JULHO / AGOSTO 1992

Ordem dos Médicos

REVISTA

- ESTATUTO DISCIPLINAR
- TITULAÇÃO E INDEPENDÊNCIA PROFISSIONAL
- O PAPEL DA AEMH NA MEDICINA HOSPITALAR

200$00

ESTATUTO DISCIPLINAR

É com grande satisfação que utilizo o espaço de um Editorial para dar a conhecer a todos os Colegas que ficou, finalmente, resolvida uma reivindicação que já era repetidamente feita desde há cerca de dez anos.

Recebi há dias do Senhor Ministro da Saúde a informação importante de que se ultimam os preparativos para a publicação do Decreto-Lei que reconhece o Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos.

As negociações acerca do texto proposto pela Ordem dos Médicos prolongaram-se por perto de dois anos com intervenção de representantes do Ministério da Justiça cujas opiniões eram transmitidas ao C.N.E. por intermédio do Ministério da Saúde. Ao longo deste período, e o texto final será disso prova, a Ordem não abdicou de qualquer dos princípios que sempre nortearam o seu comportamento.

A perseverança, o esclarecimento, a total independência política das negociações tem vindo a colocar a nossa Ordem numa posição forte e respeitada.

A posição dialogante mas atenta às suas obrigações específicas que tem sido sempre mantida pela Ordem dos Médicos no relacionamento com o Senhor Ministro da Saúde, melhorou a imagem da profissão médica que ainda há poucos anos sofreu uma manipulação prevèrsa. No entanto alguns problemas há ainda que resolver e serve de exemplo o mapa de vagas abertas este ano para o Internato Complementar. Chamo a atenção para o Comunicado que o Conselho Nacional Executivo difundiu a este propósito e que pode ser lido na página 12.

PUBLICIS/CIESA

REVISTA

Ordem dos Médicos

Director
Manuel E. Machado Macedo

Redactores
Bernardo Teixeira Coelho
José Carlos Couto Soares Pacheco
Rui de Melo Pato
Manuel António Leitão da Silva
Fernando Costa e Sousa
José Germano Rego de Sousa

JULHO
AGOSTO 1992

Depósito Legal n.º 7421/85

Propriedade, Administração e Redacção:
Ordem dos Médicos
Avenida Gago Countinho, 151
Telef. 847 06 54 – 1700 LISBOA

Preço avulso: 200$00

PUBLICAÇÃO MENSAL

27 500 exemplares

Execução gráfica:
Sogapal, Lda.
Casal da Fonte/Porto de Paiã
Telefs. 479 01 42/49 — 2675 ODIVELAS

OPINIÃO – "Titulação e Independência Profissional". Artigo da autoria do dr. Caldeira Fradique, vice-presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

DOSSIER – "El Papel de la AEMH en la Medicina Hospitalar". Intervenção proferida em Coimbra, no I Congresso dos Médicos da Carreira Hospitalar.

TITULAÇÃO E INDEPENDÊNCIA PROFISSIONAL

■ DR. CALDEIRA FRADIQUE

– O tema da titulação profissional é um dos mais polémicos no ambiente médico português, suscitando opiniões apaixonadas e desencontradas e expondo a críticas azedas quem sobre ele emita opinião e tome claramente partido.

– Se a situação já era perturbadora a nível nacional, agita-se agora também a nível europeu, como veremos mais adiante.

– No entanto, e paradoxalmente, este deveria ser um tema pacífico.

Vejamos, sinteticamente:

1 – Todos os grupos profissionais organizados, de nível intelectual médio e superior, ambicionam ter a sua autonomia profissional através de uma Ordem:

Os Enfermeiros querem uma Ordem; os Psicólogos querem uma Ordem; os Jornalistas querem uma Ordem.

Os médicos veterinários acabam de obter uma Ordem que lhes dá garantia de toda a autonomia na organização e defesa da profissão, e os médicos dentistas acabam de obter uma Associação com estatuto equivalente ao da Ordem, que lhes assegura a representatividade e poder de organização autónomo.

Advogados, Engenheiros e Farmacêuticos têm as suas Ordens, mais ou menos poderosas de que não abdicam.

2 – O acto médico tem características próprias, não enquadráveis nas regras gerais da função pública. O acto médico mantém a característica de liberal (no sentido de livre), mesmo quando pago por terceiros, seja em regime assalariado ou de convenção.

Quer isto dizer que o médico, seja qual for o regime de trabalho, é responsável primeiro e acima de tudo perante o doente e só depois perante o terceiro pagador (Estado ou privado). Sendo assim, a qualificação e controlo dos seus actos têm que ser assumidos inter- pares, e sem subordinação a terceiros.

3 – Os médicos portugueses têm uma das Ordens melhor estruturadas da Europa, cujos estatutos são definidos pelo Dec.Lei 282/77. Através deste instrumento legal, o Estado delega na Ordem dos Médicos funções muito importantes:

– Representatividade – Art.os 1.°, 6.° e 8.°
– Controlo e inscrição – Art.° 8.°.
– Qualificação profissional – Art.° 81.° d), 90.° e 91.° – Defesa profissional Art.°. 6.°.
– Competência técnica (Idoneidades) – Art.os 81.° d), 90.° e 91.°

É surpreendente que seja a partir da própria classe que se ponha em causa a independência do reconhecimento da qualificação profissional, questionando (ou contestando abertamente) se este poder deve ser exercido pela Ordem, enquanto estrutura profissional independente e livremente eleita, e portanto representativa da classe, ou se por outro lado deve ser entregue ao próprio Estado.

Não cabe no âmbito deste artigo desenvolver o tema da defesa profissional – citamo-lo apenas para referir que, independentemente das opiniões individuais mais desencontradas, no enquadramento jurídico português, esta função só pode ser desempenhada em colaboração e complementaridade com as estruturas sindicais.

Como aliás, aconteceu entre 1987 e 1989, em acções unitárias de boa memória.

4 –Voltando ao problema da titulação profissional.

É surpreendente que seja a partir da própria classe que se ponha em causa a independência do reconhecimento da qualificação profissional, questionando (ou contestando abertamente) se este poder deve ser exercido pela Ordem, enquanto estrutura profissional independente e livremente eleita, e portanto representativa da classe, ou se por outro lado deve ser entregue ao próprio Estado.

Experimente-se perguntar por exemplo a um advogado ou a um jornalista o que fariam se a sua qualificação tivesse que ser atribuída pelo Estado, em substituição das suas estruturas profissionais. Pessoalmente já fiz a experiência várias vezes e fiquei esclarecido.

5 – Os médicos podem sempre decidir, por eleição, quem está à frente da sua Ordem. Não podem decidir quem está à frente do Ministério – hoje temos um ministro dialogante, ontem tínhamos a Dr.ª LEONOR BELEZA, tal como já tivemos o Dr. ARNAUD, o Dr. BARBOSA, e outros.

6 – Depois da legislação da Dra. Leonor Beleza, a cadeia hierárquica dos hospitais é susceptível de ser politicamente influenciada a todos os seus níveis, por encadeamentos sucessivos. Os resultados da aplicação da lei de gestão têm sido heterogéneos. Há hospitais em que a má qualidade da lei belezista tem sido compensada pelo bom senso dos elementos envolvidos na gestão. É em particular a situação nos casos em que foram nomeados como directores de hospital os médicos que já previamente haviam sido eleitos para as mesmas funções, gozando da confiança dos seus pares, no âmbito da anterior lei de gestão e fazendo agora equipa com gestores dinâmicos.

Mas há hospitais em que se tem vivido situações de verdadeiro atropelo, em que a competência técnica tem sido simplesmente ignorada.

Por outro lado a actual legislação privilegia a competência administrativa, face à competência técnica.

7 – Em contraponto a esta situação, o exame da Ordem surge como a grande prova de competência técnica. As regras de qualificação devem ser definidas pelos médicos mais competentes e prestigiados, agrupados nas estruturas específicas que são os Colégios da especialidade da Ordem, funcionando com independência técnica. Para atingir esta independência técnica, será necessário encontrar fórmulas que garantam a representatividade democrática das Direcções dos Colégios em relação aos seus membros, e simultaneamente uma acção solidária com a Direcção da Ordem.

No entanto, abra-se desde já um parêntesis para recordar que os Colégios não poderão funcionar em total autonomia, transformando a Ordem numa federação de colégios (mini-Ordens), por vezes guerreando-se entre si pelos seus interesses corporativos específicos como já tivemos oportunidade de observar, quer em Portugal, quer noutros países.

Ao Conselho Nacional Executivo da Ordem deverá sempre caber um papel de integração e coordenação da actividade das múltiplas estruturas da Ordem, sem o qual se correrá o risco de desintegração da instituição.

8 – A defesa do título da Ordem dos Médicos não põe nem nunca poderá por em causa a capacidade dos médicos das várias carreiras para se responsabilizarem pela formação dos seus colegas mais novos e apreciarem a sua qualificação.

Devem ser eles e só eles a fazê-lo?

A questão está em saber se o devem fazer dentro de uma estrutura hierárquica estatal, ou dentro da sua instituição, livre e representativa, que é a Ordem dos Médicos.

Depois da legislação da Dra. Leonor Beleza, a cadeia hierárquica dos hospitais é susceptível de ser politicamente influenciada a todos os seus níveis, por encadeamentos sucessivos. Os resultados da aplicação da lei de gestão têm sido heterogéneos. Há hospitais em que a má qualidade da lei belezista tem sido compensada pelo bom senso dos elementos envolvidos na gestão. É em particular a situação nos casos em que foram nomeados como directores de hospital os médicos que já previamente haviam sido eleitos para as mesmas funções, gozando da confiança dos seus pares, no âmbito da anterior lei de gestão e fazendo agora equipa com gestores dinâmicos.

9 – A existência de provas de carácter nacional com requisitos uniformes, com júris independentes das instituições formadoras, assume um carácter normalizador e de espírito de justiça inegáveis. Por outro lado, o exame da Ordem tem que perder definitivamente o espírito elitista e restritivo que noutros tempos teve e alguns ainda defendem.

10 – Estas provas não excluem a necessidade de uma **avaliação rigorosa** ao longo do internato, que **assegure a sua dignidade e a qualidade do ensino e do treino** e cujos resultados sejam igualmente o **espelho da instituição formadora**.

11 – Dentro da mesma linha de raciocínio, torna-se necessária uma articulação harmoniosa com as carreiras médicas, pilar fundamental do desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, e que devem ser intransigentemente defendidas pela Ordem.

Até porque a maioria dos médicos portugueses exerce actividade profissional integrado em carreiras médicas (ou no que agora se chama pré-carreira – designação que expressa mais um " privilégio " da classe e que só por si justificaria um artigo de opinião).

Cabe aqui e a propósito uma crítica ao novo regulamento do internato:

- Mantém a perda de vínculo, da autoria inicial de Leonor Beleza. Os internos serão os únicos servidores públicos a funcionar até seis anos sem qualquer garantia, dentro ou fora das carreiras. Mais um privilégio de classe!
- Sem qualquer fundamentação, os internos que não estejam em dedicação exclusiva perdem até os três meses de prolongamento tradicionais no fim do internato.
- Enquanto os médicos integrados nas carreiras podem optar livremente entre a dedicação exclusiva ou actividade livre, aos internos é retirado o direito à livre opção. É uma dualidade de critério incompreensível, depois de, contra a sua vontade terem sido obrigados à exclusividade por Leonor Beleza.
- São mantidos níveis salariais inferiores aos de diplomados de menor diferenciação.

