

"Somos pensamiento y acción, idealismo y realidad, moral y economía, ciencia y profesión. ¿Hasta dónde llegaremos? No llegaremos nunca porque llegar es detenerse: estaremos siempre en movimiento, porque siempre habrá ideales no alcanzados, hechos a crear, ideas a transformar en realidades." FOSALBA

NOTICIAS

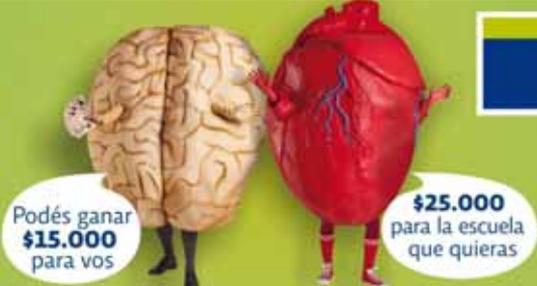


Nº 156 - Mayo 2010 - Tercera Época - ISSN 0797 2805 - Órgano Oficial del Sindicato Médico del Uruguay



Trabajo médico ¿ES TIEMPO DE UNA NUEVA CONVENCIÓN?

GANAR Y AYUDAR ESTÁN TAN CERCA COMO EL REDPAGOS



Red Nacional de Cobranza



¡UN PREMIO DIRECTO
CADA **7** MINUTOS!

www.redpagos.com.uy

Editorial

Las negociaciones que determinarán nuestro ejercicio profesional en los próximos años han comenzado. El SMU emprende esta etapa con la responsabilidad de ser actor fundamental en el marco de la renovación del convenio en el sector público y representar a todos los médicos del Uruguay en el próximo Consejo de Salarios.

No es una instancia más, se trata de marcar las pautas para los próximos cinco años, la forma en la cual los médicos queremos desarrollar nuestra profesión. Se trata de reafirmar los conceptos que hemos venido manteniendo en el último tiempo y lograr resultados concretos que se vean reflejados en el día a día de todos los colegas.

Somos un pequeño gran País que permite que los cambios que estamos planteando puedan ser realizados sin mayores complicaciones. Al mismo tiempo debería facilitar la aplicación de criterios generales tanto a nivel del sector público como privado y sin dudas ser aplicable a todos los médicos independientemente de donde desarrollen su tarea.

Un nuevo laudo, ÚNICO y NACIONAL, debe poder ser la piedra angular de los cambios que los profesionales médicos necesitamos para poder seguir

confiando en el proceso de Reforma Sanitaria iniciada hace dos años. Llegó el momento de la segunda reforma, la de la profesión médica y su necesidad de actuar y reafirmarse como tal. Una reforma que enfoque sus beneficios al paciente a través de mejores formas de trabajo de sus médicos.

Decimos nuevo laudo porque se deben transformar los actuales, generando la posibilidad de cargos y profesionales que sean estimulados a la concentración horaria en pocas Instituciones, eliminando la fragmentación actual y con capacidad de desarrollo pleno. La remuneración debe ser acorde con la responsabilidad asumida y por lo tanto que permita y sea garantía de que este modelo se sustente en el tiempo.

Único porque ya sea trabajando en el sector público o privado las condiciones y remuneración deben ser las mismas, único porque ya sea en relación de dependencia o realizando ejercicio libre de la profesión las condiciones y remuneración deben ser las mismas. De esta forma eliminaremos la posibilidad de desigualdades por razones Institucionales y terminaremos con el flagelo de las remuneraciones muy por debajo de lo establecido que muchos colegas sufren en diversas



Dr. Julio Trostchansky

instituciones donde se arriendan sus servicios.

Nacional, porque la profesión y su forma de ejercerla y ser remunerada no puede ser distinta según el lugar del País en donde se encuentre el médico. Debemos profundizar nuestro concepto nacional en todas sus formas. La aparición de un Colegio Médico Nacional reafirma nuestra visión de lo mencionado previamente.

Los cambios que proponemos deben ser introducidos en un modelo de transición que se base en el respeto a los derechos adquiridos y permita mantener y mejorar condiciones y remuneraciones a quienes continúan bajo el régimen actual. Al mismo tiempo debe estimular en forma clara las nuevas modalidades y su sucesivo desarrollo.

Somos conscientes que el camino es largo, que las dificultades serán moneda corriente y desde diversos ámbitos. También somos conscientes que el momento es ahora, que debemos forjar un presente y un futuro para los médicos distinto al actual, fundado en los más profundos valores de la profesión.

Staff

Autoridades del SMU
Comité Ejecutivo 2009-2011

Presidente:
Dr. Julio Trostchansky.

Vicepresidente:
Dr. Martín Frascchini.

Secretario médico:
Dr. Enrique Soto.

Secretaría Estudiantil:
Br. Luciano Ramírez.

Tesorero:
Dr. Ignacio Amorín.

Vocales:
Dr. Martín Rebella,
Dra. Julia Galzerano,
Dr. Jorge Pomi,
Dr. Osvaldo Barrios,
Dr. Roberto Mantero,
Dra. Inés Vidal,
Br. Soledad Olivera,
Br. Daniel Márquez.

Noticias 156
Mayo de 2010

Tercera Época. Órgano oficial del
Sindicato Médico del Uruguay.
Fundado el 11 de agosto de 1920.
Bulevar Artigas 1515,
11200 Montevideo.

Comisión de Publicaciones y
Consejo Editorial:
Dres. Enrique Soto
(miembro responsable),
Dr. Martín Barboza
(miembro responsable alterno),
Daniel San Vicente,
Carlos Etchegoyhen,
Bres. Federico Melián
y Daniel Márquez.

Editor General:
Milton Fornaro.

Prod. Editorial:
Monfilco S.A.

Depto. Comercial: Colorado 2425
Tel.: 480 7353 Int. 131
E-mail: comercial@enviar.com.uy

Entrevistas:
Lic. Victoria Alfaro

Fotos:
Est. de la Calle San Juan

Prod. Gráfica:
grafica/mente

Impresión:
Gráfica Mosca
Depósito Legal: 345.336

Trabajo médico

¿Es tiempo de una nueva Convención?

Entrevistas de Victoria Alfaro

En términos generales los médicos estamos de acuerdo en la necesidad de mejorar el ejercicio de nuestra profesión en la práctica diaria. Convivimos con una larga lista de factores que afectan cualitativamente la atención médica, impactando en el desarrollo profesional y en la calidad de vida de los médicos, elementos que repercuten en última instancia en la salud de la población.

Somos conscientes de la necesidad de modificar las condiciones en las cuales desarrollamos nuestro trabajo. El ajuste salarial deberá ir acompañado de las posibilidades de formación, actualización y de una jerarquización de la relación médico paciente que permitan una actividad profesional de manera adecuada. Es posible que nos acerquemos a instancias de mayor participación, en donde resulte imprescindible la opinión de todos los médicos en la construcción de alternativas. La Convención Médica, es un ámbito convocado en las instancias más relevantes por las que ha atravesado el colectivo médico a lo largo de su historia. El "trabajo médico" alcanza niveles de preocupación que muy bien podría justificar la convocatoria a la Convención Médica.

Dr. Enrique Soto

ENTREVISTA AL PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY (SMU), DR. JULIO TROSTCHANSKY

¿Para usted es necesario convocar una nueva Convención Médica?

Creo que una Convención Médica sería un paso fundamental para avanzar en el proceso de la reforma de la salud que se ha instalado en el país y que tiene sus raíces en las convenciones anteriores.

Por lo tanto, en momentos en que, desde el SMU y las otras gremiales médicas, se plantea la necesidad de un cambio en el modelo de ejercicio profesional creo que reunir a todos los médicos del país generaría una fuente de opinión fundamental para conseguir ese propósito. Las circunstancias se dan de una forma que además exigen la discusión en una Convención Médica.

Porque al necesario cambio del modelo de ejercicio profesional que impulsamos desde el SMU, se suman las opiniones en el mismo sentido de quienes tienen la responsabilidad de conducir el proceso de la reforma.

Las Convenciones Médicas siempre han sido una referencia para los temas sanitarios de nuestro país.

¿Qué temas priorizaría en caso de una nueva Convención Médica?

