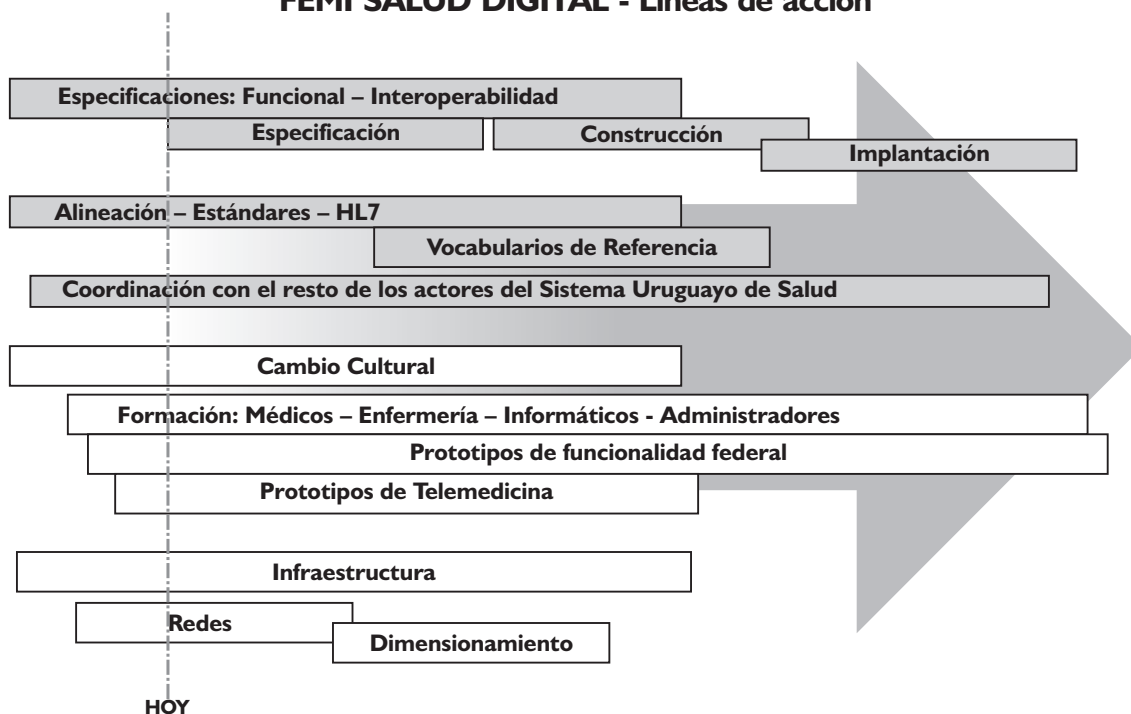
- receta electrónica
- visualizar estudios
- guías clínicas
- protocolos y alarmas.

Cuáles son las dimensiones de la HCD

- Escenario político
 - Normativa
 - AGESIC
 - Apoyo gubernamental
 - Iniciativas digitales públicas
 - Meta prestacional
 - Documento único nacional
- Escenario social
 - Empadronamiento social
 - Visión gremial
 - » Modo asistencial
 - » Poder de información
 - » Fórmula salarial
 - Producto de valor y contenido social
- Escenario de salud
 - Objetivos
 - » Demográficos
 - » Epidemiológicos
 - » De gestión
 - » Integración del sistema

- » Forma de financiamiento
- » Comercial/proveedores
- » Docencia/investigación
- » Metas prestacionales

FEMI SALUD DIGITAL - Líneas de acción



La implementación generalizada de la HCE ha sido lenta

- A pesar de las enormes oportunidades asociadas al uso de sistemas y herramientas clínicas en la atención de la salud, el uso efectivo de dicha tecnología ha sido insignificante.
 - El porcentaje de hospitales que tienen algún tipo de RE de salud o HCE varía mucho en todo el mundo.
 - Un pequeño porcentaje de hospitales utiliza CPOE (sistema computarizado de ingreso de prescripciones y órdenes médicas) e incluso un porcentaje mucho menor de estos ofrecen soporte a la toma de decisiones clínicas para la atención de pacientes.
 - Sólo entre el 25 – 30% de los grupos de médicos en USA informan que utilizan HCE y muchos no utilizan sistemas electrónicos para prescribir.

- Aún para los hospitales que deciden implementar herramientas y tecnologías informáticas, el índice de éxito de los proyectos de TI clínica y de adopción por parte de los médicos es bajo.
 - Los informes sugieren que el índice de éxito para los proyectos clínicos de TI en lograr sus objetivos puede ser menor al 50%.
 - Se han informado varios fracasos de implementaciones clínicas de TI en los últimos años, causando que algunos de los ejecutivos de la salud se cuestionen si los beneficios comparados con los costos y riesgos percibidos, valen la pena.

Brian J. Kelly, MD INFOLAC 2008 Buenos Aires – Pilar

2) Situación económica administrativa

Actividades en desarrollo

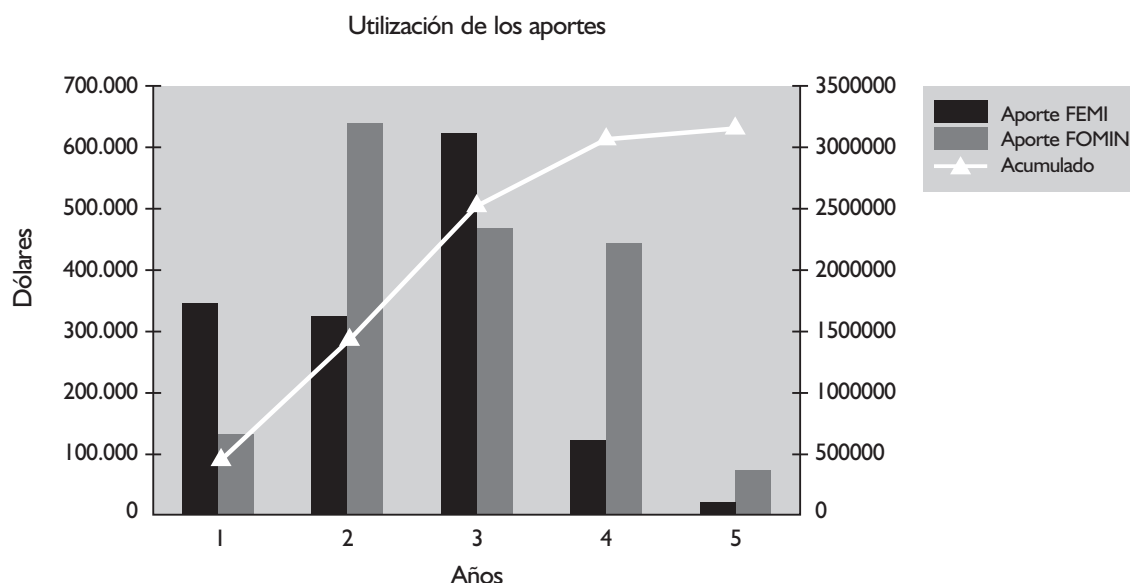
Consultorías:

- Consultoría de la infraestructura de la Red de datos de FEMI.
- Consultoría de línea de base del Proyecto.
- Selección de auditores económico-financieros.
- Consultoría de diagnóstico de situación, especificaciones de los sistemas y diseño del plan informático. Esta consultoría es uno de los ejes principales del Proyecto

Docentes:

- Curso Introductorio a los Sistemas de Información en Salud, con 95 participantes
- Se han culminado los cursos de HL7 con 41 cursantes, y I0X10 Sistemas de Información en Salud, con 31 cursantes.
- Se agregarán actividades para el área de enfermería a realizarse en los inicios del 2009.