12 – Voltando ao tema:

Como as carreiras médicas são públicas, uma outra reflexão se impõe: como se articula a actividade e responsabilidade da Ordem na atribuição dos títulos com as funções do Estado, que nela delega poderes?

Independentemente de no futuro poder vir a ser feita noutros locais, é nas instituições públicas que actualmente se processa a formação médica.

O Estado surge assim como quase único responsável material pela formação, pelo que nunca prescindiu do seu papel de atribuição de títulos profissionais.

13 – Portugal foi até há pouco tempo o único país com duplas provas de titulação (estatais e da Ordem).

Com o fim (não pacífico), do exame de saída dos internatos acabou a duplicação de provas.

14 – Mas continuamos a ser o único país com dupla titulação. Situação a que urge por cobro.

Citemos aqui a posição judiciosa assumida pelo Sindicato Independente dos Médicos, em carta enviada ao Sr. Ministro da Saúde e assinada pelo seu Secretário-Geral : "Ou o Estado deixa de atribuir títulos, ou retira à Ordem a capacidade de o fazer. Quanto a Nós deve ser o Estado a prescindir de o fazer." Fim de citação, à qual se seguem considerações quanto ao funcionamento dos Colégios da especialidade, na linha, aliás, do que já atrás foi dito.

Esta posição foi tornada pública no recente Congresso dos Médicos de Carreira Hospitalar, e não perde validade pelo facto de ter sido assumida pelo Presidente do Congresso do SIM e apesar de este não estar inserido em nenhuma das Carreiras Médicas.

15 – Cabe agora referir a questão tão falada no passado recente dos júris mistos Ordem/Ministério.

Recordemos que foi uma proposta defendida pelo actual Ministro da Saúde, como manifestação de vontade de resolver o impasse em que se vivia. Neste contexto a proposta era aliciante, e eu próprio a defendi.

No entanto, dois aspectos têm que ser considerados:

a) Em nenhum país se pratica esta solução, particularmente na CE;
b) A situação actual é diferente, uma vez que já não existe "exame de saída" do internato. A questão tem hoje, portanto, um enquadramento totalmente diferente.

Mas a situação é diferente por mais duas razões:

– Por acordo entre a Ordem e o Ministro da Saúde, cessaram as divergências quanto à idoneidade dos serviços para formar especialistas – no futuro imediato as idoneidades são reconhecidas pelas duas partes, cabendo ao Ministério a parte política e à Ordem a parte técnica;
– Através dum longo trabalho, Ordem e Ministério acordaram em programas de internato, perfeitamente descriminados e harmonizados.

Portugal é o primeiro país da Europa a ter este trabalho feito.

16 – Também aqui cessaram as divergências.

A questão que resta é a que já foi citada atrás – **como se articulam as atribuições da Ordem e do Ministério?**

A resposta, que nunca foi suficientemente teorizada, já existe na prática:

– Temos no fundo uma actuação sequencial e mutuamente reconhecida:

a) Ordem e Ministério elaboram em conjunto os programas do Internato;
b) A Ordem define tecnicamente quais os serviços idóneos para dar formação a especialistas (Internatos);
c) O Ministro da Saúde toma a decisão final quanto aos serviços onde decorrerão os Internatos;
d) Os médicos têm acesso aos Internatos mediante prova de selecção da responsabilidade do Ministério;
e) Ao longo do Internato os médicos são submetidos a uma avaliação e classificação da responsabilidade do Ministério através das instituições formadoras;
f) A aprovação no Internato habilita o médico a candidatar-se ao "Exame da Ordem", para obtenção do título de especialista.

Temos portanto uma situação de duplo controlo – na prática, e com excepção de situações marginais, nenhum médico poderá obter o título de especialista pela Ordem, sem que previamente tenha sido avaliado e aprovado pelo Estado, no âmbito do estatuto dos Internatos; mas nenhum médico poderá usar o título de especialista, sem que para tal seja reconhecido pela Ordem.

Resta uma questão – como se resolve o problema do passado, ou seja, **dos médicos que fizeram o exame de fim do Internato clássico,** e não se submeteram ao exame da Ordem, correspondente a uma geração muito bem definida no tempo? Penso que a proposta do Conselho Regional do Sul da Ordem resolve o problema – estes médicos poderiam obter o título mediante simples apreciação curricular com aprovação, salvaguardando que para efeitos de progressão na carreira ou outros semelhantes o título obtido por esta via teria um factor de ponderação diferente.

Terminemos com a questão mais recente – os títulos europeus ou os famosos " boards " europeus de especialistas.

A questão tem ainda contornos mal definidos, para que sobre ela se possam criar juízos com completo conhecimento de causa.

Lembremos que o Comité Permanente dos Médicos da CEE já se manifestou negativamente em relação a esta iniciativa. Outras estruturas europeias fizeram o mesmo, de que é exemplo a FEMS.

Deixemos algumas dúvidas:

a) Tendo acabado em Portugal a duplicação de exames de titulação, devemos aceitar mais uma prova de titulação, desta vez para o "board" europeu?

b) Pretendendo acabar coma dupla titulação, devemos agora aceitar a tripla titulação (Ministério, Ordem, "Board")?

c) Atendendo a que os títulos de especialistas das Ordens dos Médicos são mutuamente reconhecidos em toda a comunidade, os especialistas europeus já existem.

Sendo assim, e aceitando a vantagem de um registo europeu de especialistas, este deve ser obtido pelo somatório dos especialistas reconhecidos pelas ordens, ou pelo contrário, através de provas específicas?

d) Justificar-se-á a existência de provas específicas apenas nos países em que a titulação não é obtida à custa de provas rigorosas e independentes, ao contrário do que acontece por exemplo em Portugal ou na Inglaterra?

São questões às quais o tempo dará resposta.

Caldeira Fradique
Vice-Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos
Secretário-Geral da FEMS

Conselho Nacional Executivo
COMUNICADO

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido no Porto em 22 de Agosto de 1992, analisou o Mapa de vagas de acesso ao Internato Complementar para 1993, de que se extraem as conclusões seguintes:

a) Ao contrário do pressuposto nas negociações estabelecidas pela Ordem dos Médicos com a Comissão Nacional de Internatos Médicos, com base nos acordos celebrados pela Ordem dos Médicos com o ministro da Saúde, consubstanciados em várias portarias regulamentares do Internato Complementar de algumas especialidades, não são contemplados os critérios da Ordem dos Médicos quanto à idoneidade de Serviços, o que é tanto mais estranho quando não são postas a concurso vagas em Serviços com idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos. Tal acarreterá degradação do processo formativo dos novos internos complementares.

b) O actual Mapa de vagas, segundo declarações públicas do Presidente da C.N.I.M., correspondia às necessidades previsionais de Médicos para os próximos cinco anos, de acordo com estudos elaborados pelo Ministério da Saúde. A comparação deste com os Mapas dos anos de 1990 e 1991 revelam uma modificação substantiva daquelas necessidades, ou então um absoluto desnorte na planificação dos Internatos cujas razões profundas são difíceis de descortinar. De qualquer modo fica defraudado o princípio de que o número de vagas postas a concurso correspondia às capacidades formativas dos Serviços.

c) As limitativas possibilidades de escolha traduzem uma vez mais uma concepção espartilhante das opções dos candidatos quanto ao seu futuro profissional.

d) O actual Mapa poderá permitir o recurso à realização de Internatos voluntários e gratuitos a menos que tais venham a ser recusados pela C.N.I.M. e Departamento de Recursos Humanos da Saúde, com base nos já citados estudos referentes às necessidades previsíveis de médicos.

Não obstante a Ordem dos Médicos ser completamente alheia a este Mapa de vagas, elaborado com exclusiva responsabilidade da C.N.I.M. e do Departamento de Recursos da Saúde, o Conselho Nacional Executivo procederá às seguintes iniciativas:

a) Solicitar ao Ministério da Saúde a fundamentação técnica que presidiu à elaboração do presente Mapa de Vagas.

b) Agendar a discussão desta matéria para próxima reunião com o ministro da Saúde no sentido de proceder à revisão do citado Mapa, de forma a assegurar condições de formação vocacionada e tecnicamente adequada aos futuros Internos Complementares.

ADMISSÃO AO COLÉGIO DE CLÍNICA GERAL

Por decisão do Conselho Nacional Executivo sob proposta da Secção Regional do Centro está aberta a admissão ao quadro de especialistas do Colégio de Clínica Geral a todos os Médicos de Clínica Geral que tenham obtido aproveitamento no concurso de habilitação ao grau de Assistente de Clínica Geral, generalista independente do processo de formação realizado.

A entrada destes médicos é automática a partir do momento em que formalizem o pedido de Admissão e comprovem ter obtido a habilitação do Grau através de documento passado pelas Coordenações do Internato Complementar de ClínicaGeral.

Podem ainda vir a ser admitidos ao Quadro Especialistas os Médicos de Clínica Geral que tenham currículo considerado suficiente e avaliado favoravelmente por Júri nomeado pelo Conselho Nacional Executivo. Este Júri é constituído pelos coordenadores do Colégio de Clínica Geral (um por cada uma das Secções Regionais)

Para estes casos de avaliação curricular os critérios são os seguintes:

a) Nove anos de Exercício de Clínica Gerak em Serviços considerados idóneos para esse efeito.

b) Actividades que abranjam as diferentes áreas do Exercício da Clínica Geral.

c) Cursos de valorização profissional na área da Clínica Geral, realizados em Portugal ou no estrangeiro.

d) Outros elementos de valorização curricular no âmbito da Clínica Geral.

Os médicos de Clínica Geral abrangidos por esta segunda hipótese têm de entregar Currículo Vitae detalhado acompanhado do respectivo requerimento.

O prazo limite de entrega de todos os documentos exigos para ambas as situações termina em 30 de Novembro de 1992, e deverão ser entregues nas respectivas Secções Regionais.

ENTREVISTA COM O PROF. CARLOS RIBEIRO

1.º ENCONTRO DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

O.M. – O que motiva a realização do 1.° Encontro da Faculdade de Medicina de Lisboa?

Professor Carlos Ribeiro – Este 1.° Encontro da Faculdade de Medicina de Lisboa representa a satisfação do compromisso que esta ESCOLA sente ter com o Ensino Continuado dos seus alunos. Assenta ainda nas seguintes permissas:

- A riqueza mais importante ESCOLA é o seu manancial
- A demonstração da vitalidade duma Escola reside na mobilização desse manancial;
- A Faculdade de Medicina de Lisboa tem nos seus objectivos principais a responsabilidade da formação dos seus alunos e a Educação Contínua dos seus licenciados;
- É obrigatório inventar um tempo de Encontro anual entre **Docentes** e **Discentes**, actuais e antigos;
- Impõe-se a criação dum clima de Unidade entre todas essas Personalidades, vivido na discussão da modernidade tecnológica e científica, sem esquecer a troca de conhecimentos humanísticos e o aperfeiçoamento da Ética médica.