Un tema es el principal y tiene que ver con el cambio del modelo en el ejercicio profesional.

Otros podrían decir que es el cambio del trabajo médico, pero creo que hay que profundizar la idea de que representamos a una profesión y que el ejercicio de la misma implica mucho más que el trabajo en sí mismo.

El cambio de modelo implica generar las condiciones para que el médico se desarrolle en todos los aspectos, como médico, como profesional y como ciudadano. Y por lo tanto aporte a la sociedad sus conocimientos, sus obligaciones y su compromiso colectivo. Y a su vez la sociedad le otorgue los beneficios que se corresponde a los mismos.



Nutriguía
Conocer más para alimentarse mejor

Nueva edición con Nutriguía Terapéutica actualizada:

- . Nutrición y Cáncer
- . Obesidad
- . Hipertensión Arterial
- . Dislipemias
- . Síndrome Metabólico
- . Osteoporosis
- . Diabetes

Los diagnósticos actuales basados en los últimos consensos. Terapias nutricionales. Información sobre tratamientos quirúrgicos y farmacológicos.

Solicítelo al 901 01 59. Florida 1520/302.
www.nutriguia.com.uy

ENTREVISTA AL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DEL URUGUAY (SAU) E INTEGRANTE DE LA DIRECCIÓN DE LA MESA ANESTÉSICO QUIRÚRGICA (SAQ) DR. JOSÉ CARLOS VERA

¿Para usted es necesario convocar una nueva Convención Médica?

Opinamos que en este momento para todas las generaciones médicas y particularmente para la generación intermedia (que tuvo una fuerte participación en la última convención) está claro que la esperanza de un futuro mejor para la salud en el Uruguay está agotada de diagnósticos.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que recién está dando sus primeros pasos y en el cual las gremiales médicas no tenemos ninguna incidencia de responsabilidad ya que no estamos representados en los organismos de dirección: Junta Nacional de Salud (Junasa) y Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), mantiene las mismas preocupaciones, dudas y desconfianzas que teníamos anterior a su implementación.

Es muy raro y hasta llamativo que los médicos, que somos los principales actores y responsables en todos los ámbitos, tanto público como privado, de nuestros pacientes, se nos haya postergado en el período de la ministra María Julia Muñoz, al grado tal que los acuerdos (incumplidos) de septiembre del 2007, hayan sido producto de un clima de decreto de esencialidad para un sector muy importante de la atención a los usuarios.

El conflicto de los médicos pediatras neonatólogos, demostró que lejos estamos de que sean comprendidos los auténticos derechos de los médicos .

Entonces, ¿para qué una nueva Convención? para llover sobre mojado. Para reiterar documentos que todos conocemos, sobre trabajo médico, horarios, condiciones, laudos, viáticos, etc. Para hacerlos llegar a los mismos que fueron actores de aquella última Convención y que hoy desde el gobierno nos vuelven a preguntar lo mismo.

No señores, que los cumplan, que asuman su responsabilidad y escuchen a las gremiales.

¿Qué temas priorizaría en caso de una nueva Convención Médica?

Ahora bien, de haber una convención (cosa que dudo), ya que este año tenemos por delante muchas tareas, como salvar las Cajas de Auxilio y las elecciones para elegir a las autoridades del Colegio Médico, el Presupuesto, los Consejos de Salarios, el nuevo convenio con ASSE, etc. Los temas prioritarios serían a mi modesto entender:

A- La estabilidad laboral, el gran drama de todas las generaciones es que tanto en el ámbito público como en el privado no existe la seguridad de que el cargo que se gane por concurso se conserve. Por ejemplo: si una institución o centro hospitalario de ASSE cambia las reglas de juego por necesidades inconsultas, ¿qué genera esto? Pues el inevitable multiempleo, nos volveremos locos buscando cómo desarrollar mejor nuestra actividad profesional, si las mismas autoridades no tienen idea de cómo hacerlo o cómo garantizarlo .

B- Laudo único nacional, una reivindicación más vieja que la penicilina. Consagrada gracias a la lucha por el acuerdo de setiembre del año 2007. Todo el mundo está de acuerdo, pero nadie se la juega, la Mesa de la SAQ ha sido muy clara: a igual función, igual remuneración, igualando para arriba en todos lados .

C- Cajas de auxilio: esto es estratégico e innegociable. Los médicos no solamente hemos aportado durante décadas al mantenimiento del sistema de salud en forma honoraria en lo público y en la Facultad, realizando por “chiro-las” la atención médica y quirúrgica de los pacientes de este país. Que siempre tuvieron cobertura y que más allá de los beneficios que aportó la reforma, no puede decir el Ministro Olesker que ahora la tienen y que antes no la tenían.

El Pasteur es el mismo, Trauma es la misma y así podemos seguir ¡pero, bueno fuera!, que un gobierno de izquierda no hubiera hecho reclamos elementales de los usuarios y los médicos.

NUEVO



POTENCIA PARA ALCANZAR LA META...

EXFORGE®

amlodipina/valsartán

LA SINERGIA DE EFICACIA Y PROTECCIÓN



Gramón Bagó de Uruguay S.A.
Av. J. Suárez 3358, Montevideo
www.gramonbago.com.uy
☎ 0000 1856



Este producto y su marca son propiedad de Novartis y es comercializado en exclusividad por Gramón Bagó de Uruguay S.A.

No son méritos es justicia, señores gobernantes. Pues bien, además hemos dejado millones de dólares en las mutualistas que cerraron, y que vivieron a costillas nuestra. Ahora nos quieren sacar lo poco que tenemos para que lo financiamos nosotros. ¿Qué futuro le espera a un médico joven si se enferma o tiene que usar las otras prestaciones, si se acaba esta gran herramienta solidaria que hemos creado?.

Sobre el nuevo convenio con ASSE, su incumplimiento es vergüenza nacional. Meses de trabajo del SMU, la FEMI y la SAQ, para lograr un gran documento que lamentablemente la burocracia enquistada en en el MSP y la Comisión de Apoyo impiden su cumplimineto.

¿Qué confianza puede tener un médico joven ante esta herencia maldita, de un mismo gobierno que no puede controlar a su propias jerarquías y mandos medios.

Paro por acá, para no seguir con más dramas. El 27 de junio tenemos las elecciones del Colegio Médico, nuestra opinión es que las gremiales vayamos unidas detrás de este gran logro de los médicos.

Un último mensaje colegas: Nadie nos regaló nada, al contrario las últimas décadas solamente han sido palos para los médicos: más IRPF salvaje, IVA, atrasos, desconocimiento de las categorías, viáticos, etc.

Sólo la lucha nos hará ganar el lugar que merecemos, digamos con Artigas “nada debemos esperar sino de nosotros mismos”

Gracias a la revista Noticias por este espacio.

ooo

ENTREVISTA AL PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR (FEMI), DR. EDGARDO MIER

¿Para usted es necesario convocar una nueva Convención Médica?

Es un momento oportuno de plantearnos la organización de una nueva Convención Médica nacional.

¿Qué temas priorizaría en caso de una nueva Convención Médica?

Entendemos que los temas centrales deberían estar relacionados con el trabajo médico, su análisis y su reestructura.

Allí tenemos varios elementos: el estatuto único del trabajador de la salud, la nueva ley de colegiación médica, el médico en este proceso de la reforma de la salud. Donde no está participando como médico en ninguno de los organismos que lo rigen.

Están representadas las empresas, pero no está el médico en tanto trabajador. Es un tema central que amerita la realización de una Convención.

Historia de las Convenciones Médicas, pág. 19 y ss.

COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR

Programas

Eventos y talleres

Educación para la Salud

Epidemiología

Genética Cardiovascular

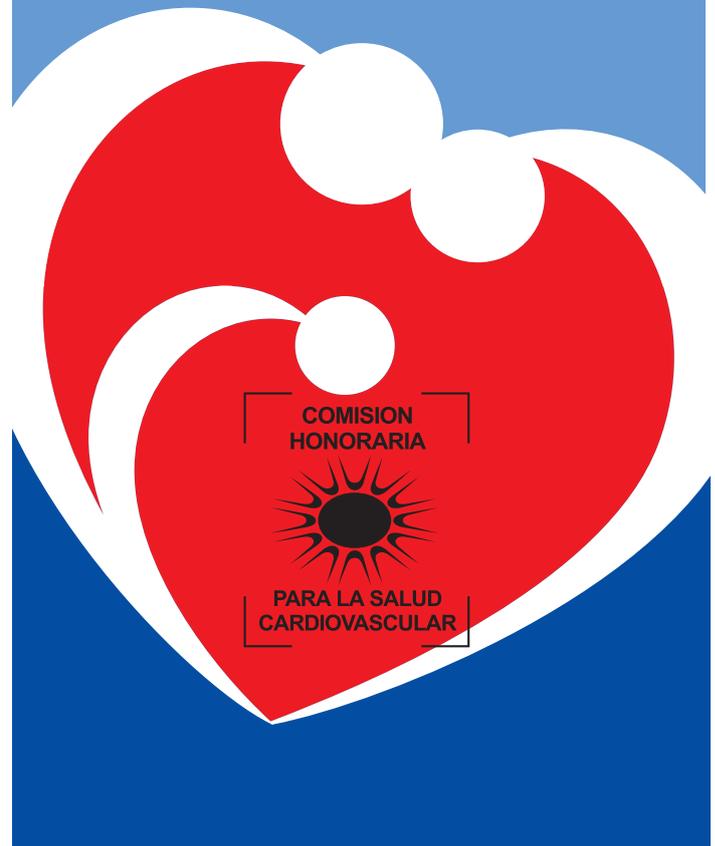
Tabla de riesgo coronario

Factores de riesgo cardiovascular

Material informativo-educativo

Publicaciones

www.cardiosalud.org



Eva Fogel: Luchadora, optimista y referente de varias generaciones

Victoria Alfaro

La doctora Eva Fogel es una mujer comprometida con la medicina y la sociedad. Llegó desde Rumania un año antes de que los nazis ocuparan Europa. Vivió con su familia en un conventillo y a los pocos días manifestó su interés por el estudio. A partir de allí no paró hasta hoy. Fue la primera mujer en ingresar a la Academia Nacional de Medicina e integra varias comisiones que la mantienen activa hasta hoy en una lucha constante contra la soledad. Su amor por el país que la cobijó es constante a pesar de que la dictadura “expulsó” a su familia.

¿Cuándo llegó a nuestro país?

Llegué a Uruguay en una época y en circunstancias bastante desastrosas, antes del comienzo de la Segunda Guerra Mundial. Vivíamos en Rumania en un pueblo muy chico, vinimos con mi madre.

Mi padre ya vivía en Uruguay, mediante la buena voluntad del ministro de Relaciones Exteriores de entonces, y un familiar nuestro logramos venir hacia aquí.

Llegamos el 28 de mayo de 1938, en aquel momento no llegaba a los 10 años, nos ubicamos como todo extranjero que llegaba en una casa tipo conventillo, donde vivían varias personas por pieza. Colgábamos la ropa en el patio.

Llegamos en un fin de semana y al lunes siguiente dije que quería ir a la escuela. El idioma lógicamente era una traba pero como el rumano es de origen latino, algo captaba.

Fui a la escuela Colombia, yo vivía en Pagola y Justicia e iba hasta la calle Blandengues y Arenal Grande. Entré a la escuela, a un primo le pedí que me escribiera algunas palabras en español, para presentarme a la maestra y a la directora.

Les dije que quería entrar a quinto año, de atrevida no más. Ingresé a quinto año y la maestra no sabía qué hacer conmigo. Le dije que sabía mucha matemáticas, que el idioma no lo conocía, pero le prometí que lo iba a aprender. Me puso al lado de una chica que entendía algo, pero se dio cuenta que ella no me trataba bien, así que me sentó a su lado.

A partir de ahí me senté al lado de la maestra durante el resto del año y pasé quinto. Después cambié de escuela porque nos mudamos, fui a la escuela México. Allí hice sexto, la maestra me preparó para entrar al liceo y empecé, y no tuve problemas con nada.



Terminé el liceo y entré al IAVA donde hice el preparatorio allí tenía que decidir qué tipo de preparatorio, y estaba entre ingeniería y medicina.

Me dijeron que en ingeniería no, porque la mujer en aquella época no trabajaba y que más bien siguiera medicina. Así que entré a Medicina, hice el preparatorio e ingresé a la Facultad en el año 1946, y me fue muy bien.

Incluso en tercer año entré como ayudante de Bacteriología, porque tenía que trabajar. Así fue desde el vamos: cuando empecé a manejar el idioma y estaba en el liceo, le daba clases a los chicos de la escuela para tener ingresos para el ómnibus.

Después cuando estaba en Bacteriología me daba para el abono y para ir los fines de semana al cine o a un concierto.

Terminé Facultad, primero fui practicante interno, que en aquel momento llevaba un año y medio de preparación, y en ese tiempo me case. Mi esposo en forma paralela entró en la Cátedra de Bioquímica de ayudante de investigación.

El problema fue después cuando terminamos los dos y no había ingresos. Así que me quedaba en el hospital para preparar el concurso de Grado 2 y comía en el hospital, me sentí muy realizada pudiéndolo hacer.

Me recibí el 1° de abril de 1955. Concurse para el Grado 2 en el servicio de Purriel, antes de terminarlo ya hice el Grado dos en Neumología, y luego hice el concurso de ingreso en salud pública en neumología.

No me podía quedar sin cargo porque sino kaput en lo económico (risas). Así que era un concurso tras otro, en neumología hice el Grado 2, pero mientras tanto ya tenía el cargo en Emergencia.

El servicio del doctor Pablo Purriel se mudó al Hospital de Clínicas cuando este abrió sus puertas. Algunos quedamos en el Hospital Maciel y otros se fueron al Clínicas.

Yo en enero de 1954 entré en el Clínicas y salí en el año 1992. Todo ese tiempo estuve en el centro universitario, donde cursé para practicante interno, Grado 2 y Grado 3 en el servicio de Purriel y simultáneamente Emergencia y el cargo de salud pública.

¿Cómo fue esa trayectoria en el Hospital de Clínicas, que comenzó siendo una referencia a nivel regional y luego fue decayendo?

Lamentablemente fue así, fueron varias etapas para el Hospital de Clínicas, que decayó mucho durante la dictadura. Recuerdo que en aquel momento tenía todos los cargos en Emergencia. En las décadas del 70 y 80 teníamos enfermos durmiendo en el piso en colchones. La gente no se acuerda, se piensa que el desastre es ahora pero viene de hace mucho tiempo.

Lógicamente con profesores como Purriel y otros, mi experiencia fue muy buena. Nunca quiero decir que los de antes son mejores que los actuales porque no corresponde, pero teníamos otra formación, otro respeto por los profesores, otra conducta.

¿Qué es lo que más rescata de ese período?

La relación entre los profesores y los médicos, entre los médicos y los estudiantes, entre los médicos y los pacientes, era diferente.

Nosotros teníamos que estar a las 7 de la mañana en el Hospital, elegir al enfermo con quien íbamos a dar clases a los estudiantes, y con el mayor respeto acercarnos a la cama del paciente y decirle “buenos días”.

Con Purriel, durante dos semanas íntegras teníamos que dedicarnos a enseñarles a los estudiantes cómo tratar a los enfermos: en una sala del hospital, en una policlínica, en el domicilio, en la calle y con la familia.

¿Esa relación se ha perdido?

No sé si es tan así. Te digo lo que era en aquel momento.

Nos aplicaron esos conceptos a hierro, eran muy exigentes, si llegábamos tarde nos conocían por el sonido de los tacos (risas).

A mí me gustaba esa rutina, me sigue gustando y uno queda como embebido en esa enseñanza. La Emergencia fue mi vida, pero llegó la dictadura y fue un gran descalabro. Pasaron cosas muy fuertes que no son ni siquiera para relatar. Fue una época tremenda, empezaron las penurias para mucha gente y para mí también.

¿Cómo la afectó la dictadura militar?

No sabían ubicarme, para algunos era comunista y para otros era imperialista. Lo más importante que puedo rescatar de ese período fue que en el año 1975 cuando llevábamos dos años de dictadura, el decano de aquel entonces, Gonzalo Fernández, mandó una orden expresa, un telegrama colacionado a la Emergencia de que había que hacer un servicio de toxicología, y rápidamente.