Cronograma de utilización del aporte



3) Dimensión técnica y alternativas

¿Que obtendrá cada institución del proyecto?

- Una software de Historia Clínica Electrónica (HCE) que permitirá:
- Registrar y Consultar, directamente a los profesionales de la salud, toda la información clínica en formato electrónico. Esta información se registrará utilizando estándares de codificación.
- Prescribir en formato electrónico.
- Intercambiar la información necesaria entre esta HCE y los restantes módulos del sistema de gestión de cada Institución.
- Intercambiar la información *clínica y administrativa* necesaria entre la Institución y el resto de las Instituciones de FEMI.
- Obtener, a partir de dicha HCE, la información de indicadores clínicos para el SINADI.
- Un tablero de control sobre los indicadores clínicos y administrativo-contables.

Existen algunos dilemas:

Dilemas: Parte 1.

- ¿Qué información esta dispuesta a compartir cada Institución agrupada en FEMI? Estándar IHE-XDS.
- ¿Cuál es el documento estándar de información clínica que todas las instituciones puedan leer? Estándar HL7-CDA.
- ¿Cuál será la codificación que usarán las Instituciones para describir un diagnóstico que se leerá en otra Institución? Estándar SNOMED CT, CIE I0.
- ¿Cuál será la codificación que usarán las instituciones para describir un fármaco que se leerá en otra Institución? ¿existe un estándar para Uruguay?

Dilemas: Parte 2.

- ¿Cómo nos aseguraremos que la información que una Institución envía a otra corresponde exactamente a la persona que está siendo atendida en la otra institución? Estándar SUEI DISS de Identificación de personas. Estándar IHE-PIX. Estándar IHE-PDQ.
- ¿Cómo garantizamos la confidencialidad de la información de un paciente cuando la enviamos electrónicamente a otra Institución? Estándar IHE-ATNA.
- ¿Cómo garantizamos la identidad que un usuario de una Institución amiga, para que la información que enviamos sea brindada a ese usuario, con derecho a verla, y solo a él? Estándar IHE-XUA

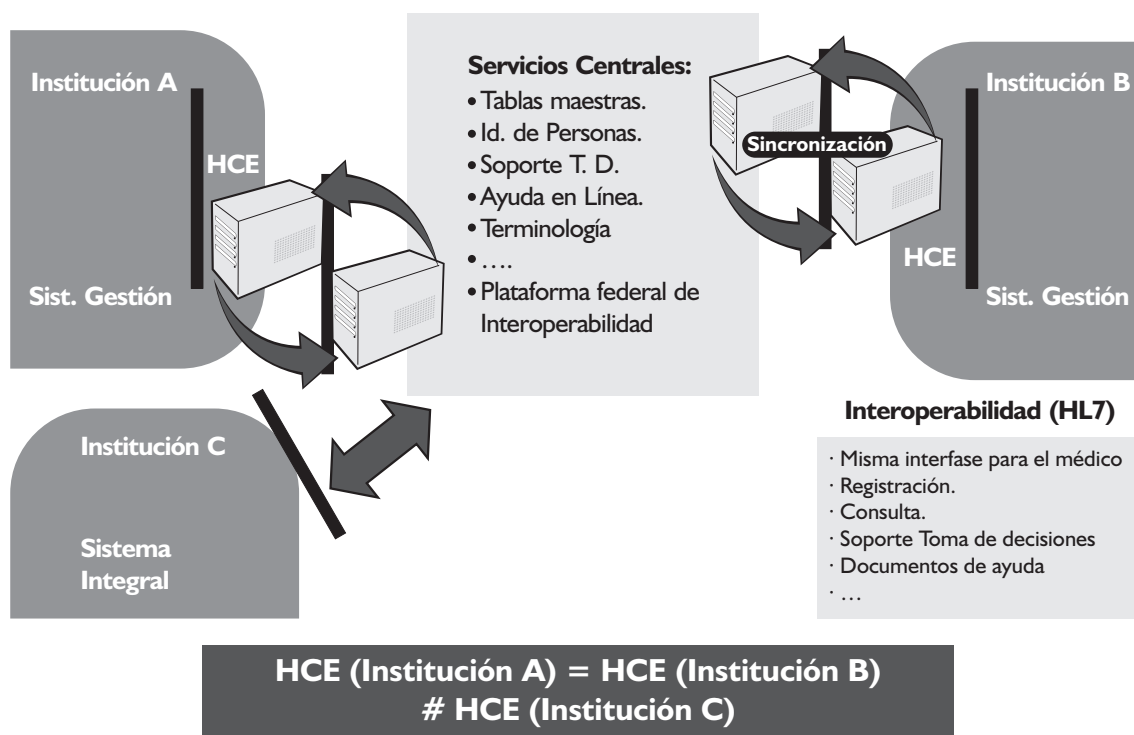
Dilemas: Parte 3.

- ¿Cuál será la mejor interfase médico – computador? Queremos que el médico registre “cómodamente” los datos de Historia Clínica. Utilización de Vocabularios Naturales Locales.
- ¿Podemos brindarle ayuda en línea al médico? Soporte a la Toma de Decisiones, Guías Clínicas, Documentación disponible.
- Las adecuaciones que cada Institución debe realizar para interoperar con sus Historias Clínicas: ¿Qué esfuerzo en costos, recursos humanos y materiales le implica? Redimensionamiento de recursos, Capacitación, Implementación gradual, Red de comunicaciones.

Dilemas: Parte 4

- Qué porcentaje de Médicos, Dirigentes, Licenciadas en Enfermería considera este cambio necesario y urgente?
 - Capacitación.
 - Divulgación.
 - Intercambio de ideas.
 - Prototipos.

Modelo HCE que buscamos



4) Capacitación

La capacitación en el proyecto FEMI Salud Digital

¿Qué problemas hay cuando no hay técnicos formados en informática en Salud?