O.M. – Quais os objectivos visados?

Prof. C.R.– Os objectivos desta Reunião são vastos e múltiplos. Basta reflectir sobre o leque de motivações referido na resposta anterior para se ter uma ideia da grandiosidade do empreendimento que não se esgotará no primeiro encontro. Todavia julgamos que devemos privilegiar a vertente científica num programa de envolvimento permanente da Faculdade de Medicina, com os seus antigos e actuais discentes: escolhemos por isso um tema multidisciplinar susceptível de ser abordado por técnicos e por cultores de diversas áreas científicas e que simultaneamente seja motivo de interesse por parte de uma larga camada de população médica – a Isquemia. A ciência e não só a médica, tem habitualmente uma abordagem sectorial, que transforma, por vezes problemas gerais em assuntos limitados e restritos. Pretendemos que a problemática da Isquemia permita uma discussão alargada com a intervenção de Especialidades de sectores diversos desde as Ciências Básicas às várias ramificações clínicas.

Pensamos que a Isquemia é um tema habitual da nossa Escola que se notabilizou mundialmente com as Investigações em Angiologia.

Outros temas se perfilam no horizonte com a mesma força e característica abrangentes como a Imunologia, a Oncologia, o Trombo-Embolismo... Acho que os avanços da Medicina actual são tão rápidos e as áreas de interesse científico tão diversas e numerosas que pensamos ser fácil encontrar anualmente um tema multidisciplinar importante e com necessidade de atualização.

Queremos que os licenciados da Faculdade de Medicina de Lisboa sejam não só Especialistas consagrados, mas cientistas informados e actualizados prontos a entender os avanços na Investigação Médica e disponíveis para os aplicar no seu dia-a-dia clínico.

O.M.– Quais são os temas principais do programa?

Prof. C.R – Se bem que privilegiando a área Científica este **1.° Encontro da FML** não deixará de contemplar as vertentes cultural e Profissional da Medicina.

O Médico é um Humanista interessado nas modernidades e no ambiente que o rodeia.

Assim esboçamos um Programa em que se pretende cumprir esses objectivos:

Quinta-feira, 18.00 h – Sessão Inaugural, com a presença de Entidades Oficiais; Discurso Inaugural a cargo do Director da Faculdade; Conferência Introdutória do Tema Científico da Reunião "Isquemia – de Egas Moniz aos nossos dias"; Programa Cultural; Recepção.

Sexta-feira, 1.ª Sessão – 09.00-10.30 h – Mesa Redonda sobre Fisiopatologia da Isquemia; 10.30-11.30 h – Café e Visita às Exposições: 1. Posters sobre a actividade da FML; 2. Cultural; 3. Industrial.

2.ª Sessão – Clínica da Isquemia

(1) 11.30-11.50 h – Isquemia do Miocárdio; (2) 11.50-12.10 h – Isquemia do SNC; (3) 12.10-12.30 h – Isquemia, Hipertensão e Rim; (4) 12.30-12.50 h – Isquemia e Doença Arterial Periférica; (5) 12.50-13.00 h – Comentários finais.

3.ª Sessão – Prevenção e Terapêutica da Isquemia; 15.00-16.30 h – Mesa Redonda sobre Prevenção e terapêutica da Isquemia.

4.ª Sessão
Presidente:
Secretário:
16.30-17.00 h – Conferência Final. "Isquemia. Presente e Futuro"; 17.00-18.00 h – Café e Visita às Exposições Técnicas: 1. Posters sobre a actividade da FML; 2. Cultural; 3. Industrial.

Sábado, 5.ª Sessão – A Licenciatura e a Europa. Curso de Medicina e Prática Clínica.

09.00-09-15 h – Ambiente da Licenciatura; 09.15-09.30 h – Carreiras Médicas e Integração Europeia; 09.30-09.45 h – Aspectos deontológicos e éticos da Medicina Moderna; 09.45-10.00 h – O Erro em Medicina; 10.00-11.00 h – Painel de Discussão.
Moderador:
Participantes:
11.00-11.45 h – Café e Visita às Exposições: 1. Posters sobre a actividade da FML; 2. Cultural; 3. Industrial.

6.ª Sessão – Apresentação do Tema do Próximo Ano.

11.45-12.00 h – Novos Aspectos em Imunologia; 12.00-13.00 h – Sessão de Encerramento. Presença de Entidades Oficiais. Homenagem a uma personalidade médica nacional.

As actividade da FML desenvolvidas nas Cadeiras, nas Clínicas, nos Institutos, nos Gabinetes e nos Conselhos serão apresentados sob a forma de Posters.

O Programa prevê largos espaços de tempo para visitas guiadas com discussão dos Posters e tempo para apreciação

das Exposições Culturais e Técnicas. O Médico deve ser informado das últimas aquisições no campo farmacêutico e na área de equipamentos. As firmas farmacêuticas e de distribuição de equipamentos terão oportunidade de apresentar os seus produtos numa exposição que estamos organizando com todo o cuidado e que permitirá um contacto directo entre os médicos e os interessados na comercialização desses produtos. São desejáveis e devem ser estimulados encontros de médicos de várias gerações.

Haverá assim possibilidade de troca de experiências clínicas e pedagógicas de forma a actualizarem-se critérios, discutirem-se conceitos e melhorarem-se actuações.

O.M.– Quer destacar algum dos momentos altos do 1.° Encontro da FML?

Prof. C.R – Penso que na Sessão Inaugural em 15 de Outubro de 1992, com a presença das Entidades Oficiais haverá um momento alto, quando for divulgado todo o envolvimento desta Escola na Angiologia (Egas Moniz, Reynaldo dos Santos, Lopo Carvalho, Cid dos Santos...) que abre o interesse actual pela Isquemia, como área multidisciplinar de investigação de diversas equipas da FML na hora que passa.

No último dia do Encontro de Sábado 17 de Outubro teremos diversos momentos altos:

1. Apresentação do tema do próximo ano, "novos aspectos em Imunologia".
2. Homenagem a uma figura médica nacional.

Mas quero principalmente pôr em destaque o facto de nos comprometermos a publicar um Livro de Actualização sobre Isquemia, focando o estado de Arte.

Especialistas dos sectores médicos mais envolvidos com a problemática da **Isquemia** serão convidados a colaborar neste volume, que julgamos passar a ser no futuro uma referência obrigatória para todo o médico generalista que se interesse por esta temática.

O.M.– Quem (e como) pode inscrever-se para este Encontro?

Prof. C.R – Podem inscrever-se neste 1.° En-contro da FML todos os antigos e actuais alunos da FML e não só e que queiram reflectir sobre o passado e o futuro da nossa Escola.

O.M.– Gostaria de dirigir algumas palavras finais aos futuros inscritos no 1.° Encontro da FML?

Prof. C.R – Gostaríamos de concluir afirmando que a Faculdade de Medicina de Lisboa decidiu promover um Encontro anual, com o objectivo de reunir os actuais Docentes e os Licenciados por esta Escola.

Visa esta reunião, três aspectos: o científico, pela actualização periódica das várias áreas do conhecimento médico; o cultural, pelo contacto com a obra de médicos notabilizados no campo das artes; e o afectivo, pelo reencontro das várias gerações formadas na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Os temas científicos éticos, profissionais e culturais eleitos constituirão uma completa e relevante, preocupação dos organizadores do 1.° Encontro da Faculdade de Medicina de Lisboa forma de abordagem que permitirá um grande envolvimento dos inscritos.

Apelamos à presença em massa de todos os alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa, que se reveêm na sua Escola, que sonham contribuir para o seu desenvolvimento científico e desejam continuar a lutar para o progresso da Faculdade de Medicina de Lisboa.

REUMATISMO E PSIQUISMO

■ **PROF. M. VIANA DE QUEIROZ**
Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa
Coordenador da Área dos Reumatismos no Programa CINDI

As doenças reumáticas não são originadas por perturbações psíquicas, embora estas alterações possam fazer parte do quadro clínico de alguns reumatismos como, por exemplo, do lupus eritematoso sistémico e da fibromialgia (que é uma doença de que só há pouco se fala, mas é frequente).

Com efeito, no lupus eritematoso sistémico não é rara a depressão provocada pela própria doença. Na fibromialgia, os doentes são muito perfeccionistas e rigorosos consigo próprios o que pode gerar, e origina com frequência, tensão psíquica, ansiedade e depressão.

Por outro lado, sabe-se que uma doença reumática, como por exemplo a artrite reumatoide, pode iniciar-se após um grande desgosto como acontece por exemplo em certas mulheres após o falecimento do marido.

Mais importantes, por serem mais frequentes são, todavia, as repercussões, sobre o psiquismo destes doentes, da dor, da alteração da aparência física (imagem corporal) da fadiga e da perda de energia, da diminuição funcional e da independência, bem como das repercussões económicas da doença sobre o doente e o seu agregado familiar.

As alterações da aparência física ou da imagem corporal, isto é, da imagem que o doente tem do seu corpo, podem ser fruto quer da doença, quer do tratamento, como acontece, por exemplo, com as manchas na cara dos doentes com lupus.

Alguns medicamentos, particularmente os corticosteroides, podem igualmente modificar a aparência física, o que faz com que alguns doentes tomem estes medicamentos com muita relutância.

A dor mais ou menos crónica interfere, muitas vezes, com a actividade física e com as emoções do doente. O alívio deste sintoma é fundamental. Para além dos medicamentos, podem contribuir para aliviar a dor certas medidas de reabilitação, e ainda algumas técnicas de relaxamento, bem como actividades de recreio.

A diminuição da capacidade funcional e da independência consecutivas à dor e a fraqueza física, sobretudo quando torna os doentes dependentes de terceiros, podem ser devastadoras, particularmente para os doentes do sexo masculino que, de uma maneira geral, e ao contrário das mulheres, têm dificuldade em encarar a doença como fazendo parte da experiência e da existência humana.

Em consequência disto o doente reumático tem tendência a isolar-se e a conviver menos com os seus familiares e amigos; vê-se profissionalmente despromovido, quando não tem mesmo de se reformar em idades precoces da vida; perde prestígio profissional e social; é sexualmente agredido com a transformação do patriarcado em matriarcado no caso do homem, e perda da autoridade doméstica no caso da mulher. Todas estas situações diminuem a consideração por si próprio, aumentam-lhe a insegurança e a vulnerabilidade à doença psíquica.

A primeira consequência psicológica das doenças reumáticas crónicas é a ansiedade, isto é, uma alteração psíquica em que o doente se sente ameaçado por algo que pode ser real ou imaginário.

A seguir à ansiedade instala-se a depressão que é, indiscutivelmente, o maior e o mais frequente problema psíquico destes doentes. A depressão é uma doença caracterizada por pessimismo, desinteresse, tristeza profunda, e por uma diminuição da actividade intelectual e motora destes doentes que ficam, frequentemente, inibidos e sem iniciativas. A depressão agrava a dor e a incapacidade funcional ao ponto de algumas vezes, em certas fases da doença, serem mais eficazes os medicamentos antidepressivos do que os anti-inflamatórios.