La única en aquel momento que en la Emergencia estaba dedicándose a ese tema cuando venían los intoxicados, era yo. El 6 de enero me citan para que tenga todo pronto para fin de año.

Hice prácticamente un abandono de vacaciones, hijos y marido, me vine a Montevideo y empecé a trabajar. Comencé a buscar gente que me apoyara en distintas áreas, dentro de la Medicina, la Veterinaria, el Agro, los medicamentos, etc.

Elegí las personas por lo que sabían y no por su pelo político y ese fue el gran problema. Llegó un momento cuando me llamaron para preguntarme por qué había elegido a tal o cual persona, que debí despedirla porque no era del color que debía ser.

La verdad que me emocio cuando me acuerdo, porque siento un dolor en el alma. Los elegí porque servían no por otra cosa.

Llegó un momento cuando me dijeron te vas o le dices a esa persona que se vaya. Les dije que prefería irme, entonces le dijeron a la persona que tenía que salir y se la llevaron presa.

Me fui para la Emergencia (porque no me podían sacar) pero seguía atendiendo a los pacientes. En resumen esto se prolongó en una cosa muy lamentable, me retiré parcialmente, pero era la única que tenían en Toxicología, no había otra.

Seguimos trabajando y después me reintegraron a Toxicología porque no podían seguir solos. Allí empezamos a trabajar muy fuerte, hasta que cambió el decano y aquello se transformó en una Cátedra y pasamos a ser centro piloto para Latinoamérica y el Caribe con dinero que nos dio Canadá.

Fuimos el primer centro informatizado del Hospital de Clínicas. Realmente Toxicología es mi tercer hijo

A los 65 años cuando terminé en la Facultad tenía el Grado 4 en Emergencia y el cargo de Grado 5 en Toxicología.

Antes de terminar se me planteó ir a la dirección de la Escuela de Graduados o a la Universidad. Vino Jorge Broveto a hablar conmigo y me pidió que fuera a la Universidad y terminé como directora de Bienestar Universitario. Allí estuve 9 años desde el año 1992 al 2001.

¿Cómo fue el trabajo en Bienestar Universitario?

Tuve que aprender, era un trabajo social y a mí me gustaba. Ahí trabajamos en la ley de becas para los estudiantes, que fue en el año 1994; se trabajó muchísimo para lograr las becas para los estudiantes.



Se podría haber hecho mucho más, pero no era fácil. Cuando entré a Bienestar los funcionarios me esperaron con una pancarta en la calle, no me voy a olvidar nunca.

Todos los políticos vinieron a hablar conmigo porque querían votos a través de las becas. Nadie se puede imaginar lo que era, presionados por cuanto político había.

Sin embargo, lo más triste fue el cuestionamiento político que entonces se me hizo, y eso todavía me duele.

Todo fue porque años atrás, durante la dictadura, a un señor se le había ocurrido que el doctor Ríos Bruno, que era mi superior en Emergencia Grado 5 y yo éramos comunistas, y por lo tanto teníamos que salir de la Emergencia.

Me llevó varios años, jefatura y SID mediante, situación que no se la deseo a nadie. Por entonces mi esposo se fue a Brasil porque tuvo problemas en la Facultad.

Yo también hice la reválida en Brasil por las dudas. Mis hijos estaban acá pero no aguantaban esa situación. Mi hijo era medio rebelde y resultó que a los 17 años se fue, antes que terminara la dictadura.

Resolví la situación luego de pasar por todos esos organismos. En la jefatura tenían un expediente enorme, con cosas inauditas. Cada vez que iba les decía a mis hijos que no sabía si volvía y les dejaba indicaciones.

En aquel momento ya tenía un cargo de jefe en Salud Pública. En la Jefatura me dijeron: "ahora tiene que sacar en dos diarios, uno era El País, una nota diciendo que usted no es comunista".

Llegué a mi casa llorando porque no lo podía hacer a pesar de que no era comunista, no tenía sentido.

El sábado siguiente llegó mi esposo de Brasil, le conté lo que estaba pasando y que no podía ir, decidió él ir a poner el aviso al diario, para que saliera entre los remates, en páginas que nadie lee. Pero al otro día salió en la primera plana.

A partir de ahí esa publicación repercutió en la interna de la Facultad de Medicina hasta hoy en día.

La verdad es que nunca estuve en ningún partido político, no tenía tiempo, con mis dos hijos, mi madre bajo mi cuidado, el estudio para los concursos, más trabajar en la mutualista y en el hospital, no podía.

Había mucha gente de izquierda en el Hospital de Clínicas, trabajábamos juntos pero eso no quería decir que uno fuera comunista, yo no tenía ninguna actividad.

Lo peor es que la dictadura expulsó a mi familia. Mi marido volvió pero ya no se sentía cómodo, mis hijos se fueron y cuando murió mi esposo me quede sola.

Mis hijos están muy bien en el exterior, mi hija es médica, se graduó acá y se fue enseguida. Ahora es jefe de servicio en el Memorial de Nueva York, en la parte de oncología geriátrica. Mi hijo es ingeniero químico y trabaja en la OPS en Texas, y yo... estoy sola.

Neblic[®]
Nebivolol

El β -Bloqueante de tercera generación

PRESENTACIONES:
Estuches conteniendo 20 y 30 comprimidos de Nebivolol 5 mg.

NEBLIC[®]
Nebivolol 5 mg
20 Comprimidos
Lazár S.A.

NEBLIC[®]
Nebivolol 5 mg
30 Comprimidos
Lazár S.A.

LAZAR

¿Nunca se lo ocurrió irse de Uruguay?

No, bajo ningún concepto. Primero porque no voy a correr detrás de mis hijos y además le debo mucho al país, a pesar de todo.

¿Es ese sentimiento de deberle tanto al país, lo que la hace trabajar tanto a esta altura de su vida?

Bueno, son varias razones, pero vamos a decir la verdad: la soledad es muy fea y hay que ocuparla.

Ocuparme en cosas sociales me pareció más lógico que jugar a las cartas. Fui la primera mujer que entró a la Academia Nacional de Medicina. Ingresé en el año 2000, fue todo un acontecimiento, hubo una ceremonia y vino toda mi familia.

Cuando llegé a la Academia no sabía cómo ubicarme ni dónde, era una cosa rara. Pero era histórico porque la Academia existe desde el año 1974, y ya estábamos en el 2000 y no había ninguna mujer. Los hombres no sabían que hacer conmigo (risas).

¿Cómo fue para usted ser una mujer en un mundo de hombres?

No me sentía distinta, ni tampoco pretendía que me trataran diferente. Además comencé a trabajar enseguida en la Comisión Directiva de la Academia.

¿Cómo ha sido el trabajo en una Academia que es poco conocida por la sociedad uruguaya?

En la sociedad el trabajo de la Academia trascendió bastante poco. Era un grupo cerrado pero luego tendió a abrirse en varios temas: educación continua, violencia, la colegiación, comenzamos a trabajar desde varios lugares sobre todo durante los últimos años.

Ahora entraron una cantidad de temas nuevos: docencia, interacción con otras academias latinoamericanas y del mundo. Es un trabajo interesante, se está volcando más a la comunidad, antes era un mundo encerrado y académico.

Como muchas academias en el mundo, pero resolvimos que tenía que abrirse más hacia la sociedad y los médicos.

Se está trabajando en este sentido y por suerte se han formado varios médicos.

¿Cómo se trabaja con casos de mala praxis, teniendo en cuenta que se trata de colegas?

Es una comisión honoraria que depende del MSP. Somos 15 personas entre médicos y abogados, todos Grado 5. Es mucho trabajo, estudiamos los casos, los analizamos y damos nuestra sentencia.

Pero no somos policías, podemos hacer una observación, una amonestación, mandarlos a estudiar un poco y suspenderlos.

Más allá de que no son jueces, ¿la opinión de la Comisión debe pesar en la comunidad médica?

Claro, a nadie le gusta ser observado ni amonestado en su actividad, es una mancha en su legajo. Eso sí, tratamos que no repercuta en su trabajo.