- Se desconoce qué se puede hacer
- Se crean sistemas aislados (chacras), sin estándares para interoperar
- Se idealiza qué se puede hacer con los sistemas informáticos
- Se desconocen los tiempos que lleva hacerlo
- Se desconoce la inversión necesaria
- **¿Qué se debe saber?**
 - Gestión de proyectos de informatización en Salud
 - Gestión del cambio cultural en estos proyectos
 - Sistemas de codificación en Salud
 - Estándares
 - Funcionalidades de los sistemas informáticos
- **¿Qué se debe saber hacer?**
 - Trabajo en equipos interdisciplinarios
 - Habilidades de comunicación

Experiencia del proyecto FEMI Salud Digital para formar a sus unidades interdisciplinarias

- Público objetivo: tres delegados institucionales de cada una de las instituciones de FEMI con los siguientes perfiles: *un profesional de la informática, un técnico en registros médicos y un integrante de la dirección médica.*
 - Estos profesionales serán los referentes institucionales del proyecto FOMIN.
- Curso introductorio, en tres jornadas de 7 horas cada uno (noviembre 2007 – abril 2008)
- Actividad acreditada por la Escuela de Graduados con 20 créditos

- Contenido del curso
 - Sistemas informáticos integrales para las Instituciones de Salud.
 - Historia clínica electrónica, prescripciones electrónicas
 - Seguridad del paciente.
 - Gestión de proyectos de informatización en Salud y gerenciamiento del cambio organizacional.
 - Sistemas de codificación y estándares en informática médica. Normativa legal. Seguridad y confidencialidad de la información médica.
 - Sistemas de información para la Gestión (SIG).
 - Herramientas para el análisis interactivo de la información (Data Warehousing).
 - Protocolos clínicos.
 - Bibliotecas virtuales.
- Metodología de trabajo:
 - Entrega de *bibliografía* previa e información disponible en sitio Web del proyecto.
 - *Exposición* teórica del tema.
 - *Talleres* de análisis de casos.
 - *Visitas de campo* opcionales a instituciones con sistemas informáticos en Uruguay en Argentina:
 - » Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Austral, Gerencia Salud del Banco de Previsión Social.
 - Relevamientos de las instituciones de donde provienen los cursantes: *Integración entre el proyecto informático y una actividad educativa.*

Resultados

- Un promedio de *60 profesionales de todas las instituciones* de FEMI participaron en cada jornada presencial
- *38 de ellos completaron los requerimientos* del curso, de 14 instituciones
- *31 de ellos fueron a Buenos Aires* durante 3 días
- La evaluación general de parte de los cursantes fue buena

- 4/5 (55%)
- 5/5 (42%)
- Gracias a acuerdos con el exterior, se cursaron dos actividades online de tres meses cada una:
 - HL7: 41 informáticos de toda la FEMI.
 - 10 x 10: 31 médicos y TRM de toda la FEMI.
- Una delegación numerosa de FEMI participó en *dos congresos internacionales*, en Uruguay y Argentina

Próximas actividades

- 2008:
 - *Reunión con las Unidades de Coordinación de todas las instituciones.*
Tema: Situación del proyecto e informe de temas tratados en InfoLAC. Viernes 5 de diciembre - 9 a 16:30.
 - *Prueba piloto de tele-ateneo cardiológico* entre Sanatorio Americano y Artigas.
Miércoles 17 de diciembre.
- 2009:
 - *Introducción a la Informática en Salud para Enfermería.* 6 de marzo.
 - *Seminario-Taller sobre Telemedicina.* 20 de marzo.
 - *Curso introductorio a los sistemas de información en Salud – edición 2009.*
Inicio: viernes 13 de marzo.
 - *Curso 10 x 10.* Inicio: 1º de abril. Duración: 4 meses.
 - *Actividad niveladora sobre HL7 y CDA:* 5 de junio.

Conclusiones sobre la capacitación

- La formación de los líderes y equipos interdisciplinarios es *necesaria* para el éxito y la *masificación* de proyectos de informatización de las instituciones de Salud
- Esta formación es *posible*, con la colaboración de instituciones académicas de Uruguay y la región, usando instancias presenciales y a distancia.

PROYECCIÓN DEL SANATORIO AMERICANO S.A EN EL CONTEXTO FEMI

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Primera parte: Temas siempre presentes

Primer punto: Evolución de la Situación Económico Financiera del SASA.

Se presentó un análisis de:

- Evolución del Resultado Neto.
- Resultados / Inversiones
- Patrimonio
- Pasivo
- Facturación

Se destaca el buen perfil de la evolución económico financiera del SASA, así como también el crecimiento del Patrimonio. Se hace hincapié en la evolución del Pasivo, que a fines del 2009 será de 0.

Segundo Punto: Fuente Laboral de los Técnicos de FEMI en el SASA.

Se analizan los siguientes puntos:

- *Número de Técnicos.*
- *Retorno en Remuneraciones.*
- *Concursos. Relación de Dependencia a término.*
- *Residentados.*
- *Pasantías.*
- *EDUMECO.*

Se destaca el incremento progresivo en la incorporación de médicos y especialidades de FEMI, llegando a los 305 técnicos de FEMI en el SASA. También se recalca que en el SASA, del total de la plantilla laboral de técnicos, el 82% corresponden a FEMI y solo el 18% son técnicos extra-FEMI.

Segunda parte: Estrategia de mercado

Primer punto: ALTA TECNOLOGÍA. Se compara 2007 y 2008.

Se analiza la evolución de los resultados de las prestaciones al FNR destacándose que de un margen negativo, de 3, en 2007, pasamos a un margen positivo de 3, en 2008. Entre los factores que justifican este cambio en los resultados, se destacan: aranceles de cardio cirugía pediátrica, mejor gestión clínica, Ateneos, pago de las complicaciones, negociación insumos específicos.

Segundo Punto: PRODUCTOS CONVENCIONALES. Se compara 2007 y 2008.

Se destaca el crecimiento del CTI POLIVALENTE, la internación convencional de FEMI y el incremento de la consulta en EMERGENCIA.

Tercer Punto: NUEVOS PRODUCTOS.

Nuevos productos planteados en el Conclave del 2007 a desarrollar durante el 2008:

- *Neurocirugía Funcional.* IMPLEMENTADA.
- *Resonancia Magnética en Cardiología.* IMPLEMENTADA.
- *Resonancia Magnética en Mastología.* IMPLEMENTADA.
- *R.M. en Próstata.* EN DISCUSIÓN SU UTILIDAD.
- *R.M. en Obstetricia.* IMPLEMENTADA.
- *Termo ablación de Metástasis.* EN ESTUDIO.
- *Recovery.* IMPLEMENTADO.
- *Cirugía Traumatológica de Columna.* EN ESTUDIO.
- Centro Urológico de primer nivel. Laser. Laparoscopia. Endourología. EN ESTUDIO.

Temas propuestos en el 2007 y que siguen en proceso:

- *Turismo y salud.*
- *PET – CT.*

Se informa de la marcha de estos operativos.