É frequente que um doente com uma depressão latente, isto é, com uma depressão que ainda não se exteriorizou completamente, esconda os seus sentimentos de melancolia e tristeza, em queixas relacionadas com os aparelhos digestivo (falta de apetite, náuseas, dores de estômago, espasmos intestinais, prisão de ventre, diarreia), respiratório (sensação de estrangulamento, falta de ar, aperto do torax), do coração (dores no peito, aceleração dos batimentos cardíacos, falhas no ritmo cardíaco) e, também, queixas ao nível do aparelho locomotor traduzidas, sobretudo, por dores na coluna vertebral.

Estas alterações psicológicas dos doentes reumáticos têm tratamento, e permitem ao doente ter uma vida com muito mais interesse e melhor qualidade.

COMUNICADO

ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES PÚBLICAS / PRIVADAS

Em função das dúvidas suscitadas sobre a necessidade de pedido de autorização para a acumulação do exercício de actividades públicas ou privadas, conforme decorrente da Circular Normativa da Direcção Geral dos Hospitais, o Conselho Regional do Sul vem dar a conhecer aos Médicos a carta enviada em devido tempo ao Senhor Ministro da Saúde, e que pensamos é suficientemente esclarecedora da situação:

"Teve esta Secção Regional do Sul conhecimento da Circular Normativa Nº. 12/92 de 01/06/92 da Direcção Geral dos Hospitais sobre Regimes de Trabalho e Horário do Pessoal Médico Hospitalar.

Nessa circular, a propósito da matéria tratada, pretende-se impôr ao pessoal médico uma declaração de **exercício de funcões público/privadas em regime de acumulação.**

Para além de aquela Circular Normativa **não conter qualquer fundamentação legal,** para poder ser emitida, o que reputamos de muito grave, acontece que a mesma viola frontalmente as disposições legais em vigor.

Assim, se bem que o art.º 32.º. do Dec.-Lei n.º. 427/89, de 7 de Dezembro, imponha que o exercício em acumulação de actividades privadas carece de autorizacão prévia do membro do Governo competente, o certo é que a aplicação de tal regime é, no mesmo diploma, excepcionado para o pessoal médico (n.º. 3 do art.º. 44.º), que dispõe que a estes se aplicam as normas dos respectivos estatutos.

Publicada a Lei n.º. 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, que integra, óbviamente, o estatuto jurídico dos médicos, **ficou expressamente autorizado o exercício de actividade privada,** sem prejuízo como é evidente, dos regimes de exclusividade (n .º 3 da Base XXXI).

A referida Lei que carece de ser regulamentada, dispõe, porém, no n.º 1 da sua Base XLIII que o Govemo deve desenvolver em Decretos Leis as suas bases **que não sejam imediatamente aplicáveis,** o que não é o caso do n.º. 3 da Base XXXI que, por autorizar expressamente o exercício de funções privadas, é de aplicação imediata.

Assim, e desde logo, a referida Circular da Direcção Geral dos Hospitais é ilegal por vários motivos:

1.º. Porque não contém qualquer fundamentação legal;

2.º. Porque pretende regulamentar matéria que, nos termos da Lei de Bases da Saúde e de disposição excepcional do n.º. 3 do art.º. 44.º do Dec.-Lei n.º. 427/89 de 7 de Dezembro, é de competência do Governo

3.º Finalmente e fundamentalmente, porque abrange matérias que não estão sujeitas a qualquer regulamentação nos termos do referido n.º 1 da Base XLIII da Lei n.º. 48/90.

Concluindo, a Base XXXI, n.º. 3 é imediatamente aplicável, por conter uma autorização expressa e destinada directamente, a todos os profissionais do Serviço Nacional de Saúde, e integra o estatuto próprio do pessoal médico que está excepcionado pelo n.º. 3 do art.º. 44.º. do Dec.-Lei n.º. 427/89.

Tem esta Ordem aconselhado os seus membros no sentido de que não estão sujeitos a requerer as referidas autorizações para o **exercício de funções PRIVADAS,** por existir Lei que já autoriza expressa e directamente.

Nestes termos, vimos sensibilizar V. Exa. no sentido de revogar ou alterar a circular normativa em causa, por ilegal e não fundamentada.

A mesma circular, porque contém normas geraisde Administracão, é susceptível de ser apreciada e impugnada pela Procuradoria Geral da República, junto do Supremo Tribunal Administrativo, hipótese que será evitável se a legalidade vier a ser reposta.

Finalmente caberá relembrar que, concretamente, a Base XXXI n.º 3 foi resultado directo de negociações estabelecidas publicamente entre esta Ordem e o Grupo Parlamentar do PSD, com o sentido que resulta literalmente da referida disposição.

Aguardando que V. Exa . promova as determinações em conformidade com a reposição da legalidade, apresentamos os melhores cumprimentos.

Lisboa, 17 de Agosto de 1992

O CONSELHO REGIONAL DO SUL

ORDEM DOS MÉDICOS

SECÇÃO REGIONAL DO SUL

ESCLARECIMENTO CRÍTICO AOS MÉDICOS

Exelência

O n.º 3 do art.º 17.º do Decreto-Lei n.o 128/92, de 4 de Julho prevê que a mudança de área profissional no Internato Complementar só é permitida por uma vez, mediante novo Concurso de admissão e durante a primeira metade da duração do Internato frequentado.

Acontece que o referido Decreto-Lei, tendo já entrado em vigor, aplica-se aos internos cujos Internatos já se iniciaram e muito dos quais já ultrapassaram a metade do respectivo período.

Esses médicos ficaram, pelas razões apontadas, injustamente impossibilitados de exercer o direito de mudança de Internato.

Entede esta Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos que o novo regime jurídico que se aplica para o futuro, não pode prejudicar aqueles que iniciaram o Internato ao abrigo da Lei antiga, pois, se pudessem prever a alteração atrás referida, teriam certamente efectuado a mudança que a nova Lei agora lhes parece impedir.

Assim, julgamos que seria conveninete e justo que se esclarecesse por via de despacho interpretativo que o art.º 17.º do Dec.-Lei 128/92, só se aplica a quem tiver iniciado o seu Internato depois da entrada em vigor deste diploma.

Agradecendo a melhor atenção quanto à questão colocada, e ficando à disposição apresento a V. Exas os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho
Regional do Sul
Fernando Costa e Sousa

Relativamente ao assunto da carta acima referenciada, encarrega-me Sua Excelência o ministro da Saúde de informar V. Ex.ª de que, por despacho de 31/07/92, determinou a não aplicabilidade do n.º 3 do artigo 17.p do Decreto-Lei n.º 128/92, de 4 de Julho, no concurso de ingresso aos internatos complementares que terão início em 1 de Janeiro de 1993.

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 10 de Agosto de 1992

O chefe do Gabinete
Moraes Mendes

REQUISIÇÃO PARA DIPLOMAS

N.º _____

NOME COMPLETO DO MÉDICO _____

_____

NOME QUE DESEJA IMPRESSO NO DIPLOMA DE MÉDICO _____

_____

FACULDADE PELA QUAL SE LICENCIOU _____ ANO _____

NOME QUE DESEJA IMPRESSO NO DIPLOMA DE ESPECIALISTA _____

_____

ESPECIALIDADE _____

N.º CHEQUE _____ BANCO _____

NUMERÁRIO _____

DATA ____ de _____ de 19 ____ Assinatura

(Preencher em maiusculas ou letras de imprensa) _____

Morada para eventual envio do diploma: _____

ORDEM DOS MÉDICOS
Secção Regional do Sul

" Ao enquadrar um ideal devemos assumir o que desejamos mas temos de evitar as impossibilidades"

Aristóteles

ESCLARECIMENTO CRÍTICO AOS MÉDICOS DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL

Com o decorrer do tempo e mais intensamente em datas recentes tem surgido mal entendidos, críticas e incompreensões relativamente às posições assumidas pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Considerou este Conselho que seria útil, para sua própria orientação e tomada de consciência, exprimir num único documento os princípios essenciais em que acredita e de que decorre permanentemente a sua actuação a respeito de cada aspecto particular e até de cada caso concreto. Pareceu-nos também vantajoso tentar explicitar qual o nexo entre os princípios que lhe são subjacentes e a orientação assumida, ou a assumir, relativamente aos assuntos dominantes na prática da Medicina no presente e no futuro.

Só com um exercício desta natureza se atingirá uma conduta coerente, lógica e harmoniosa impermeável às decisões arbitrárias e aos impulsos ou interesses circunstanciais momentâneos ou, porventura, espurios.

Afigura-se-nos que, para total esclarecimento de todos e tendo em vista evitar equívocos, seja vantajoso difundir aos médicos da nossa Secção, aos restantes órgãos da Ordem dos Médicos e até aos médicos das outras Secções o presente texto que, em princípio, se destinava a utilização interna.

I - Princípios fundamentais

Os princípios axiomáticos dos quais devem decorrer todos os outros são os seguintes:

a) O vinculo primordial de lealdade deve ser estabelecido com a pessoa doente e os seus interesses devem sobrelevar quaisquer outros, inclusive os do próprio profissional.

b) Deve gozar da máxima liberdade e independência, sem interferências estranhas, condição para o assumir de uma responsabilidade profissional plena.

c) A qualidade técnica de cada acto deve ser a mais elevada possível, constituindo um dever ético de cada profissional procurar atingi-la quer por si, quer pelos meios ao seu dispor, protestando quando estes não se encontrem reunidos.

d) Deve ser regida por padrões éticos estritos, definidos pela própria profissão, de que o segredo, base da confiança, é um dos primordiais.

e) Deve estar integrada numa organização profissional independente e autónoma e como tal reconhecida pela Sociedade, com poderes disciplinares de auto regulação, tanto no campo Técnico como Deontológico.

Estes princípios que definem uma profissão liberal são aplicáveis qualquer que seja o regime laboral em que o profissional exerça quer como independente, quer por conta de outrem, tanto no sector público como no privado.

Vejamos agora qual a aplicação prática destes princípios, quer na ordem externa, quer no seio da própria organização.

II - No plano externo

A - Sistema de Saúde

1 - Considera-se essencial que a par dos serviços públicos de saúde, e com eles articulado, exista um Sistema de Saúde eventualmente global, mas porventura e preferencialmente diversificado, que constitua alternativa, com forte significância, quer para médicos quer para a população.

2 - A necessidade de tal Sistema decorre de vários factores:

a) Incapacidade do Estado em assumir a totalidade dos Serviços de Saúde. Esta incapacidade assume várias facetas. Em primeiro lugar é essencial e decorre da vocação predominantemente normativa e integradora do Estado aliada às suas limitações intrinsicas como fornecedor directo de Serviços. Acresce que em termos práticos o custo crescente dos serviços potenciado pela elevada carga administrativa própria da Administração Pública inviabilizam a curto prazo o assumir da globalidade do Sistema. Assim as verbas investidas terão progressivamente uma relação custo benefício cada vez menor que acabará por aconselhar inequivocamente a procura de um Sistema alternativo, como desejável contribuição directa dos seus beneficiários.

b) Da insatisfação dos utilizadores do Sistema Estatal, que é patente, sobretudo na vertente humana dos serviços, que provoca uma procura de Sistemas alternativos desde que financeiramente aceitáveis.

c) Da consciência generalizada que, dados os custos envolvidos e a prática social corrente, relativamente sobretudo a actos de valor financeiro relevante, a figura clássica do pagamento directo ao médico pelo doente se tende a transformar progressivamente numa contribuição de moldes cooperativos, dentro de uma figura de tipo seguro, embora não necessariamente dentro dos esquemas e instituições clássicas deste.