Trabajamos mucho con las observaciones. Pero a veces no hay más remedio porque la mala praxis existe.

¿Han constatado un aumento en los casos de mala praxis?

En base a las denuncias diría que sí. Hay cada vez más expedientes, a veces son reclamos con justicia, otras veces no, pero cada caso se estudia en profundidad y las 15 personas lo analizamos.

El nombramiento de los integrantes de la Comisión lo hace el Presidente de la República a propuesta del ministerio.

La política no tiene nada que ver en la comisión y si pasara sería la primera en irme.

A pesar de eso cuando pasó del gobierno de Jorge Batlle al gobierno del Frente Amplio la cosa cambió, pero para bien porque ya era gente muy mayor, y pusieron más personas del Frente, pero insisto allí no se refleja nada político.

Sería la primera en irme, es un trabajo de mucha responsabilidad, pero honorario.

Ahora estoy haciendo muchas cosas, también en la Fundación Braille, donde conformamos una comisión de trabajo.

¿O sea que se metió en otra actividad?

Sí, pero siempre hay una motivación, ¿cuál es la mía en este campo?, mi hijo tiene tres niños, una de ellos es ciega de nacimiento. Entonces me dije: tengo que hacer algo por los ciegos.

Y bueno, aquí estoy, trabajando junto a varias personas. La que se acercó también fue la señora de Seregni, formamos una pequeña comisión y comenzamos a trabajar.

¿Su interés es seguir trabajando?

Hasta que aguante. También dejo tiempo para caminar por la rambla, para ir a un concierto, al cine y al teatro.

¿En algún momento pensó que ingeniería se le había quedado por el camino?

Sí, porque la matemática y la física me encantan, pero no lamento haber elegido Medicina, lo volvería a hacer porque me gusta de alma.

Además me siento muy rodeada por todos mis alumnos. Por ejemplo Ana Otero a la que le hice la entrevista, trabajó años conmigo, y como ella fueron varias generaciones.

La vida es pelea y disfrute, rescato lo positivo, estoy sola y debo pensar así. Disfruto todo lo que puedo económicamente y lo que me otorga el tiempo.

Dr. Carmelo Gastambide

Con la endoprótesis de aorta se llega a niveles del Primer Mundo

V.A.

El cirujano vascular, doctor Carmelo Gastambide encabeza un equipo que realiza en Uruguay una técnica novedosa para el medio, practicada hace más de 15 años en el exterior. La colocación de endoprótesis en la aorta torácica ganó el Premio Nacional de Medicina 2008. Una técnica con múltiples aplicaciones no invasiva y de rápida evolución que evita la cirugía abierta. El dispositivo vale 12.000 dólares y no es financiado ni por las mutualistas, ni por el Fondo Nacional de Recursos. Un serio problema para su aplicación en pacientes que no tienen muchas alternativas.

El trabajo sobre la Endoprótesis fue ganador del Premio Nacional de Medicina. ¿Cuál es el cambio frente a lo que se venía practicando hasta ahora?.

Diría que las enfermedades de la aorta torácica, que es justamente el tema que analizamos en la obra, son varias y afectan a individuos jóvenes, fundamentalmente por accidentes de tránsito y traumatismos.

O de mediana edad, aquellos que sufren de hipertensión arterial, cuando la arteria aorta se rompe, lo que se llama la disección de aorta. Y personas mayores con aneurismas de aorta.

Hasta hace unos 15 años en el mundo estas enfermedades eran de un tratamiento muy complejo, estaban gravadas por una alta tasa de mortalidad y de complicaciones serias, como puede ser la parálisis de las piernas.

Salvo en centros de excelencia y referencia, que son muy pocos con resultados aceptables, en el resto del universo no era así.

En nuestro país en particular, estas enfermedades sobre todo las disecciones complicadas y los aneurismas de aorta torácica estaban un poco lejos de una solución aceptable.

Esto es así porque la cirugía convencional no tiene resultados satisfactorios que sean razonables para la buena evolución de los pacientes.

De hecho ante estos pacientes, cuando eran vistos complicados por rotura de aneurisma por disección de aorta con rotura y sangrado en la cavidad torácica, los cirujanos cardíacos no consideraban adecuado el tratamiento con cirugía.

El porqué es lo que dije anteriormente: los malos resultados. Quiere decir entonces que estamos hablando de una población con un espectro etario bastante amplio.



Los jóvenes traumatizados con ruptura de aorta que son pacientes politraumatizados, tienen una situación de extrema gravedad y se pueden tratar con implante de este dispositivo llamado endoprótesis.

El promedio de edad estaba entre los 22 y 23 años, con un rango entre 15 y 35 años. También debemos decir que en los accidentes de tránsito (que infelizmente ocurren muy a menudo) la tasa de mortalidad con rotura de aorta torácica se ubica entre el 80 y el 90% en el sitio del accidente. De los que llegan vivos al hospital, en las primeras 24 horas fallece otro tanto.

Es por eso que los cirujanos vasculares tratamos de incorporar los nuevos recursos que nos permitan darle a nuestros pacientes técnicas científicamente probadas, técnicas que ya han pasado todas las etapas de las distintas fases de la investigación.

Tratamos de incorporarlas a nuestro medio. ¿Cuál es la gran limitante que hemos tenido más allá del escepticismo que generan los cambios? Las críticas que siempre son de dos tipos, las constructivas que son bienvenidas y las otras.

En ese sentido en 8 años que llevamos trabajando en el Uruguay con este tema hemos recorrido distintas etapas. Felizmente el procedimiento no solo lo hemos podido incorporar, sino que hemos logrado el aval de la Academia Nacional de Medicina.

Justamente lo que nos animó a presentarnos fue mostrarle la técnica a la opinión pública y a los colegas que desconocen que en Uruguay hacemos esto.

Una anécdota de este desconocimiento: un médico joven cuyo padre tenía una de estas afecciones consultó con un profesor de la Facultad de Medicina que le dijo que este trabajo estaba bajo investigación y que en Uruguay no se hacía.

¿Hay falta de comunicación entre los médicos?

Sí, evidentemente, por eso este tipo de entrevistas permiten llegar al colectivo médico y a la comunidad, para que se sepa que este recurso existe en Uruguay. Se puede hacer, está disponible, hay gente preparada, hay distintos cirujanos jóvenes que se han capacitado para hacer este tipo de operaciones.

¿Hay alguna posibilidad de que el Fondo Nacional de Recursos (FNR) financie esta técnica?

Bueno, esa pregunta sería más bien para el FNR. Lo que le puedo decir es que lamentablemente hoy el sistema de salud le brinda a los pacientes y al equipo médico la internación, los medicamentos, pero no brinda el dispositivo que es lo más caro. Cuesta alrededor de 12.000 dólares.

Hasta ahora hemos tratado unos doscientos pacientes con enfermedades en la aorta abdominal y torácica.

Los resultados que obtenemos son comparables a cualquier estadística en el mundo que se ocupe de este tipo de tratamiento.

Las disecciones de Aorta tipo B, complicada con ruptura o con falta de circulación en los miembros inferiores es una situación catastrófica. No había un tratamiento adecuado con buenas posibilidades de éxito y el implante de la endoprótesis se lo brinda. La curva de supervivencia que tenemos en cinco años de seguimiento de los pacientes es del 84%.

O sea que esos resultados son totalmente extrapolables a cualquier estadística mundial.

En el mundo, la primera endoprótesis en una aneurisma de aorta abdominal la colocó el doctor Juan Carlos Parodi en Buenos Aires en el año 1991.

Estamos hablando de 15 años, cuando tuvo un crecimiento explosivo porque la industria comenzó a diseñar prótesis y no todas han tenido buena evolución. De hecho hoy en día en el mercado hay tres o cuatro dispositivos que se emplean con mayor frecuencia y de esos uno es el que usamos con asiduidad.

Estos dispositivos (hay más de 100.000 colocados en el mundo) ya han pasado la prueba del beneficio que le han dado a los pacientes y también en el mediano plazo conocemos sus bondades. No existe ninguna estadística que tenga un seguimiento más allá de los 10 años, porque es muy nuevo.