Tercera parte de la Presentación: ESTRATEGIA de MERCADO

Se analizan los siguientes puntos:

G R D ----- IMPLEMENTADO.

BSC – Cuadro de Mando Integral. ---- CASI PRONTO.

INTRANET ----- GRAN CRECIMIENTO.

RESIDENTADOS ----- SE AUMENTAN LAS ESPECIALIDADES.

DOCENCIA

INVESTIGACION ----- GRAN AVANCE. En Marcha la creación de CISASA (Centro de Investigaciones del SASA).

EDILICIO: OBRAS

Se expone un detallado informe de cada uno de estos puntos.

Cuarta Parte de la Presentación: AMENAZAS

2007 poníamos:

- Aporte Patronal
- Ley de Tercerizaciones
- IRAE
- F N R

En el 2008 decimos:

- Crisis Financiera Internacional.
- Honorarios de los Técnicos de los IMAES.
- Ley de Cooperativas.

Quinta parte de la Presentación: PROYECTOS U OBJETIVOS PARA EL 2009

- LA TORRE - ESTACIONAMIENTO.
- PET - CT.
- CENTRO OFTALMOLOGICO.
- PRÓTESIS ENDOVASCULARES.
- SUGERIDO POR EL AUDITORIO: NEURO RADIOLOGIA INVASIVA.

Se brindó amplio informe sobre cada uno de estos proyectos o desafíos, quedando pendiente informe sobre los mismos para el Conclave de FEMI en el 2009.

INFORME SEMI: CAJAS DE AUXILIO

SITUACIÓN ACTUAL

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

La Directiva de SEMI decidió en la oportunidad, mostrar a través de la presentación adjunta y de la exposición, la pérdida de derechos adquiridos que tendría la aplicación de la ley del SNIS en los Médicos del Interior en relación a la Seguridad Social en actividad.

SEMI es un integrante más de la Seguridad Social, así lo reconoce la legislación vigente y la vivencia del día a día de los Médicos del Interior.

La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, le reconoce a las Cajas de Auxilio, su autonomía de ingresos y administrativa por lo menos hasta Diciembre de 2010, siempre y cuando cumplan con el objeto para lo cual fueron creadas: pago de cuota mutual, cobertura del subsidio por enfermedad, etc.

A posteriori de este plazo, establece que se INCORPORARÁN al sistema. La definición de este término no ha sido explicitada más que verbalmente por las autoridades, como que “los aportes al seguro de enfermedad, pasarán al FONASA” a los porcentajes establecidos en la ley.

SEMI como integrante de la Coordinadora de las Cajas de Auxilio, considera que debe aportar al FONASA las cápitales y metas por cada beneficiario, asumir la cobertura que marca la ley como obligatoria, continuar pagando el 0.5% de la totalidad de los aportes como una especie de impuesto y mantener la autonomía administrativa y financiera.

Esto último es lo que hemos denominado “fortalecimiento” de la Caja de Auxilio como imperativo estratégico y nos encontramos en este período, haciendo todas las acciones públicas y privadas que nos lleven a ese fin.

La presentación que se expone a continuación, compara justamente, qué pasaría con cada uno de esos subsidios si la Caja de Auxilio perdiera la capacidad, por imperio de aplicación de la ley del SNIS, de proveer esos derechos.

BENEFICIOS QUE OTORGA SEMI A SUS AFILIADOS

Estas prestaciones se brindan exclusivamente con el aporte de:

- 3% de los salarios médicos
- 5% de las empresas

Pago de cuota de salud

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Médico afiliado a SEMI	Será brindado por JUNASA
Integrantes del núcleo familiar a cargo	Será brindado por JUNASA
<ul style="list-style-type: none"> • Hijos del médico < de 21 años • Hijos del cónyuge < de 21 años • Hijos del concubino < de 21 años • Hijos con discapacidad • Cónyuges • Concubinos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos del médico < de 18 años • Hijos del cónyuge < de 18 años • Hijos del concubino < de 18 años • Hijos con discapacidad • Pérdida del Beneficio • Pérdida del Beneficio
Familiar a cargo hasta el segundo grado de consanguinidad.	Pérdida del Beneficio

Subsidio por enfermedad o accidente

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Monto del subsidio	Será brindado por BPS
<ul style="list-style-type: none"> • Será el 100% del salario promedio • Hasta 90 días por año móvil • Mas la 1/12 del aguinaldo calculado sobre 3 BPC • Pago desde el primer día por: La primera certificación médica Por período de certificación > a 10 días Estando el médico internado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tope 3 BPC = \$ 5.325 • Pérdida del Beneficio • Mas la 1/12 del aguinaldo calculado sobre 3 BPC • Pérdida del Beneficio

Extensión del subsidio por enfermedad

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Monto del subsidio

Pérdida de Beneficio

- Será el 100% del salario promedio
- Por el plazo de 5 meses consecutivos
- En forma excepcional se extiende por 3 meses mas

Asistencia odontológica

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Reembolso del 100% de la atención odontológica

Pérdida de Beneficio

- No podrá superar tope por bienio establecido por reglamento
- Libre elección de odontólogo tratante

Lentes y armazones

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Se subsidia:

Será brindado por BPS

- Lentes simples
- Lentes bifocales
- Lentes multifocales
- Lentes fotocromáticos
- Lentes con color
- Lentes de alto índice de refracción
- Lentes de trabajo
- Lentes de contacto
- Lentes de contacto - Adicionales
- Armazones de cerca y de lejos
- Reintegro de 50% más que el BPS en lentes convencionales
- Reintegro de 60% más que el BPS en lentes de contacto
- Reintegro de 400% más que el BPS en armazones

- Lentes simples
- Lentes bifocales
- Pérdida de Beneficio
- Pérdida de Beneficio
- Lentes con color
- Pérdida de Beneficio
- Pérdida de Beneficio
- Lentes de Contacto
- Pérdida de Beneficio
- Armazones de cerca y de lejos
- Pérdida de Beneficio
- Pérdida de Beneficio
- Pérdida de Beneficio

Prótesis

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Se provee al afiliado:

Será brindado por BPS

- Audífonos
- Bastones
- Muletas
- Calzado Ortopédico
- Plantares
- CPAP
- Implante coclear
- Medias elásticas
- Mallas
- Pelucas
- Prótesis de miembros, mamarias y oculares
- Sillas de rueda
- Otras

Subsidio por nacimiento

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Monto del subsidio

Pérdida de Beneficio

- 3 cuotas asistenciales
- Para Médicas
- Para los cónyuges de los Médicos

Asistencia médica en el Uruguay y en el exterior

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Cobertura de asistencia diagnóstica

Pérdida de Beneficio

Cobertura de asistencia terapéutica

Pérdida de Beneficio

Cobertura de medicamentos

Pérdida de Beneficio

- Por patologías cuya cobertura no es de cargo de la propia IAMC ni del FNR, para el médico, su cónyuge o concubino e hijos de hasta 18 años de edad a su cargo.