Queremo-nos referir concretamente à hipótese de organizações autónomas de médicos nomeadamente cooperativas poderem oferecer este serviço, nos termos propostos, directamente ao público.

3 - A possibilidade que se pretende, de esta forma de Serviços ter uma essência privada, não prejudica a hipótese do Sistema de Estado, para uma maior rentabilidade dos capitais investidos e maior satisfação da população, poder adoptar o figurino proposto, como aliás já acontece, restritamente, em alguns ramos da Medicina.

4 - De qualquer forma e fosse qual fosse o modelo adoptado e as suas várias modalidades deveriam pautar-se pelas seguintes normas genéricas.

a) - Livre escolha do Médico pelo Doente

b) - Pagamento por Acto Médico, sem prejuízo de existência de remunerações de base, moduladas no tempo e no lugar.

c) - Livre acesso de todos os profissionais devidamente credenciados em termos técnicos pela Ordem dos Médicos.

d) - Se titulado por convenções, como garantia da qualidade técnica e da adequação ética, a Ordem dos Médicos deverá ter naquelas uma participação activa quer na sua elaboração tanto técnica, como profissional e ética quer no seu acompanhamento prático, conforme já foi explicitamente solicitado ao Governo.

5 - Um Sistema desta Natureza embora centrado essencialmente na prática em ambulatório da Clínica Geral e das outras especialidades deverá englobar o sector hospitalar privado. A sua execução prática está facilitada quer pela tabela de Actos Médicos da Ordem dos Médicos, quer pela Tabela de Diagnósticos Homogéneos do Ministério da Saúde.

6 - É evidente que a implementação dum Sistema como o proposto passa pela adopção de certos pressupostos políticos, que foram sugeridos aos poderes públicos mas que, infelizmente, não tiveram acolhimento significativo no texto da Lei de Bases de Saúde e de que ressaltam:

a) - Não obrigatoriedade de adesão ao Sistema Geral desde que assegurada a adesão a um sistema alternativo.

b) - Vantagens fiscais significativas, tanto para pessoas singulares como colectivas, nomeadamente no imposto a pagar, sem prejuízo da retenção duma fracção respeitante à solidariedade social e cobertura de grandes riscos.

7 - Se a adopção dum Sistema deste tipo se impõe por imperativos de natureza conceptual, neste momento torna-se urgente por razões de carácter prático.

B - Soluções profissionais alternativas após o Internato

De facto o Dec Lei 90/88 ao retirar a manutenção do vínculo à função pública aos médicos internos no final do seu internato, embora mitigado pelo período temporário de 18 meses conseguido no Dec Lei 128/92, vai a muito curto prazo ter uma expressão real e grave.

Temos a noção que esta medida tomada de maneira isolada assumirá proporções catastróficas se não for encontrada de imediato uma saída viável.

Realisticamente vê-se que a sua integração nas estruturas existentes não poderá ser mais do que marginal e diferida e que se não for imaginada uma solução alternativa, que pensamos dever ser do tipo proposto, a situação dos Médicos Internos tornar-se-á insustentável.

Pensamos pois que a integração a contento dos Colegas nesta situação, e dos que se lhe vão seguir, no exercício da profissão constitui o problema mais importante que se coloca de imediato à Classe Médica, sobrelevando de longe todos os outros e deverá portanto merecer uma atenção prioritária.

C - Carreira Hospitalar

Se a necessidade de criação a curto prazo de um Sistema alternativo se impõe,

ela não deverá prejudicar a dignificação das estruturas existentes, nomeadamente da Carreira Hospitalar.

Defacto o Hospital Público, como ponto de treino dos profissionais, como círculo de troca de experiências, como local de desenvolvimento de técnicas de ponta e de investigação médica, não pode, dentro da estrutura nacional e europeia, encontrar substituto dentro dum horizonte temporal previsível.

Cumpre portanto dignificar a sua estrutura e ao contrário da doutrina corporizada no Dec 73/90 que, maniqueisticamente, tendia a dividir os médicos em hospitalares e outros, encontrar fórmulas flexíveis que permitam aos médicos, que não centrem a sua actividade na estrutura hospitalar, não ficar dela arredados, tanto no sector da Clínica Geral como das outras especialidades.

Os pontos mais relevantes a encarar e que reiteradamente tem sido colocados ao Ministério da Saúde, embora sem acolhimento, pensamos serem:

1 - Gestão Hospitalar

Embora reconhecendo o direito da Tutela ter confiança nas pessoas para tal nomeadas estamos certos que essa confiança deveria ser compartilhada pelo corpo médico, e que, ao contrário do que acontece actualmente, deveria ser encontrada uma fórmula que permitisse a sua audição prévia. De contrário corre-se o risco de as nomeações serem encaradas como meramente políticas, com consequente desinteresse e atritos inevitáveis com os médicos hospitalares, desresponsabilizados da gestão.

2 - Concursos

a) Se aquele defeito é notório a nível de gestão e definição da política das instituições torna-se gritante a nível de Júris.

É inadmissível que os júris de provimento para lugares técnicos sejam integrados, com predominância, por médicos cuja nomeação possa ser encarada como política e que só acidentalmente tenham competência técnica para o efeito.

É um ponto que urge alterar de imediato, sob pena de total desprestígio da carreira.

b) Critérios de avaliação

A substituição de critérios técnicos por pontos de natureza administrativa e de gestão como critério de avaliação, sobretudo mas não só, a nível de Chefe de Serviço, parece-nos que também contribui para o desprestígio da carreira e deve ser profundamente alterada.

Também o aspecto processual de classificação pouco nítido, e que na prática arrasta a cerca de duzentas impugnações em curso, parece fortemente criticável e deve passar para uma fórmula mais simples e clara com reforço da respeitabilidade técnica e responsabilidade do júri, que é evidente só a pode assumir se for credível.

3 - Regime de Trabalho - Exclusividade

a) Exclusividade obrigatória

É um regime que repudiamos "in limine" por atentatório da liberdade do exercício profissional e contrário aos princípios essenciais definidos.

Congratulamo-nos que tenha conseguido ser evitado, face a versões iniciais, no Dec Lei 73/90 e na Lei de Bases de Saúde e tenha sido revogado no recente Dec Lei 128/92 para os internos actuais e futuros.

Permanece todavia relativamente aos Directores de Serviço, sendo mais uma das já de si tão pouco límpidas condições de nomeação.

A própria Administração reconhece tacitamente a injustiça e impraticabilidade da sua aplicação, violando constantemente a lei, mercê de subterfúgios de concessões privadas ou sinonímias púdicas de coordenadores, director interino etc. Bom seria que assumisse frontalmente uma alteração do texto legal.

b) Exclusividade opcional

É um regime que, de momento, aceitamos como justo no estado actual da situação pelas seguintes razões.

- Se existe deve ser acessível a todos os médicos que a ele pretendam aceder, designadamente os Médicos Internos.

- É o único artifício que permite a médicos que se dediquem somente a actividade pública, sobretudo no início e fim de carreira, atingir níveis salariais minimamente aceitáveis.

Tem todavia os seguintes inconvenientes práticos, para além dos conceptuais, que não são de desprezar:

- Torna os médicos mais vulneráveis às coarctações da liberdade profissional, por via administrativa, a que adiante nos referiremos.

- Dificulta a inserção dos médicos em formação no exercício da profissão, que como vimos se vai tornar agudo a curto prazo, uma vez que é de prever que a maioria seja afastado da função pública.

- Vai ao encontro, e não seria realista nem honesto escamoteá-lo dos desígnios de alguns grupos médicos que a propalaram, por maioria de razão com carácter obrigatório, para libertar da concorrência o mercado privado.
  Isto para já não falar dos grupos financeiros ávidos de se apoderarem, por baixo preço, de trabalho médico dócil que vislumbraram facilitado num passado não muito distante.

c) Regime Livre

Afigura-se o regime mais correcto porque mais consentâneo com a liberdade do exercício profissional.

Para além do aparente contra-senso de uma pessoa ser especialmente remunerada por não executar determinada actividade, pensamos que seria mais desejável que os vencimentos dos médicos atingissem valores que, sem artifícios, lhes permitissem optar por um exercício exclusivo se tal desejassem.

Isto sem prejuízo, claro está, dos médicos que optassem por esta situação poderem ser especialmente remunerados por actividades que efectivamente desempenhassem para além das suas tarefas normais quer no campo da assistência quer do ensino, de investigação, de disponibilidade permanente em projectos especiais (cirurgia pesada, transplantações etc) ou outros inerentes à actividade pública.

Assim sendo, pensamos que seria de reformular inteiramente a filosofia subjacente ao Dec lei 73/90 que considera o regime exclusivo como o normal e desejável, concedendo como atractivo múltiplas benesses quer em termos de formação, quer de carreira, quer financeiros aos médicos que por ele optarem.

Pensamos que este tratamento desigual é injustificável não só em termos éticos, mas também práticos.

Como previramos, arrastou um péssimo clima de trabalho sem qualquer melhoria aparente, antes pelo contrário, na produtividade dos serviços.

O enorme esforço financeiro a que obrigou, que se cifrou nas palavras do Senhor Ministro em 70 milhões de contos só no primeiro ano, foi, é evidente, em pura perda e poderia ter tido uma aplicação muito mais rentável e justa, com maiores benefícios para a generalidade dos médicos.

Só uma persistência cega leva à sua manutenção, quando tudo mostra que deveria ser alterado, com salvaguarda é certo dos direitos entretanto adquiridos pelos colegas que por ele optaram.

D) Saúde Pública

A diluição das actividades autónomas da área específica da Saúde Pública no conceito global de Cuidados Primários de Saúde, embora conceptualmente atraente, revelou-se na prática como não sendo a mais eficaz aos objectivos em vista.

Consideramos como desejável o retorno a uma individualização funcional deste ramo da Medicina de tão largas tradições em Portugal e como símbolo desta orientação patrocinamos a sua institucionalização como Especialidade no quadro da Ordem dos Médicos.

E) Clínica Geral

A estabilidade de emprego, remuneração e progressão concedidas por um Sistema de Carreira são inegáveis.

Todavia o horário burocratizado a excessiva carga administrativa e a relação predominantemente institucional estabelecida com o doente parecem adaptar-se mal à natureza da Clínica Geral e são factores de desmotivação e frustração.

Por outro lado o ênfase colocado na visão social e comunitária da Medicina, em detrimento da sua dimensão individual, afigura-se excessivo.

Impõe-se portanto encontrar uma fórmula que, preservando as vantagens referidas torne o exercício mais atraente e humano.

Deverá ser privilegiada a função face ao horário, o número e qualidade de actos exercidos, a boa empatia com o doente face ao cumprimento de deveres meramente administrativos.

O Ministério da Saúde teve consciência do problema e empreendeu uma tentativa tímida e desconfiada nesse sentido. Mantinha todavia tantos defeitos do Sistema vigente que conforme previramos, não teve qualquer êxito significativo e não foi objecto de adesão, senão por escasso número de médicos.