En esa década se sabe que el 95-97% de los dispositivos están en perfectas condiciones. Las complicaciones vienen de que la endoprótesis se puede mover, por fatiga de materiales o puede romperse el stent que lo soporta.

Esto es un procedimiento terapéutico basado en tecnología por manejo de catéteres de guías de balones y de stent.

La diferencia es que este es un stent con un cubierta de poliéster.

El dispositivo está construido por una malla cubierta de un poliéster de una tela impermeable muy fina. En conjunto es altamente flexible y de pequeño tamaño.

Todo el dispositivo está puesto adentro de una vaina que se sube desde la ingle del paciente, hasta donde uno lo busca implantar en la aorta torácica.

Una vez que lo ubicamos se hace una radiografía con la inyección de líquido de contraste para ver exactamente la circulación de la sangre al cerebro. Allí, con un mecanismo de giro de tornillo, la vaina que está conteniendo el dispositivo se empieza a retirar.

Una vez que se libera en forma completa, la sangre va a circular por dentro y no va a pasar más por el aneurisma. Esto se hace en una sala de operaciones con un equipo de radiología de alta definición y no hay que abrirle el pecho al enfermo.

Esto se coloca con un corte de unos 4 centímetros en la ingle y desde ahí navegamos por la aorta hasta el corazón.

Por ejemplo, en el Casmu operamos a una paciente de 82 años con una aneurisma, y lo hicimos con anestesia local. Es un progreso increíble, sin abrirle el pecho, diametralmente opuesto con lo que había.

En el mundo entero esta técnica está desplazando totalmente a la cirugía abierta de tórax.

Es un progreso para enfermedades que no tenían una razonable expectativa de evolución. Creemos que esto es un cambio para quedarse.

Y seguramente vamos a asistir a un mejoramiento en los dispositivos, en las endoprótesis. Hoy en día ya hubo cambios para bien, ¿en qué sentido? En la flexibilidad de los materiales que ha mejorado haciendo más fácil su colocación.

Mejoró el anclaje de la fijación de los dispositivos, esto permitirá tratar pacientes con situaciones complejas. Son personas que no tienen solo una afectación en la arteria aorta, sino que también tienen problemas circulatorios en las piernas, coronarios, respiratorios, en fin, son pacientes de alto riesgo.

El contar con aparatos que sean de menor tamaño, más flexibles, que se desplacen mejor, permite hacer con más facilidad el tratamiento y con menor posibilidad de complicaciones.

¿Quiénes participan en este tipo de intervenciones?

Cuando se presenta el trabajo las caras visibles somos los cirujanos, los anestesiólogos, un número limitado de personas. Pero detrás de esto hay una estructura de salud que participa.

¿A qué me refiero? Los pacientes, después de que los operamos, pasan de nivel intensivo a nivel intermedio, allí el papel asistencial del médico intensivista es crucial.

En la sala de operaciones, no solo participan los médicos anestesiólogos, sino también de los técnicos radiólogos que tienen que trabajar muy sincronizados con el equipo quirúrgico y sabiendo todo lo que se está haciendo. Tiene que ser gente muy entrenada.

También es muy importante quien trabaja en la enfermería, que las instrumentadoras conozcan los materiales. Así como es importante el rol de quienes alcanzan los materiales que se van a colocar, de quienes los preparan.

En definitiva hay un grupo de trabajo que no solo somos los cirujanos.

¿Están preparados para esto?

Bueno, lo que hemos tratado de hacer son cursos, así como educación médica continua, en el ejercicio en la sala de operaciones e ir incorporando conocimiento.

Ha ocurrido, lamentablemente, que en muchos lugares quienes dirigen las instituciones no han comprendido bien cuál es la razón, que es para mejorar la calidad de la asistencia, en beneficio del paciente.

¿Esta técnica solamente se realiza en el ámbito privado?

Participamos a nivel del hospital universitario en un proyecto, allí tenemos un cargo honorario. Fuimos docentes en la Facultad de Medicina por más de 25 años.

Ahora en forma honoraria hemos participado en el tratamiento de algunos pacientes en el hospital universitario y en los centros de Salud Pública.

La gran limitante es conseguir el dispositivo y últimamente ASSE le ha brindado prótesis a algunos pacientes. Por ejemplo hace unas semanas tratamos una señora de Flores con una aneurisma en la aorta pegado al esófago que le dificultaba tragar. Esa prótesis que se le puso la compró ASSE.

Parecería que a nivel público va a haber disponibilidad de prótesis, pero no a nivel mutual, lo cual crea una cierta paradoja.

Como esta técnica no forma parte de las prestaciones, las mutualistas no tienen obligación de tenerla.

Precisamente, me hablabas del FNR y te dije que era una pregunta para ellos. Naturalmente que en estos años hemos hecho gestiones en el FNR en forma reiterada.

La angustia del paciente, de sus familiares sobre todo cuando son jóvenes es inmensa. Tenemos que acompañarlos en buscarles una solución y hemos presentado cartas al Fondo y la respuesta por ahora no ha sido positiva.

De hecho a propósito de este premio de la Academia Nacional de Medicina estamos esperando respuestas a título colectivo de parte de los cirujanos vasculares del Uruguay, de parte del hospital universitario y de los pacientes donde algunos han fallecido y otros están esperando una solución.

¿Cuántos pacientes están esperando?

No te lo podría decir, porque no lo sé objetivamente.

¿O sea que la cirugía torácica abierta se sigue practicando?

Te diría que no, porque nadie quiere operar a estos enfermos porque la tasa de mortalidad y de complicaciones es altísima.

La cirugía abierta que todos hemos hecho, ofrece resultados uniformemente malos. No es solo por la operación, tiene un soporte de CTI, de anestesia, etc.

Hay muchas cosas por lo cual nuestro país, y te diría que los países latinoamericanos, no se acerca a los resultados aceptables que tienen en otra parte del mundo. En cambio con esta técnica se puede, es más sencilla para el paciente.

Acá para operar a los enfermos se necesita un ambiente quirúrgico, con un muy buen equipamiento radiológico y con radiología de alta definición.

Ningún hospital que no tenga radiología de alta definición, un ambiente quirúrgico adecuado y que no tenga médicos entrenados para hacer estas operaciones se puede embarcar en esta técnica.

Pero los médicos se pueden capacitar en forma accesible y rápida. Con esta tecnología en un país subdesarrollado como el nuestro nos acercamos a los países del primer mundo, tanto que los resultados son iguales.

¿Cuál es la gran limitante que tenemos?, no todos los hospitales están equipados con tecnología de alta definición, de hecho en Salud Pública no hay ningún hospital con este tipo de tecnología.

Cuando operamos a un paciente de Salud Pública, tenemos que hacerlo en las mutualistas.

Lamentablemente caminamos por una cornisa, no solo atendemos pacientes con una enfermedad muy grave, sino que además les tenemos que explicar cómo se pueden tratar lo mejor posible. Le tenemos que decir que el sistema de salud no les brinda la endoprótesis y que la tiene que comprar y debemos decirle quién la vende.

Es ahí donde se necesita un alto grado de confianza en la relación médico-paciente y médico-familia del paciente, porque cualquiera puede pensar y de ahí surgen los malos comentarios que nos causaban malestar, pero por suerte ya superamos esa etapa.

¿Cuántos pacientes tienen ese tipo de patologías?

Son decenas de pacientes anuales, tampoco son miles.

También hemos estado en el interior del país. De hecho hemos ido a operar a las mutualistas de Paysandú y Tacuarembó, a las mutualistas.

Por ejemplo la mutualista de Paysandú tiene la infraestructura adecuada, se han tratado pacientes con patologías muy graves.

En nuestro país se puede hacer este tipo de operaciones igual que en Estados Unidos, con el mismo nivel.

Génesis, autoridades, temarios y circunstancias de las convenciones médicas

Las Convenciones Médicas Nacionales (1939-2010)

Ac. Antonio L. Turnes

INTRODUCCIÓN

Cuando en el año 2004 se organizaba la 8ª. Convención Médica Nacional, realizamos una reseña de lo actuado por las siete Convenciones anteriores. Desde entonces transcurrieron poco menos de seis años. Se han registrado en este intervalo varias reformas: la reforma de la salud, con diversas leyes reguladoras para el sistema de salud (creación del SNIS, del FONASA, separación de ASSE de la gestión del MSP). Se ha dictado por último una ley de creación del Colegio Médico del Uruguay. Estas materias habían sido consideradas en las Convenciones realizadas entre 1939 y 2004.