Fondo de cobertura de prevención de riesgos por enfermedad

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Complemento de Subsidio por Enfermedad cuando supera los 90 días anuales

Pérdida de Beneficio

Complemento de Asistencia Odontológica y Lentes de hasta un 30% en el caso de que los topes de SEMI no fuera suficiente.

Pérdida de Beneficio

Pago de subsidio por prestaciones médicas diagnósticas o de tratamiento de segundas opiniones médicas, que no sean de cargo de la IAMC, del FNR y ni del FAM. Beneficio disponible para los hijos menores y cónyuges

Pérdida de Beneficio

Fondo de cobertura de prevención de riesgos por enfermedad

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Pago de subsidio por Implantes odontológicos (4 implantes por bienio), de acuerdo con los topes fijados por SEMI

Pérdida de Beneficio

Pago de subsidio por CPAP, audífonos, stents periféricos, electrofisiología y ablación por catéter, para hijos menores y cónyuges.

Pérdida de Beneficio

Pago de subsidio por suministro de la vacuna contra el virus del papiloma humano para hijas del afiliado o sus cónyuges o concubinos entre los 9 y 20 años de edad

Pérdida de Beneficio

Fondo de cobertura de prevención de riesgos por enfermedad

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Copago de medicamentos.

Pérdida de Beneficio

Mayores beneficios en el año 2008

- Con criterios de solidaridad SEMI extendiendo la cobertura de pago de las cuotas de salud de los integrantes del núcleo familiar. (hijos hasta 21 años y cónyuges/concubinos).
- Con cargo al FCR individual, reintegro del costo del suministro de la vacuna contra el virus del papiloma humano para hijas del afiliado o sus cónyuges o concubinos entre los 9 y 20 años de edad.

COSTOS DE LOS BENEFICIOS QUE OTORGA SEMI A SUS AFILIADOS

Pago de cuota de salud

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Integrantes del núcleo familiar:

Pérdida de Beneficio

- Hijos \$ 3.628.952
- Cónyuges \$ 3.181.293
- Familiar a cargo \$ 4.009.490

- Pérdida Parcial del Beneficio (3% mas de aportación)
- Pérdida del Beneficio
- Pérdida del Beneficio

Total (Período Mar.08 - Set.08) \$ 10.819.735

Subsidio por enfermedad o accidente

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Subsidios

- Subsidio Legal \$ 4.037.381
- Subsidio SEMI \$ 22.391.092

- Pérdida del Beneficio

Total (Período Oct.07 – Set.08) \$ 26.428.473

Asistencia odontológica

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

Reembolso del 100% de la atención
odontológica

Total (Período Oct.07 – Set.08)
\$ 2.859.451

Pérdida de Beneficio

Asistencia médica en el Uruguay y en el exterior

Aplicación de ley 18.211

A partir del 1° de Enero 2011

FAM

- Segunda consulta \$ 4.400
- Cobertura en el exterior \$ 1.635.919
- Medicamentos \$ 1.774.171
- Trata. terapéuticos \$ 46.300
- Cirugías \$ 691.543
- Ortodoncia \$ 80.950
- Estudio médicos \$ 55.787
- Prótesis \$ 39.600

Total (Período Oct.07 – Set.08)
\$ 4.328.670

Pérdida de Beneficio

INFORME DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL ACUERDO GREMIAL - ASISTENCIAL DE FEMI: LAUDO FEMI

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Expositores: Dra. María Inés Guerrero y el Dr. Bernardo Hochmann.

En esta oportunidad los objetivos fueron:

- determinar el número de cooperativistas en cada Institución de FEMI y compararlo con el del año pasado.
- determinar el cumplimiento del laudo FEMI y compararlo con el del año 2007.

El tema del retiro médico resta ser acatado por una sola institución.

Para este trabajo se recopilaron los siguientes datos de las Instituciones Asistenciales de FEMI y de los respectivos Gremios:

- a) cantidad de médicos de la institución
- b) cantidad de médicos cooperativistas o titulares
- c) cantidad de médicos no cooperativistas
- d) cumplimiento (o no) del laudo FEMI

Contestaron 12 Gremios y todas las Instituciones Asistenciales.

En relación a la cantidad de médicos cooperativistas, éstos representaron el 35%, mientras que los no cooperativistas, el 65%.

Las instituciones de FEMI que cuentan con más del 50% de médicos cooperativistas o titulares, son el 21%.

En comparación con los datos del año pasado, vemos que hubo un retroceso en el número de médicos cooperativistas en general y en cada institución (41% de médicos cooperativistas y 29% de las instituciones con más del 50% de cooperativistas en el relevamiento de 2007).

Los números absolutos mostraron un incremento de 362 médicos en toda FEMI (de 2393 a 2755), de los cuales la gran mayoría son no cooperativistas.

En cuanto al cumplimiento del laudo FEMI, sin embargo, se observa un aumento del cumplimiento (87%) en relación a 2007 (75%).

Finalmente y a modo de recordatorio, se mencionó el compromiso institucional asumido en el III Encuentro Nacional de FEMI, realizado en diciembre de 2006, de llegar al 1° de Marzo de 2010 con más del 50% de los médicos de las Instituciones de FEMI, en condiciones de cooperativistas o titulares.

Se recordó el imperativo de cumplir con el laudo FEMI en todo el territorio nacional, así como el trabajo sobre funciones y nuevas técnicas no laudadas, para lo cual se trabajó intensamente en la comisión sobre el laudo que expuso sus resultados a continuación.

TALLER: COMISIÓN DE LAUDO FEMI PROPUESTA PARA LA DISCUSIÓN

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

A continuación se presentan, los puntos que centraron la discusión del Taller que se realizó el viernes 28 de noviembre en el marco del V Encuentro Nacional de FEMI y las conclusiones a las que arribaron los integrantes de la Federación en relación a la temática propuesta por la Comisión del Laudo de FEMI

A. Actividad en Policlínica

A partir de lo que plantea el Acta Complementaria del acuerdo entre FEMI Gremial y Asistencial (setiembre 2008), se propone discutir sobre los siguientes puntos:

- 1. Variación de la cantidad de pacientes por hora.
- 2. Variación en la cantidad de horas por policlínica.
- 3. Variación de los coeficientes de las diferentes especialidades en relación al SBM.
- 4. En cada alternativa propuesta, identifique los factores que condicionarían su aplicación.

B. Actividad Quirúrgica

- 1. Estaría de acuerdo en que la actividad coordinada tuviera un sistema de pago mixto (componente fijo y por acto) manteniendo un mayor peso relativo de la remuneración fija.
- 2. En el caso de una retribución mixta, el componente fijo ¿debería asociarse a un nivel de actividad quirúrgico mínimo. En el caso de respuesta afirmativa, proponer criterios para definir el mínimo exigible.
- 3. Discutir la posibilidad de equiparar el valor hora de la guardia de retén del cirujano general y el resto de las especialidades quirúrgicas.