Os comentários referentes ao regime de exclusividade no Sector Hospitalar aplicam-se, por maioria de razão, ao âmbito da Clínica Geral.

Ainda no campo extra hospitalar a política de retirar do ambulatório o exercício da maioria das outras especialidades acantonando-o aos hospitais, parece errada e vem ao arrepio da tendência que se verifica em todo o mundo, com maior rentabilidade quer humana, quer técnica, quer financeira. Mas é sobretudo no campo da Clínica Geral que se verifica outro grave problema que passamos a abordar.

F) Coarctações por via administrativa da liberdade profissional

Um inquérito recente levado a cabo no âmbito da Conferência Internacional das Ordens mostrou a existência de limitações à liberdade profissional em todos os países da C.E., mas evidenciou que aquele onde eram mais extensas e profundas era Portugal.

A delegação portuguesa já levantou o assunto a nível do Comité Permanente dos Médicos da CE e pretende que ele seja aí tratado com carácter prioritário.

Naturalmente que essas limitações são sempre apresentadas e justificadas como uma tentativa de racionalização dos gastos mas na prática representam de facto um racionamento dos Serviços.

Uma vez que em última análise correm contra os interesses dos doentes, violando portanto o principio fundamental de que partimos, a classe médica não lhes deve dar a sua cumplicidade, tendo portanto o dever de as denunciar e combater.

Lamentamos que haja médicos que, esquecidos dos seus deveres éticos, de que os lugares que ocupam os não eximem, procurem impo-las a outros médicos que deles hierarquicamente dependem.

Convém sumariamente recordar estas medidas, para se ter a noção como representam um todo coerente, por vezes não evidente quando se toma cada uma em particular.

Para além das propostas brutais de fazer depender os vencimentos de médicos do seu nível financeiro de prescrição, de que existem exemplos explícitos e de proibição directa de requisição de exames auxiliares e de prescrição de medicamentos, existem outras mais subtis.

Estão neste caso o controlo individual de prescrição, através de vinhetas, que, para além de por vezes ter assumido uma expressão retaliatória, constitui uma coacção psicológica latente e permanente.

Também a prática de comparticipar preferencialmente os medicamentos mais baratos, para não falar nos genéricos, constitui uma forma indirecta, encapotada e subtil de coarctar a liberdade de prescrição.

Para terminar citamos a obrigatoriedade, que permanece, de enviar prioritariamente a Serviços do Estado doentes para a execução de exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica, que nalguns casos se torna absoluta. Esta violação evidente do direito dos doentes à liberdade de escolha e do médico à liberdade profissional faz-nos passar ao tema seguinte:

G) "Convenções"

As aspas não são erro tipográfico.

De facto de tal forma se afastam do conceito de convenção, sinónimo de convénio e negociação, as chamadas convenções existentes que as aspas inteiramente se justificam. Isto explica o seu tratamento fora do sistema alternativo que propomos e com o qual se não devem confundir.

Efectivamente passou-se de uma norma geral elaborada por negociação entre os poderes públicos e a profissão médica organizada, que definisse inequivocamente as condições técnicas, profissionais e financeiras e os direitos e deveres das partes contratantes e ao qual tivessem livremente acesso os profissionais nas condições requeridas, para o plano de um contrato individual.

As condições deste são estabelecidas unilateralmente, o seu valor financeiro negociado caso a caso, quer como grupo quer até, como caso individual, onde é abertamente proposta a prática de valores abaixo dos convencionados, e a adesão é condicionada ao arbítrio da Administração Pública. Além disso o seu âmbito foi praticamente cingido a meios complementares de diagnóstico, e terapêutica, com exclusão real de outros actos cirúrgicos e médicos.

Acresce que este contrato é ainda pervertido pelas limitações à escolha acima referidas.

Para cúmulo, as cláusulas financeiras, para além duma actualização acumulada exígua de cerca de 60% relativamente a 1980 face a uma inflação acumulada de mais de 400%, são sistemática e displicentemente não cumpridas. Chega a espantar como há ainda colegas que conseguem persistir neste esquema, mas o número dos que desistem e sobretudo dos que o não iniciam é deveras preocupante e aponta para que a situação se tornará, a curto prazo, insustentável.

Fortes solicitações ao Governo para uma correcta redefinição deste quadro caótico encontram sempre como eco uma vaga aceitação de princípio, mas na realidade ainda não levaram a nenhuma actividade concreta.

Fica-se com a sensação que a solução imediata de problemas urgentes de Tesouraria, inibe a creatividade, provoca a desconfiança e atemoriza o Governo na procura de soluções claras e, porventura, técnica e financeiramente mais rentáveis e gratificantes para todos.

Mas vejamos como tem decorrido globalmente as relações com o Ministério da Saúde.

H) Relações com o Ministério da Saúde

Ao contrário das aparências as relações estão longe de ser satisfatórias.

Uma relação urbana e normal no campo pessoal e humano não deve fazer esquecer a não solução de problemas reiteradamente e veementemente expostos.

A maior parte dos assuntos foi objecto ou de uma negativa formal ou de vagas promessas de aceitação e protelamento da resolução que, na prática, não conduziram a qualquer resultado.

Ressaltamos como mais importantes:

a) Regulamentação da Lei de Bases de Saúde

- Que permitisse explorar ao máximo as potencialidades, embora tímidas, que contem de instituir um sistema alternativo nas linhas apontadas.
- Que permitisse criar uma legislação quadro de Convenções que obviasse ao marasmo a que se chegou.
- Que permitisse definir e regular por via legislativa o "Acto Médico" (conforme projecto apresentado) e evitasse o exercício da medicina por profissionais não qualificados.

b) Revitalização da Carreira Hospitalar

- Revisão do Dec. Lei 73/90, sobretudo no que ao problema da exclusividade se refere mas também a uma definição nítida do conteúdo funcional das várias categorias profissionais que desse um sentido ao termo Carreira para além do meramente administrativo.
- Revisão da Lei de Gestão Hospitalar.
- Revisão dos Regulamentos de concursos, sobretudo na composição dos júris, parâmetros de avaliação e simplificação do processo e dignificação da função dos júris.

c) Reestruturação do exercício da Clínica Geral

De acordo com os princípios anteriormente expostos e necessários para a valorização e dignificação dum ramo de actividade médica fundamental no panorama nacional e cuja qualidade é paradigma de todo o Sistema.

O único campo em que se conseguiu um progresso positivo, mesmo assim bastante aquém dos objectivos pretendidos, foi na estrutura dos Internatos. Foi reconhecido o papel primordial da Ordem dos Médicos na definição das Especialidades, na Idoneidade dos Serviços, na definição dos Curricula e na Titulação dos Especialistas.

Conseguiu-se a manutenção temporária ao Serviço dos Internos vítimas do regime de dedicação exclusiva obrigatória imposta por legislação anterior.

Conseguiu-se também, por via da Lei de Bases, terminar com a obrigatoriedade do regime de exclusividade imposta aos internos após 1988, caso acedessem a lugares do quadro.

Os objectivos atingidos embora fundamentais em termos de associação profissional, são modestos tendo em vista a reestruturação da filosofia do exercício da medicina que se pretendia e a que urge proceder.

As relações com o Ministério merecem mais um comentário.

Estas relações foram permanentemente inquinadas pela existência de "Lobbies" quer individuais, quer organizados, quer até institucionalizados, que exprimindo interesses parcelares e opiniões divergentes geraram perplexidade no Ministro e retiraram peso negocial aos representantes da Ordem dos Médicos.

Temos de compreender que o Governo, cujos objectivos políticos e constrangimentos financeiros não coincidem com os interesses dos médicos e dos doentes, tenha aproveitado a expressão dessas divergências para não resolver os assuntos ou tentar chegar a soluções ditas consensuais, que acabam por não agradar a ninguém.

Embora seja perfeitamente legítimo e saudável que nem todos os médicos compartilham das convicções e soluções apresentadas pelos dirigentes da Ordem dos Médicos, existem mecanismos estatutários apropriados à expressão dessa discordância.

Embora legítima não deixa de ser bizarra a proliferação de instituições médicas cujo único objectivo aparente parece ser sapar a actuação da sua organização representativa.

Acresce que toda esta actividade não deixa de ter reflexos no seio do próprio Conselho Nacional da Ordem o que ainda coarcta mais a sua capacidade reivindicativa.

Neste contexto este Conselho Regional foi forçado a não se opôr à substituição da política de afrontamento pela política de convencimento, decidida a nível nacional e, porventura, a única possível dentro destes condicionalismos.

Afigura-se-nos todavia pelo menos cínico que nos sejam assacadas críticas de falta de operacionalidade e brandura em relação ao Ministérlo da Saúde por sectores que tudo fizeram para minar a nossa actuação.

Mas as vítimas, e longe de nós está o assumir esse papel, são os médicos como um todo e a eles compete, em consciência, julgar.

III - No plano Interno

A- Colégios e Exames de Especialidade

O reconhecimento das competências acima referidas e a abolição do exame final do Internato Complementar, aumenta a responsabilidade dos Colégios de Especialidade no exercício dessas competências e na orientação dos Exames.

Convém portanto conferir o máximo de cuidado à composição das suas Direcções para que atinjam a maior operacionalidade e dignidade possíveis.

Deste modo, e aprofundando a linha seguida no início deste mandato, o Conselho Regional do Sul propôs aos outros Conselhos Regionais que a nomeação estatutária das Direcções, se fizesse sobre nomes indicados, após audição formal, pelos membros de cada Colégio. Se tal não for decisão nacional é nossa decisão que, pelo menos nesta Secção, assim passe a ser.

B - Admissão nos Colégios de Especialidade

A abolição do exame final do Internato Complementar encerrou um ciclo marcado por muita polémica e divergências conceptuais.

Consciente de que era desejável iniciar novo ciclo não inquinado por divergências do passado este Conselho elaborou uma proposta no sentido de as sanar.

Embora respeitando as susceptibilidades legítimas que iria despertar propôs que, durante um período limitado, os médicos possuidores do exame de saída submetessem o seu currículo tendo em vista a sua admissão eventual, por equivalência, aos Colégios de Especialidade.

Esta proposta foi inviabilizada pelas outras Secções Regionais. Neste momento este Conselho continua a pesquisar uma fórmula que, sem possibilidade de se projectar como regra para o futuro, permita resolver os problemas do passado e possa merecer consenso nacional.

C - Serviços aos Médicos

Aproveitando as potencialidades concedidas pela nova Sede devem ser aprofundados e alargados os serviços prestados aos Colegas que neste momento recordamos serem os seguintes:

1 - Utilização das instalações nomeadamente Auditório, Salas de Reunião, Bar e Restaurante, para uso individual ou em grupo.

2 - Consultadoria Jurídica

3 - Consultadoria Fiscal

4 - Consultadoria sobre Segurança Social e Reforma

5 - Consultadoria e mediação de Seguros quer individuais, quer de grupo

6 - Linha de Crédito Bonificada

7 - Aquisição de material informático

8 - Serviços de Reprografia e Impressão

9 - Apoio logístico a actividades científicas, designadamente de Sociedades

10 - Distribuição gratuita da Revista Científica "Acta Médica Portuguesa"

Estão neste momento em estudo:

1 - Convénio com Agência de Viagens

2 - Club de Férias

3 - Serviço de Pesquisa Bibliográfica

4 - Serviço de Execução de Slides

5 - Hotel para Médicos

D - Quotas

Embora, menor que anteriormente, ainda se mantém uma percentagem de 10 a 15% de médicos que não satisfazem as suas obrigações financeiras, apesar de para tal serem repetidamente solicitados.