Ahora afrontamos un panorama diferente. Las leyes de reforma del sistema de salud se han aprobado. La ley del Colegio Médico también, aunque aún falta mucho para que tengan en plenitud los efectos que sus inspiradores le atribuyeron.

Puesto que las generaciones de dirigentes médicos han variado sustancialmente, es posible que quienes hoy ocupan sitial de liderazgo no hayan participado en las instancias anteriores, al menos en su mayor parte, y que otros ya no recuerden algunos de los muchos aspectos que este rico patrimonio del pensamiento médico nacional ha generado, y parcialmente quedado en el olvido. El tan mentado cambio del modelo de atención, todavía está esperando que llegue el tren que lo trae. Mientras tanto continuamos formando médicos para el modelo anterior, hay especialistas que brillan por su ausencia (o porque emigraron hacia mejores horizontes) y los desencuentros, aún con la reforma, se producen. El centralismo montevideano y porteño, sigue tan campante, de espaldas a la realidad del país, que en su mayoría, los dirigentes del Estado poco conocen.

Particularmente quienes a la hora de dirigir políticamente los procesos de cambio, parecerían ignorar o desconocer la génesis de ellos, y van dejando por el camino jirones del aporte que durante más de 70 años el Cuerpo Médico Nacional ha ido realizando.

No se trata aquí de quién se lleva las palmas o los laureles por haber consagrado algo que estaba en el espíritu de los médicos uruguayos a lo largo de muchas décadas. Del mismo modo que muchos colectivos médicos, en otros países del mundo han bregado para que la atención de salud fuera cada vez más integral, universal, equitativa y humana. Ese se ha constituido en uno de los aportes más significativos de la profesión médica en todo el mundo. Sin embargo no ha sido adecuadamente comprendido ni reconocido

este hecho. Al contrario, parecería que se busca en algunos sectores ningunear estos aportes históricos, para atribuirse méritos que les son ajenos. Es el caso del grajo vestido con las plumas del pavo real.

Nuestra época, desde las últimas décadas del siglo XX, luego de la dictadura, estuvo signada en el campo de la salud por hechos que generaron honda preocupación, entre 1986 y 2003. Se cerraron o resquebrajaron viejas estructuras de atención de salud, como los hospitales públicos, o el mutualismo con las consiguientes pérdida de puestos de trabajo; se deterioraron las posibilidades de inserción profesional en un mercado de trabajo más ensanchado y menos solidario. Los avances tecnológicos y científicos amenazan con destruir al médico, a la actitud y aptitud clínicas y a la relación médico-paciente, a la vez que lo desplazan del lugar central que tuvo el profesional en la generación y dirección de los servicios y las propuestas; la formación de los profesionales en exceso (o déficit) con relación a las demandas de la estructura de los servicios de salud; la defensa de la ética médica, la deontología y diceología, así como la colegiación profesional vuelven a primer plano cuando las relaciones de los colegas entre sí, con las instituciones o con los pacientes sufren tremendos impactos y se dirigen las miradas hacia mecanismos colectivos de seguridad moral (ética) y material (condiciones de trabajo y remuneración).

Al mismo tiempo crecen los mecanismos y las organizaciones de defensa del consumidor, y el médico –así como los demás profesionales de la salud– enfrenta una ola creciente de búsqueda de resarcimientos, económicos o mediante la punición con procesos penales, cuando hay un resultado sanitario no esperado, o cuando algo sale mal. El amplio campo de la responsabilidad médica, dentro del más vasto de la responsabilidad civil y penal profesional, que en nuestra profesión abarca un inexcusable componente institucional, hasta ahora no asumido. La salud se ha ido transformando poco a poco en un artículo de mercado, en un servicio por el que se reclaman resultados, que no todos los actores están en condiciones de brindar. Y algunos se hacen los distraídos.

El mundo de hoy, que avanza a velocidad vertiginosa, requiere nuevas miradas sobre la realidad que exige a nuestra profesión pararse firmemente sobre su conocimiento para contribuir a producir los cambios que todos deseamos, pero que no comprendemos con certeza hacia dónde nos dirigimos.

Esa incertidumbre marca la importancia de lo colectivo, la riqueza del debate, la confrontación libre de ideas y

propuestas, la creación y difusión del conocimiento científico de cuestiones profundamente sociales.

Por tradición, en épocas de grandes inseguridades, se vuelve la mirada hacia la Convención Médica, como una forma de procesar los debates, que nuestros colegas han vislumbrado en el pasado. La reunión de las Convenciones ha demostrado ser, cuando se utilizó adecuadamente, un punto de apoyo indispensable para la palanca de promover los cambios. Que en cada momento histórico dirigieron su mirada hacia temas diferentes, aunque conexos. Reuniendo y enriqueciendo en un punto de encuentro a todos los médicos del país, con las visiones más diversas, en un ámbito de organización, libertad y democracia. Dando expresión concreta a los grandes principios que orientaron el pensamiento de la Medicina. La revisión de lo actuado por las ocho Convenciones Médicas Nacionales, sus protagonistas, relatores y organizadores, permite valorar a la distancia, la espiritualidad de aquellos hombres, hoy en su mayor parte desaparecidos, que hicieron en los hechos realidad los principios de libertad, igualdad y fraternidad aplicados al intercambio de ideas, en un marco de respeto, con ánimo constructivo y persiguiendo metas utópicas y concretas, como forma de avanzar en tiempos de turbulencias.

Una mirada a lo ya realizado puede ayudar a ver dónde estamos situados, desde dónde venimos y hacia dónde vamos, quiénes acompañaron y cómo se hicieron esas grandes asambleas médicas, con acalorados y calificados debates, en temas que –en cada tiempo– ocuparon las mejores energías de nuestra profesión, y le permitieron encontrar caminos de superación e impulsar propuestas serias y viables. Aunque no se hayan podido sortear muchos obstáculos y se sufrieran en ese viaje, múltiples contradicciones.

ANTECEDENTES DE ESTAS CONVENCIONES

Carlos María Fosalba desde 1936 levanta la idea de un “congreso médico nacional” para que los médicos digan lo suyo, con voluntad expresa y resonancia nacional.

A su insistente prédica, que le llevó tres años, se debió la realización en 1939 de la Primera Convención Médica Nacional. Posteriormente fue más fácil. Todos sabemos el extraordinario aporte conceptual, doctrinario, social y práctico, que han significado estas Jornadas Nacionales.

EL SINDICATO MÉDICO, LAS OTRAS GREMIALES MÉDICAS Y LAS CONVENCIONES NACIONALES

Fue, pues, por iniciativa de esta gremial médica que se gestó y realizó con el éxito conocido, la Primera Convención Médica Nacional. El altruismo del Sindicato Médico quedó demostrado, sobre todo, al propiciar sus integrantes la constitución de la Comisión Permanente que debía

preparar la próxima reunión y cumplir lo resuelto por la Asamblea. De ella debían de formar parte, no sólo los delegados del Sindicato Médico del Uruguay y de la Asamblea, sino representantes de las demás asociaciones médicas de la República.

Integrada así la Comisión Permanente, pudo cumplir sus tareas, sobre todo, con el apoyo incondicional, moral y material, del Sindicato Médico, hasta la 6ª. CMN. A lo largo de las décadas fueron surgiendo otras organizaciones médicas, como el denominado Colegio Médico del Uruguay, una pequeña gremial ya desaparecida, pero que participó en su tiempo de las Convenciones. Luego, la Unión de Médicos Mutuales participó en la 6ª. Convención, junto a la Federación Médica del Interior, que había surgido en 1966. Desde entonces apareció otra nueva situación profesional, marcada por cambios en el sistema de trabajo fundamentalmente a partir de los años 1992-1993, con la aparición de la Mesa de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas, que fue tomando cuerpo como organización gremial de los cultores de esta disciplina.