C. Especialidades Médicas y Quirúrgicas

- 1. Estaría de acuerdo en considerar una opción que incentive (a través de un plus en la remuneración) la realización por un mismo profesional de la actividad coordinada y urgente (ver opción 4 de la tabla).

	Actividad programada (policlínica, cirugía coordinada, etc).	Asistencia de urgencia, retén, etc.	Remuneración total
Opción 1	50 um.		50 um.
Opción 2		50 um.	50 um.
Opción 3	50 um.	50 um.	100 um.
Opción 4	50 um	50 um.	120 um.

(um: unidad monetaria)

- 2. En el caso de la actividad de guardia de retén: En base a qué criterios se podrían categorizar las Cooperativas de FEMI.?
- 3. Discutir la inclusión de la educación médica continua como variable en la remuneración.

Conclusiones

A. Actividad en Policlínica

- 1. Variación de la cantidad de pacientes por hora.
Disminución de la cantidad de pacientes por hora (en algunas especialidades). Mejoraría la calidad asistencial, la relación médico paciente, y disminuiría el error médico. Esto conlleva un incremento de costos económicos-financieros. Evaluar impacto.
- 2. Variación en la cantidad de horas por policlínica.
Flexibilizar la carga horaria, sin existir acuerdo en cuanto al tope.
- 3. Variación de los coeficientes de las diferentes especialidades en relación al SBM.
Hay acuerdo en revisar los actuales.

- 4. En cada alternativa propuesta, identifique los factores que condicionarían su aplicación.

Todo lo expuesto anteriormente debería estar financiado y ver la disponibilidad en Recursos humanos

B. Actividad Quirúrgica

- 1. Estaría de acuerdo en que la actividad coordinada tuviera un sistema de pago mixto (componente fijo y por acto) manteniendo un mayor peso relativo de la remuneración fija.
- 2. En el caso de una retribución mixta el componente fijo ¿debería asociarse a un nivel de actividad quirúrgico mínimo. En el caso de respuesta afirmativa, proponer criterios para definir el mínimo exigible.

Hay acuerdo en el sistema mixto. Se considera que el aspecto más importante es el componente fijo. Con un mínimo de actividad a definir y un componente variable con un tope máximo también a definir.

- 3. Discutir la posibilidad de equiparar el valor hora de la guardia de retén del cirujano general y el resto de las especialidades quirúrgicas.

De acuerdo al grado de convocatoria. Disponibilidad. Productividad por el acto. Pagar diferente por tasa de convocatoria.

C. Especialidades médicas y quirúrgicas

- 1. Estaría de acuerdo en considerar una opción que incentive (a través de un plus en la remuneración) la realización por un mismo profesional de la actividad coordinada y urgente (ver opción 4 de la tabla).

	Actividad programada (poli-clínica, cirugía coordinada).	Asistencia de urgencia, retén, etc.	Remuneración total
Opción 1	50 um.		50 um.
Opción 2		50 um.	50 um.
Opción 3	50 um.	50 um.	100 um.
Opción 4		50 um.	120 um.

(um: unidad monetaria)

Se aceptan incentivos concretos para favorecer la radicación de colegas pero no hay acuerdo en cambiar la estructura actual del laudo que es lo que propone la opción 3 del cuadro. Además en todos los grupos se recalcó que no se podía realizar actividad coordinada y de urgencia simultánea.

- 2. En el caso de la actividad de guardia de retén: en base a qué criterios se podrían categorizar las cooperativas de FE.M.I.?

Estos dos puntos no fueron considerados por todos los talleres. De los que consideraron estos puntos se acordó seguir en el análisis de la categorización de las cooperativas en: cuanto a cantidad de afiliados y al grado de complejidad.

- 3. Discutir la inclusión de la educación médica continua como variable en la remuneración.

Se consideró importante incluirlo en el salario sin acuerdo en la fórmula para llegar a tal fin.

LA REFORMA DE LA SALUD: PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. EVALUACIÓN Y PERSPECTIVAS

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Expositor: Dr. Egardo Mier. Presidente de FEMI.

Introducción

Consolidado a lo largo del año 2007 el marco legal y contractual de la reforma de la salud, comienza a partir de enero de 2008, la etapa de implementación del SNIS. La misma, se inicia con la incorporación progresiva de diferentes sectores de la población del país, habiéndose concretado hasta la fecha, la cobertura financiera y el ingreso al sistema de los menores de 18 años y de los trabajadores de ciertos organismos públicos.

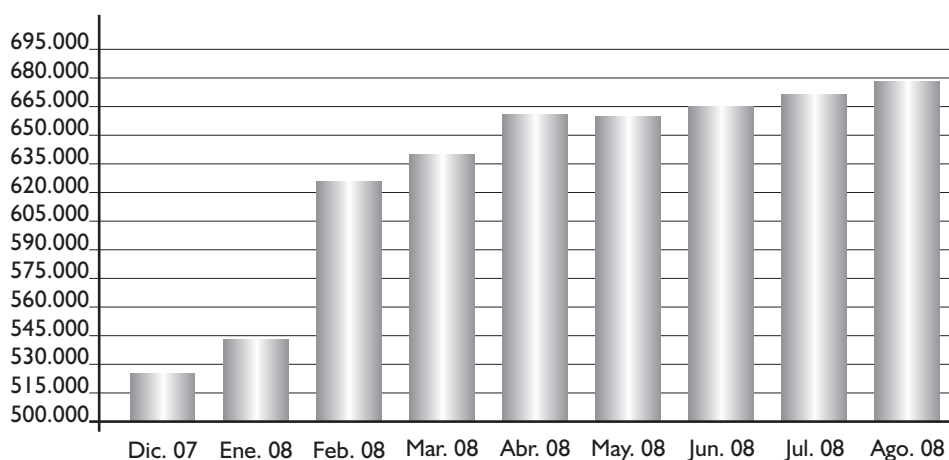
¿Qué comportamiento ha tenido la población de nuestro país, en particular la del interior, en esta primera etapa y cómo ha impactado el SNIS en las Instituciones de Asistencia Médica de FEMI?

Impacto en el padrón de afiliados FEMI

Generado el derecho y planteada la posibilidad de afiliación de estos nuevos sectores de población beneficiaria, podemos decir que en el interior, la opción de la gente fue claramente hacia el sub sector privado y hacia las cooperativas de asistencia médica genuinas del interior: FEMI y FECOMI.

En lo que concierne a FEMI, este hecho lo podemos verificar observando el comportamiento de la evolución de afiliados en los 8 primeros meses del año.