Afigura-se imoral e inqualificável a situação desses colegas de usufruírem dos benefícios da organização à custa das contribuições financeiras dos restantes 90%.

É portanto intenção deste Conselho, se assim for decidido a nível nacional, accionar judicialmente, por dívidas, os colegas que continuem impermeáveis a qualquer forma de persuasão.

E - Poder Disciplinar

Torna-se necessário aumentar a operacionalidade e rapidez processual quer a nível do próprio Conselho Disciplinar, quer nos que com ele estão conexos, do Exercício Técnico e de Deontologia.

O volume e natureza dos processos em apreço não se compadece com a mera boa vontade e espírito benévolo e meritório dos Colegas que os integram.

Torna-se necessário escolher para esse fim Colegas que para além dessas qualidades possam dar garantias de disponibilidade permanente de tempo para uma actividade semi-profissionalizada.

Esta necessidade tornar-se-á imperiosa se para além da legislação prevista sobre ensaios medicamentosos, for aceite a proposta da Ordem de audição obrigatória em todos os processos que envolvam responsabilidade profissional Médica, Disciplinar, Civil ou Criminal.

Esta proposta visa que o julgamento do número de acusações infelizmente crescente, de má pratica médica, possa assentar em bases técnicas sólidas e se distancie do tratamento muitas vezes emocional de que é objecto.

IV - Resumo

Cremos ter exposto inequivocamente as posições conceptuais sobre que assenta a nossa praxis relativamente aos principais problemas do exercício da Medicina e da condição de Médico.

Em síntese optamos por um figurino assente nos princípios que informam uma profissão liberal (liberdade e independência técnicas e éticas, sentido do dever face ao doente, qualidade técnica e responsabilidade pessoal) e que abranja e concilie um exercício público dignificado e gratificante com uma actividade privada em regime convencionado com o Sistema público ou dentro dum sector privado vigoroso e alternativo.

Criar-se-ia assim uma gama de alternativas que permitiria ao médico escolher o seu rumo próprio balanceando-as de acordo com a sua vocação e interesses de forma flexível, integrada e não mutuamente exclusiva.

Apesar desta diversidade pensamos que todos os médicos podem ainda convergir numa única organização garante dos princípios fundamentais da profissão, da sua capacidade de autodisciplina e árbitro dos interesses, por vezes conflituais, em jogo, e que os represente globalmente face à Sociedade e ao Estado.

Lisboa, 21 de Julho de 1992

O CONSELHO REGIONAL DO SUL

IRS
DESPESA DE SAÚDE

Para conhecimento dos interessados, informamos que, por despacho do Subsecretário de Estado Adjunto da Secretaria de Estado Adjunta e do Orçamento, foi sancionado o entendimento a seguir mencionado, relativamente a encargos que são genericamente aceites como abrangidos pelo conceito "despesas de saúde" e abatidos, na totalidade, ao rendimento líquido total, dos sujeitos passivos de IRS:

1. Intervenções cirúrgicas, aparelhos de prótese e internamentos em hospitais

2. Tratamentos termais ou de idêntica natureza, prescritos por médico, com exclusão dos encargos de deslocação e estada;

3. Serviços prestados por médicos, analistas, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e parteiras;

4. Aquisição de medicamentos, definidos como todo o "produto natural ou artificial, destinado a prevenir, curar, restabelecer, melhor ou modificar funções organicas" (Acórdão do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias);

É prova bastante da realização de despesas de saúde:

a) **Medicamentos de "Venda Livre":**
A respectiva factura-recibo com a identificação nominal e quantitativa dos medicamentos adquiridos;

b) **Medicamentos sujeitos a prescricão médica:**
A respectiva factura-recibo que deve identificar nominal e quantitativamente os medicamentos, acompanhada de fotocópia da receita médica;

c) **Internamentos em hospitais ou casas de saúde:**
A factura ou documento equivalente

d) **Comparticipacão nos encargos de saúde:**
Por entidades oficiais - documentos por estas emitido nor termos previstos no art.º 118.º, n.º 2, do CIRS;
Por entidades privadas – idem, idem **mas somente quando estejam autorizadas pela DGCI.**

Não são aceites como abrangidos pelo conceito de "despesas de saúde", os seguintes encargos:

1. Despesas de deslocação e estada do próprio ou acompanhante quando não revistam um carácter de essencialidade ao tratamento.
Consideram-se que revestem carácter de essencialidade as despesas de deslocação efectuadas em ambulâncias ou outros veículos especialmente adaptados ao transporte de doentes e, bem assim, todas as despesas de transporte efectuadas fora do território nacional quando seja comprovada essa necessidade;

2. Despesas com cosméticos ou com produtos ditos de higiene, salvo se prescritas por receita médica;

3. Aquisição de chás de ervas, medicinais, comprimidos de substancias naturais, etc., excepto se prescrita por receita médica;

4. Aquisição de artefactos artificiais, como colchões ortopédicos, aparelhos de ginásio e outros idêntica natureza, salvo se prescritos por receita médica;

5 .Aquisição de produtos alimentares em geral, excepto quando sejam prescritos por receita médica, com finalidades preventivas, curativas ou de reabilitação,

6. Frequência de estabelecimentos onde sejam ministrados exercícios físicos, como ginástica, natação, musculação, etc., excepto quando prescrito por receita médica.

A prescrição médica somente é considerada se for emitida em conformidade com a legislação que rege o exercicio da medicina em território português.

"EL PAPEL DE LA AEMH EN LA MEDICINA HOSPITALARIA"

■ PROF. MANUEL SANCHEZ GARCIA
Presidente da Associação Europeia dos Médicos da Carreira Hospitalar

En primer lugar, quiero agradecer con todo el corazón, a la Asociación Portuguesa de Médicos de Hospital y a su Presidente, el Dr. Gonsalves, la oportunidad de poder acudir a esta bella ciudad para dirigirme a mis amigos y colegas portugueses.

Compartir el título de "Invitado de Honor" de este Congreso, con tan ilustres autoridades políticas, sanitarias, profesionales y académicas es un honor del que me siento orgulloso. Como siempre que acudo a este hermoso país, me siento abrumado por la cortesía portuguesa.

Quiero también, pedirles perdón y comprensión. Hoy es mi debut como Presidente de la AEMH y aún tengo poco entrenamiento.

Desde que la AEMH dió sus primeros pasos en 1963, han transcurrido casi 30 años. En esta fecha, a iniciativa de la Confederación de Sindicatos Médicos de Francia, se reunieron en París médicos de Francia, Alemania, Holanda y Suiza, creando lo que sería el embrión de una Asociación de Médicos Jefe de Servicio, de hospitales.

Tras dos años de dificil caminar debido a las diferencias existentes entre los hospitales de estos paises, en Febrero de 1.965, se constituye oficialmente la AEMH, con representantes de Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Luxemburgo, Holanda, Suiza y Reino Unido.

En 1967 tiene lugar el primer Congreso en Berlín.

En 1969, el segundo en Roma.

En la actualidad a estos países hay que agregar a Italia, y desde 1986, a España y Portugal.

En nuestra próxima Asamblea, tendremos el honor de aceptar la petición de afiliación de Suecia.

La AEMH, es por otra parte, miembro del Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea, cuya Presidencia ejerce, en la actualidad, Portugal, en la persona del Ilustre Prof. Machado Macedo.

En este libro, los médicos no salimos bien parados. El "Poder Blanco" está en declive. Los médicos estamos cediendo cuotas de poder. La irrupción de la alta tecnología nos obliga a compartir nuestros conocimientos con otros profesionales. La divulgación de la ciencia médica pone al alcance del profano, programas de formación dirigidos a 108 médicos, con solo pulsar el encendido del televisor, utilizando un ordenador personal que le conecte a cualquier base de datos médica o adquiriendo el mejor tratado de medicina en la librería mas próxima. No somos los únicos depositarios del conocimiento médico.

¿Cual es el papel de la AEMH en la vida de los médicos de 108 hospitales europeos?. Para responder a esta pregunta, quizás debamos repasar, aunque brevemente, los objetivos de la AEMH, a saber:

– El intercambio de información entre sus miembro6 en todas las cuestiones relacionadas con 108 hospitales.

– El estudio de las condiciones que influyen en la práctica de la Medicina en los hospitales.

– El conocimiento de 108 sistemas sanitarios especialmente desde el punto de vista hospitalario.

– Asegurar la representación efectiva de los médicos de hospital, ante cualquier instancia internacional, competente en este campo.

– Asegurar la defensa de la ética hospitalaria.

– Garantizar la defensa de los intereses de los médicos de hospitales.

– Lograr una más alta calidad de la formación de los médicos tanto en el periodo de pregrado, como en el postgrado.

– Mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria.

A lo largo de todos estos años, en 108 que la AEMH ha consolidado un alto prestigio ante 108 médicos de hospital europeos y ante las diferentes autoridades sanitarias, ha desarrollado diversos estudios de los que yo quiero recordar sólo algunos:

- La Carta del Médico de Hospital, aceptada por el Comité Permanente de los Médicos de la CEE.
- El Efecto de la Situación Económica sobre los Hospitales.
- La Investigación Médica en los Hospitales de Europa.
- La Responsabilidad del Médico de Hospital.
- Participación del Médico en la Gestión del Hospital.

- La Formación Continuada del Médico de Hospital.
- La Carta del Niño Hospitalizado.
- El Desarrollo de los Sistemas Nacionales de la Salud.
- Estudio de la Formación Postgraduada de los Médicos en Grecia.

Para desarrollar sus actividades, la AEMH dispone de una Secretaría Permanente situada en el edificio de la Asociación Alemana de Médicos de Hospitales (VLK), en Dusseldorf, que pretendemos convertir en el centro neurálgico de los médicos de hospital europeos. Esta Secretaría, lleva funcionando apenas seis meses y ya está dando 108 primeros frutos.

Es nuestra intención conectar a todos 108 países miembros, por fax y vía informática con la Secretaría, en una primera fase.

Una fase posterior nos permitirá realizar conexiones audiovisuales múltiples entre todas las delegaciones, lo que nos permitiría reuniones de trabajo a bajo coste y mas numerosas.

Toda esta dinámica, nos permitirá, por un lado una verdadera sintonía con la Sociedad a la que los médicos servimos. Si hay algo que caracteriza a nuestra profesión, es que estamos inmersos en la Sociedad. Nuestra profesión es humanista cien por cien.

Por otro lado, podremos atender con rapidez y eficacia a lo que de nosotros demanda una Sociedad que está sufriendo una revolución. Alvin Toffler en su libro "El Cambio del Poder" describe muy bien los profundos cambios que están configurando una nueva Sociedad.

En este libro, los médicos no salimos bien parados. El "Poder Blanco" está en declive. Los médicos estamos cediendo cuotas de poder. La irrupción de la alta tecnología nos obliga a compartir nuestros conocimientos con otros profesionales. La divulgación de la ciencia médica pone al alcance del profano, programas de formación dirigidos a 108 médicos, con solo pulsar el encendido del televisor, utilizando un ordenador personal que le conecte a cualquier base de datos médica o adquiriendo el mejor tratado de medicina en la librería mas próxima. No somos los únicos depositarios del conocimiento médico.

Por otra parte, a medida que aumentan 108 niveles de formación de la Sociedad, aumentan las exigencias de esta para con nosotros.

Compartimos los conocimientos, al tiempo que debemos responder de ellos. Nos exigen como a dioses después de habernos convertido en simple mortales.

Añadamos la revolución que se está produciendo dentro de la propia medicina con la aparición de nuevos medios de diagnóstico por la imagen, el nuevo papel de la genética o de la inmunología en el diagnóstico y en el tratamiento, la aparición y vertiginoso ascenso de la cirugía mínimamente invasiva, etc. y tendremos un panorama bastante completo de 108 cambios que se estan produciendo en nuestra profesión.

¿Que tenemos en común los médicos europeos?. Salvo el salario, mas de lo que parece. Es cierto que no hay dos sistemas sanitarios europeos que sean exactamente iguales. Es cierto que las autoridades sanitarias de los países de la CEE no han hecho grandes esfuerzos para armonizar estos sistemas. Pero también es cierto que la idea de una "Europa Común", exigirá imaginación a nuestros gobernantes. Recientemente, ha tenido lugar un hecho que considero de capital importancia para la evolución de la situación sanitaria en Europa: la Salud, que según el Tratado de Roma quedaba fuera de las funciones y responsabilidades de la CEE, ha sido declarada competencia del Consejo de la Comunidad. Pero como en todos los sitios cuecen habas, aún no hay ni Comisión de Salud, ni Comisario que lleve estos asuntos.

Las autoridades sanitarias de los distintos países, tampoco han ayudado mucho a mantener el prestigio del médico. El incremento exponencial de los costos sanitarios y el descontento generalizado del ciudadano ante la sanidad que recibe les obliga de alguna forma a desviar la atención hacia el médico, al que responsabilizan de las carencias de sus respectivos sistemas.

Disminuye nuestro prestigio y aumenta nuestra responsabilidad al mismo ritmo que disminuyen nuestros ingresos y aumenta el costo de nuestra propia formación.

En ocasiones uno piensa en una gigantesca maniobra orquestada contra nosotros, los pobres y sufridos médicos. Bromas aparte, fíjense Vds. en el siguiente texto, que leo literalmente:

Permitaseme que refiera, como se puede oprimir, poco a poco, a una profesion libre. Primero se introduce un seguro de enfermedad estatal para todos los ciudadanos, y en relación con el, se ata al médico a preceptos relativos al ejercicio profesional, listas de honorarios, y papeleo. Cuando se ha establecido este procedimento, se obliga a los medicos, a una jornada laboral regular con un sueldo fijo. Es decir, se les convierte en funcionarios. A continuación se les prohibe toda actividad profesional fuera de las horas de trabajo. Se tolera el ejercicio de actividades en otros campos distintos de la medicina. Despues se incrementa el numero de estudiantes de medicina, con el objeto de producir, en pocos años, un enorme exceso de médicos, lo que tiene como consecuencia, el paro y la reduccion del nivel de vida de los médicos.

Se reduce y centraliza la oferta de puestos de trabajo de formación postgraduada. Dada la gran demanda, y de esta forma se reduce en gran medida la libre eleccion de un puesto de trabajo en una especialidad determinada. La dirección de la formación postgraduada se hace solo por instituciones estatales.

La posibilidad de elegir libremente un medico en todo el pais, queda limitada por un sistema burocratico, a determinados centros sanitarios y hospitalares regionales.

El trabajo en las universidades y centros de investigación, se dirige desde el estado por los politicos.

Falta una valoración de los meritos profesionales, que no se tienen en cuenta en la selección de candidatos para futuras colocaciones, el ascenso a

jefe de equipo o de servicio, o otros cargos de dirección.

Se normaliza la producción y venta de medicamentos y se encargan de ambas cosas a organismos oficiales.

Ustedes, como representantes elegidos de los médicos españoles, y nosotros sus colegas alemanes, no queremos una sanidad de esta clase, en la que el estado es el patrono de los médicos y dicta las condiciones en las que el médico puede y debe trabajar. Nuestro objectivo es mantener un sistema libre donde el enfermo este en el centro de la sanidad y siga siendo el cliente y el patrono del medico.

Este texto, está extraído de la conferencia que pronunció el Presidente de la Ordem de Médicos de Alemania, ante los miembros del Consejo General de Colegios de Médicos, con motivo de la entrada de España en la Comunidad Europea. Se refería a lo que ocurrió con la socialización de la sanidad en Suecia.

Esta es la dinámica que ha seguido la sanidad en todos los paises de la CEE, en los últimos 20, 30 años. En España, un célebre político de la época de Franco manifestó su intención de "no parar hasta ver a los médicos en alpargatas".

No es mi intención destruir sus esperanzas en su primer Congreso. Pretendo, eso sí, que tengamos todos, 108 pies en el suelo. Si sabemos lo que nos pasa. Sabremos como actuar.

Yo no trato de regatear el protagonismo que exigen las demás profesiones sanitarias. Lo que ocurre es que los médicos son los únicos que pueden hacer medicina y quizás nos falte el convencimiento de que esto es así.

La medicina moderna, dice la OMS, debe de hacerse en equipo bajo la dirección del médico. La misma OMS dice en boca de una de sus Comisiones de Estudio que el director de un hospital puede ser cualquier graduado superior en posesión de los correspondientes estudios de gestión, pero recomienda que sea médico.

Y en este vaivén de hechos contradictorios, navegamos 108 médicos, tratando de preservar contra viento y marea nuestra independencia profesional. Un derecho y un deber del que no podemos hacer dejación porque garantiza, ante esa Sociedad con mayúscula que tanto nos exige, nada menos que la calidad de la asistencia que recibe, frente a un Estado agobiado por el incremento exponencial de los costos sanitarios.

¿Que tenemos en común los médicos europeos?.

Salvo el salario, mas de lo que parece. Es cierto que no hay dos sistemas sanitarios europeos que sean exactamente iguales. Es cierto que las autoridades sanitarias de los países de la CEE no han hecho grandes esfuerzos para armonizar estos sistemas. Pero también es cierto que la idea de una "Europa Común", exigirá imaginación a nuestros gobernantes.

Recientemente, ha tenido lugar un hecho que considero de capital importancia para la evolución de la situación sanitaria en Europa: la Salud, que según el Tratado de Roma quedaba fuera de las funciones y responsabilidades de la CEE, ha sido declarada competencia del Consejo de la Comunidad. Pero como en todos los sitios cuecen habas, aún no hay ni Comisión de Salud, ni Comisario que lleve estos asuntos.

A partir de ahora deberemos hablar frecuentemente, de **armonigación a todos los niveles.**

Dicho de otra forma, el 1 de Enero de 1.993, no sólo significará la libre circulación de médicos **y pacientes**, sino el inicio de un amplio debate sobre asuntos como la distribución regional de recursos sanitarios, la igualdad de oportunidades en la obtención de prestaciones, la libre elección de médico y centro, la especial atención a la ética y deontología **medicas,** la formación pre y postgraduada, **la armonización de 106 sistemas de contratación de personal sanitario**, etc.

A finales del año pasado fuí invitado a aaistir al Congreso del Sindicato de Médicos de los Hospitales Públicos de Francia. Cualquiera de los temas tratados en las diversas mesas redondas de aquel Congreso se podrían haber tratado hoy y mañana aquí, en Portugal o en cualquier otro país europeo, en cualquier Congreso de médicos de hospital.

Los sistemas sanitarios pueden ser distintos, pero la problemática de los médicos es la misma.

¿No son comunes a todos los médicos europeos asuntos como el Hospital del Futuro o los problemas que puede acarrear la Libre Circulación de Médicos y Enfermos en la CEE?, ¿no deberíamos decir algo sobre la Formación del Jefe de Servicio o la Participación del Médico en la Gestión del Hospital?, ¿cogeremos el toro por los cuernos y trataremos alguna vez del Papel del Médico en la Generación del Gasto Sanitario?, ¿permitiremos los médicos que la Etica y la Deontología, la Formación Postgraduada, la Formación Continuada, el Control de Calidad, etc, escape de nuestras manos?.

El papel de las Ordenes Médicas en Europa está plenamente reconocido. El papel de los Sindicatoa Profesionales también. Trabajemos juntos y respondamos al reto.

Los médicos tenemos que ser conscientes de lo que la Sociedad espera de nosotros y debemos dar soluciones. Si estamos a la altura debida, seremos respetados y nadie ocupará el terreno que nosotros mismos hemos ido dejando libre.

Como podemos deducir de lo que hasta ahora se ha dicho, estamos dentro de una vorágine que transciende las fronteras de nuestras naciones, las misiones de nuestras organizaciones profesionales de caracter nacional y nos empuja a buscar soluciones a nivel extranacional. Así tiene sentido la proliferación de sociedades científicas y profesionales de carácter multinacional, que preparen a los médicos de muchos países ante la aparición de decisiones supranacionales con caracter de obligado cumplimiento (Directivas de la CEE, etc.).

Si nuestros problemas son comunes, debemos tomar conciencia de ellos y buscar, entre todos, soluciones aceptables, que obliguen a los responsables políticos. Para ello debemos trabajar a nivel transnacional. Sé que la distancia es un obstáculo. Tenemos, además el handicap de que la mayoría de los médicos que representamos a nuestros compañeros a nivel nacional o europeo, simultaneamos nuestra actividad asistencial, inveatigadora o docente con la "política sanitaria". Sin embargo, si ponemos a trabajar para nosotros a la tecnología moderna a la que antes me refería, no nos limitaremos a reunirnos una vez al año y divagar sobre todos los temas antes enunciados.

La AEMH va a trabajar todo el año. Vamos a intentar que no se desperdicien esfuerzos de nadie. En nuestro entorno, exiaten varias organizaciones que tienen la misma problemática, los mismos intereses, 108 mismos campos de actuación y, a menudo, trabajan sobre 108 mismos temas. Me estoy refiriendo a la Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS), a la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) y al Grupo de Trabajo Permanente de Médicos Jóvenes de Hospital (PWG). Debemos llegar a acuerdos con estas organizaciones para desarrollar trabajos conjuntamente. Si somos capaces de aprovechar los esfuerzos de todos, no tendrá aentido en el futuro la proliferación de organizaciones que reunidas en una sola, serían capaces de representar a nuestro colectivo con mayor fuerza.

Vds., todos los que están aquí, deben saber que les queda un largo camino por recorrer. No se les va a permitir desfallecimiento alguno. No esperen demasiados honores. Ser pionero es duro y tiene pocas recompensas.

Pero yo les digo que hay una satisfacción que nadie les podrá impedir. La satisfacción de haber hecho lo que había que hacer.

Muchas gracias por su atención. La AEMH está a su servicio.

ANO I • N.º 2 • MENSAL • SETEMBRO/92 • PREÇO: 400$00