Evolución Afiliados Integrales FEMI



Incremento neto en el período = 28,44%

Fuente: Declaración Jurada de Cuotas IAMC - FEMI

En el período considerado, el padrón global de afiliados a las instituciones de FEMI tuvo un importante incremento, pasando de 525.000 en el mes de diciembre de 2007, a 674.307 al momento de cierre en el último mes de agosto 2008.

Esto significa un aumento neto de casi 150.000 afiliados, que expresado en términos porcentuales significa un 28,44%. Crecimiento que se produjo en un 90% debido al ingreso de niños y menores de 18 años.

Impacto en infraestructura y costos de funcionamiento

Este incremento de población afiliada ha generado de manera simultánea e inmediata, un muy importante aumento en la demanda de los servicios asistenciales, mayor aún de lo que podría esperarse, debido a que se trata de una población proveniente de sectores socio económicos muy deficitarios, que arrastra importantes problemas sanitarios y patologías hasta ahora no resueltas.

Como consecuencia, nuestras instituciones se han visto obligadas a incrementar fuertemente la oferta de servicios, tanto los asistenciales directos como los de apoyo. Situación que a su vez, tiene como corolario, importantes incrementos en los gastos de funcionamiento y mayores inversiones en infraestructura y equipamiento.

Si bien no estamos en condiciones aún de poder medir totalmente este efecto, sí podemos adelantar que sólo en inversiones en nuevas obras, ampliaciones y equipamiento, nuestras cooperativas llevan invertido a la fecha, más de U\$S 30 millones.

Por otra parte, del total de los ingresos mensuales, los mayores costos de funcionamiento significan actualmente más de un 3%. Dentro de estos mayores

costos, destacamos los generados como consecuencia del incremento en la plantilla de funcionarios médicos y no médicos, en el orden de un 10 a un 15%.

Impacto económico.

Veamos ahora como vienen repercutiendo estos primeros meses de implantación del SNIS en nuestras finanzas, tomando para ello algunos indicadores que surgen de los estados de resultados y de la situación patrimonial.

Para ello vamos a referirnos en primer lugar, a los estados de resultados consolidados de las instituciones de FEMI, correspondientes al actual ejercicio, período octubre 2007 a agosto del 2008.

Evolución de los resultados económicos consolidados IAMC FEMI

	Resultado Total %
Ejercicio 2005/06	2.24%
Ejercicio 2006/07	1.00%
10/07	-0.62%
11/07	-0.21%
12/07	-0.12%
Oct 07 - Dic 07	-0.32%
01/08	2.37%
02/08	12.80%
03/08	8.80%
Ene 08 - Mar 08	8.25%
04/08	7.12%
05/08	8.62%
06/08	6.94%
Abr 08 - Jun 08	7.56%
07/08	4.34%
08/08	1.40%
Ene 08 - Ago 08	6.60%
Oct 07 - Ago 08	4,97%

Situación Patrimonial. Identificación del Riesgo Instituciones de Asistencia Médica (IAMC). Indicadores de referencia JUNASA - 30/09/07.

IAMC	PASIVO TOTAL (U\$S)
INTERIOR	93,267,784
MONTEVIDEO	275,843,537
IMPASA	23,941,925
C. de GALICIA	49,884,779
CASMU	96,868,764
GREMCA	9,732,933
PAIS	369,114,321

Situación Patrimonial. Identificación del Riesgo. Instituciones de Asistencia Médica (IAMC) Indicadores de referencia JUNASA – Período 2006/2007.

	Promedio Sistema	Mont.	Interior	Máximo Aceptable	CASMU	GREMCA	IMPASA	CASA GALICIA
Presión de la deuda Deuda / Producto - %	47	60	30	66	86	94	75	149
Capacidad de repago (Pas. Ctes / Vtas. Mensuales)	3,83	4,46	2,85	5	7,76	6,15	5,89	4,72
Pasivo corriente por afiliado - USD	163	188	122	230	312	172	431	231
Pasivo Total por afiliado - USD	241	292	159	380	416	314	662	874

Si bien los resultados de las instituciones de FEMI vienen arrojando un cierto margen de superávit en el acumulado del actual ejercicio económico, la tendencia de los mismos es decreciente.

Por otra parte, los estados de situación medidos a través de los indicadores de riesgo proporcionados por el MSP, muestran solvencia y solidez patrimonial.

La sustentabilidad financiera del sistema

En la actual separación de funciones establecida por el nuevo sistema de salud, queda claro que es competencia y responsabilidad absoluta de los prestadores, asegurarles a sus afiliados – usuarios atención médica integral de la mejor calidad y con la mayor accesibilidad posible.

Por otra parte, para poder cumplir con ese compromiso, es imprescindible contar con los recursos justos y necesarios. Es al Poder Ejecutivo y a la Junta Nacional de Salud, cómo órgano de gobierno del SNIS, a quienes corresponde la responsabilidad de asegurar la financiación sobre la cual se sustenta el sistema.

La sustentabilidad financiera del sistema y las políticas de adecuación del precio de las cuotas

La reforma recién se inicia y a pocos meses de su implantación, es imperioso mantener la estabilidad del sistema.

Encuentra a las IAMC en plena etapa de ejecución de planes de desarrollo, que implican fuertes inversiones y mayores gastos de funcionamiento, para asegurar la mejor calidad de asistencia y la mayor accesibilidad a los servicios.

En lo que concierne a la adecuación del precio de las cuotas, consideramos necesario contemplar en su valor, los mayores costos por concepto de inversiones y gastos de funcionamiento, generados por una serie de nuevas obligaciones incluidas en los Contratos de Gestión elaborados por la JUNASA.

La sustentabilidad del sistema y la crisis financiera global

Existe coincidencia generalizada, en la opinión de diferentes analistas expertos en materia macroeconómica y financiera, de que la recesión económica a nivel internacional va a provocar una brusca desaceleración de la economía el próximo año en nuestro país y que ese fenómeno se va a ver reflejado a su vez, en una merma de los ingresos fiscales y en una reducción de los niveles de actividad y empleo.

Por otra parte, el financiamiento del actual sistema de salud se sustenta, por un lado, en el aporte patronal y obrero, que depende a su vez del nivel de actividad del país (trabajo formal), y por otro, en los aportes que también realiza rentas generales para cubrir los déficits esperados del SNIS y el FONASA.

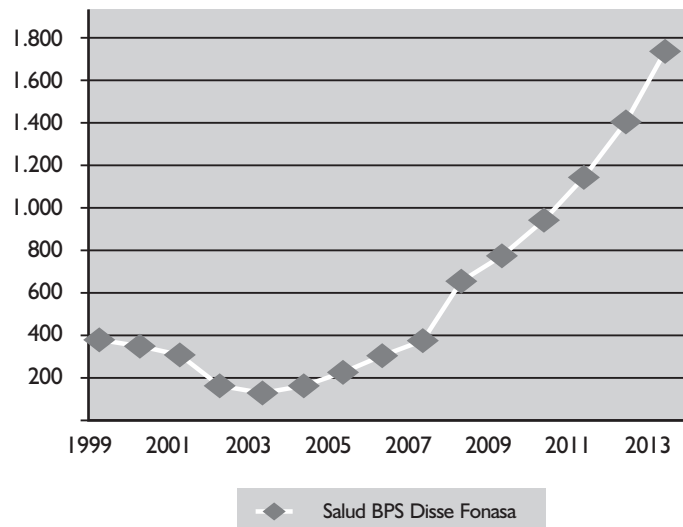
En este sentido resulta interesante observar los aportes que por rendición de cuentas 2007, Rentas Generales debe realizar al BPS y al Sistema de Salud para su financiamiento.

BPS – Gasto en Salud

Salud –BPS DISSE FONASA	
1999	382
2000	356
2001	321
2002	202
2003	164
2004	188
2005	253
2006	314
2007	378
2008	630
2009	735
2010	871
2011	1,052
2012	1,283
2013	1,568

2009^a 2013 en base a proyecciones del MEF en
Rendición de Cuentas 2007

Salud BPS Disse Fonasa



BPS - Gasto en salud

FONASA - Evolución Ingresos y Egresos. Millones de Dólares

	Ago-07 Dic-07	Promedio Mensual	%
Ingresos	147	29.4	100%
Egresos	152	30.4	103%
Déficit	-5	-1	-3.40%

	Ene-08 May-08	Promedio Mensual	%
Ingresos	231	46.2	100%
Egresos	264	52.8	114%
Déficit	-33	-6.6	-14.29%

Nuevo contexto macroeconómico y sus efectos en el SNIS

- Un Sistema de salud más atado a la marcha de las finanzas públicas.
- Una estrecha relación entre la afiliación de las IAMC, el nivel de actividad y la ocupación.
- Las variables claves para el SNIS y su posible evolución:
 - Nivel de actividad. Ocupación y afiliados a IAMC.
 - Resultado fiscal: recaudación, gasto público, déficit. Rentas generales y transferencia al BPS.
 - Inflación. El aumento de los precios y la contención de la cuota/cápita IAMC.

Para un sistema de salud que depende financieramente de los niveles de actividad (empleo) y de las finanzas públicas, en un escenario de corto y mediano plazo, en el cual es razonable esperar un comportamiento recesivo de ambas variables, creemos firmemente que estamos ante una situación de vulnerabilidad, que coloca en situación de riesgo a las instituciones prestadoras del sistema. Ya que a partir de la implementación del SNIS, los ingresos operativos de las instituciones del interior dependen mayoritariamente de los pagos mensuales que reciben del FONASA, en la medida que más del 70% de sus afiliados son beneficiarios del SNIS.

En el actual contexto macroeconómico, surge por un lado la inquietud en relación a la futura sustentabilidad financiera del sistema de salud, y por otro, preocupación por su repercusión sobre la situación económico-financiera de las instituciones prestadoras.

Transcurridos los primeros meses de funcionamiento del SNIS, la Federación Médica del Interior realiza las siguientes consideraciones:

Valoramos en forma positiva que en el marco de la actual reforma de la salud, un sector muy numeroso de la población del interior realizara su opción de afiliación en las IAMC de FEMI. Situación que como ya vimos, se tradujo en un importante crecimiento de la población usuaria de nuestros servicios.

Asimismo, resaltamos el hecho social de que los sectores más desprotegidos de la población, hayan podido acceder a servicios de salud de alta calidad.

Señalamos como inconvenientes:

- El marcado centralismo y la excesiva concentración de poder estatal, en una serie de aspectos que están vinculados a la gestión y al gobierno del sistema.

Si bien es imprescindible el control del Estado sobre los prestadores, esto no debe lesionar el derecho a la autonomía de la gestión, que necesariamente deben tener y ejercer las instituciones privadas participantes del SNIS.

- La ausencia de reglas que rijan las relaciones de consumo y la libre y leal competencia, entre los prestadores de los servicios públicos y privados.
- La carencia de un régimen regulatorio del derecho – deber a la libre opción del usuario por un prestador (consideramos discriminatorio el actual sistema de afiliación de oficio a ASSE), y al mismo tiempo la ausencia de definiciones en cuanto al período mínimo de afiliación a la institución por la cual se optó.
- Por último, la falta de un régimen de garantías del mantenimiento de la ecuación económico financiera, en relación a las cuotas salud, que a través del FONASA, la JUNASA debe abonar a las instituciones prestadoras.

MENSAJE DEL PRESIDENTE DE FEMI DR. EGARDO MIER EN EL ACTO DE CIERRE

V Encuentro Nacional de FEMI. Piriápolis 2008.

Señor Ministro Interino de Salud Pública.

Sr. Director General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública.

Sres. Representantes Nacionales.

Estimados colegas:

“Permítanme desde acá enviar un abrazo fuerte a nuestros queridos Presidentes que he visto por ahí, alguno sentado y alguno recorriendo las instalaciones, Dr. Danilo Escuder, Dr. Gregorio Martirena, Dr. Robert Long y Dr. Italo Moggi, verdaderos emblemas de esta historia tan rica de la Federación Médica del Interior. Créanme que es muy grato verlos trabajar, se genera un sentimiento muy fuerte de pertenencia, gremios y asistenciales, unidos en familia pensando en el camino a recorrer, a seguir recorriendo por nuestra Federación Médica del Interior, pensando en cómo mejorar la salud de los habitantes de nuestro interior.

Es un orgullo verdaderamente, ser representante de ustedes y estoy seguro que hablo en nombre de todos mis compañeros. La Dra. Iriondo hacía referencia en una de sus participaciones, al logo que ha presidido esta Jornada, esta 5ta. Jornada de la Federación Médica del Interior y me hizo pensar.

Ustedes saben que somos medio payadores, y era muy bueno lo que ella dijo y me gustaría que lo miraran y sepan que allí en el medio me imagino que está la Federación Médica, el corazón de la Federación Médica y alrededor de él, están las manos unidas de nuestros médicos cooperativistas, de nuestros médicos no cooperativistas, de nuestros gremios, de nuestros dirigentes asistenciales, de nuestros funcionarios y de nuestros afiliados, todos unidos haciendo fuerza por nuestra Federación.

A mi solo me resta decirles que es un orgullo ser vuestro Presidente, agradecerles de corazón el apoyo, agradecer a nuestros funcionarios y agradecer a todos los presentes por el esfuerzo de dos días de trabajo y seguramente nos vamos a reencontrar el año que viene en otra instancia más de trabajo, madurez y consolidación de lo que es nuestra organización.

Sinceramente muchas gracias a nuestros visitantes, muchas gracias y que tengan todos un feliz y venturoso año 2009 para todos los uruguayos y para vuestras familias.”

Impreso en Imprenta Boscana SRL
en el mes de Mayo de 2009
Depósito Legal 34930 I