LA ORGANIZACIÓN DE LAS CONVENCIONES

Una Comisión Organizadora inició la Primera CMN, en 1939. Luego de realizarla, quedó conformada una Comisión Permanente, que era el órgano encargado de difundir las conclusiones arribadas y gestionar esos temas hasta la Convención siguiente. Un verdadero motor. Este mecanismo, empleado en las sucesivas convenciones, fue cayendo en desuso, debido a la pluralidad de actividades que los dirigentes médicos debían realizar, fundamentalmente en la gestión de sus instituciones, en la negociación con las autoridades del Estado para el trámite legislativo, o para atender en lo cotidiano la reclamación de sus respectivos colectivos en instancias de rápidos cambios en el ámbito del trabajo. Además de sus compromisos profesionales. En consecuencia, las Comisiones Permanentes, pasaron a ser meras entidades virtuales, que poco hicieron en los intervalos entre dos CMN. Y las Convenciones fueron autoconvocándose, por las dirigencias gremiales, cuando temas acuciantes aparecían en el horizonte.

LOS TEMAS TRATADOS

La PRIMERA CMN trató, en julio de 1939, 5 temas:

1. LOS MÉDICOS FUNCIONARIOS Y EL ESTADO,
2. EL PROBLEMA DEL MUTUALISMO,
3. LA SITUACIÓN DEL MÉDICO EN CAMPAÑA,
4. EL MÉDICO Y LA CLIENTELA PRIVADA,
5. RELACIONES PROFESIONALES ENTRE MÉDICOS,

La SEGUNDA CMN, reunida en agosto y setiembre de 1943, abordó un amplio temario, que organizó en tres secciones:

1. MEDICINA PROFESIONAL: Dentro de esta sección se presentaron diversos trabajos que detallamos:
 - La responsabilidad legal demandable en el ejercicio de la medicina, de la cirugía y de las profesiones afines; idem de los servicios auxiliares y del personal secundario,
 - Los Colegios Oficiales de Médicos en España;
 - La “Orden de los Médicos”, por el Dr. José Alberto Praderi, el primer y más vasto estudio sobre los mecanismos de control ético de la profesión médica, realizando una amplia revista sobre las realizaciones en todo el mundo a través de los tiempos.
 - Función asistente y función fiscal y administrativa,
 - La Cátedra de Deontología;
 - Desocupación Médica en el Uruguay.
 - Docencia y acumulación de sueldos;
 - La carrera promedio en doce años y el trabajo profesional del estudiante de Medicina;
 - El ejercicio del practicantado de Medicina;
 - Instituto de Estudios Psico-técnicos y de Orientación Profesional.
2. SEGUROS Y OTROS TEMAS DE MEDICINA SOCIAL
 - Concepto y evolución del seguro de enfermedad
 - Algunas consideraciones sobre el “Seguro de Maternidad”.
 - Ministerio de Salud y Previsión Social. Seguros Sociales;
 - Problemas estadísticos en la Medicina Social;
 - Seguro social obligatorio;
 - Mortalidad Infantil en el Uruguay;
 - Lucha antivenérea en el Uruguay.
3. SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN LA ZONA RURAL
 - Cómo debe realizar el Ministerio de Salud Pública su misión en campaña;
 - El problema de la asistencia médica en campaña;
 - Crítica del proyecto de “Instituto de Salud del Trabajador Rural”;

La TERCERA CMN se constituyó del 27 al 31 de julio de 1949, abordando el siguiente temario:

1. PROBLEMAS DE MEDICINA ASISTENCIAL Y PREVENTIVA.
2. COLEGIACIÓN PROFESIONAL.
3. COLEGIACIÓN MÉDICA.
4. MUTUALISMO.
5. SEGURO SOCIAL.
6. RETIRO DE LOS PROFESIONALES UNIVERSITARIOS.

7. JUBILACIONES MÉDICAS.

8. Un Capítulo de Temas recomendados que motivaron comunicaciones:

- Ejercicio Profesional – Honorarios Médicos.
- Hospital de Clínicas.
- Accidentes del Trabajo Profesional Médico.
- Medicina Social – Medicina del Trabajo.

La CUARTA CMN se reunió el 24 y 25 de setiembre de 1955, con los siguientes temas oficiales:

1. SITUACIÓN DEL MÉDICO EN LA LEY DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS.
2. COLEGIACIÓN PROFESIONAL OBLIGATORIA.
3. EL AUTO, INSTRUMENTO MÉDICO DE TRABAJO.
4. EL MÉDICO ANTE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL.

En la Sesión de Clausura se dispuso que este último tema, merecía una discusión en profundidad, por su jerarquía y extensión, lo cual motivó que fuera el único considerado en la CMN, reunida al año siguiente.

La QUINTA CMN se realizó en los dos últimos días de noviembre y los dos primeros de diciembre de 1956, considerando el tema oficial EL MÉDICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, cuyos subtemas fueron:

1. SEGURO DE ENFERMEDAD Y SEGURIDAD SOCIAL.
2. ASPECTOS JURÍDICOS Y SOCIOLÓGICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN GENERAL Y DEL SEGURO DE ENFERMEDAD EN PARTICULAR.
3. ASPECTOS ECONÓMICOS, FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL EN GENERAL Y DEL SEGURO DE ENFERMEDAD EN PARTICULAR.
4. EL MÉDICO ANTE EL SEGURO DE ENFERMEDAD.
5. SEGURO DE ENFERMEDAD Y COLEGIACIÓN PROFESIONAL.
6. ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN MÉDICO-SOCIAL.
7. DEMOGRAFÍA MÉDICA.

Se efectuó una Declaración sobre proyectos de seguro de salud o nuevos sistemas de seguridad social que comprendan aspectos sanitarios.

Se aprobó una proposición de la delegación estudiantil para integrar un grupo de estudio de la realidad sanitaria nacional.

Se adhirió a la celebración el 3 de diciembre de cada año del Día del Médico, de acuerdo a la resolución de la Confederación Médica Panamericana y establece que la Mesa Permanente de esta Convención organice, anualmente – con las autoridades de la Facultad de Medicina y las instituciones gremiales médicas del país-, diversos actos conmemorativos en esa fecha.

Se aprobó una proposición: Realización de convenciones médicas en el interior. Foros regionales. Se establece el mandato, para la nueva Mesa Permanente de las Convenciones Médicas Nacionales, de que trate –por todos los medios a su alcance– de organizar la VI Convención Médica Nacional en una capital departamental del Interior. Esta propuesta tuvo una complementaria de la Delegación de Mercedes: Que la Mesa permanente de las Convenciones Médicas Nacionales procure, anualmente, o en forma previa a las Convenciones Médicas Nacionales, realizar Foros Regionales en el Interior, con finalidades de divulgación y preparación de temas.

Se efectuó una Declaración en defensa de la selección técnica por concurso. rechazo del artículo 125 del Proyecto de Ley de

PRESUPUESTO GENERAL DE GASTOS Y RECURSOS

Se aprobó una Exhortación al Senado de la República, para que se pronuncie sobre el proyecto de ley de autos para médicos a precios razonables y justos.

Se reiteró una Declaración acerca del retiro de los médicos por límite de edad, promoviendo el retiro automático de los cargos médicos al cumplirse los 65 años de edad, exhortando a los Poderes Públicos a satisfacer esta aspiración médica nacional.

LA SEXTA CMN se reunió en dos períodos de sesiones: el primero realizado en Balneario Solís, del 14 al 17 de diciembre de 1972, y tuvo como propósito determinar la posición del Cuerpo Médico Nacional en los siguientes puntos:

- Estructura Sanitaria y Seguro Nacional de Salud.
- Ley Orgánica de la Profesión Médica.
- Jurisdicción Médica y Estatuto de Trabajo Médico.

Esta 6ª. CMN introdujo por vez primera la organización, tanto en Montevideo como en el Interior, de las Asambleas Zonales, como forma de debate previo y mecanismo de elección de convencionales, una importante reforma a los procedimientos de participación, información y decisión. Antes las CMN eran de libre inscripción y confluían en ella médicos interesados o motivados, de todo el País.

La SÉPTIMA CMN se reunió del 20 al 22 de julio de 1984, en plena Dictadura, convocada por la Comisión Intergremial Médica (CIM), la Federación Médica del Interior (FEMI) y la Comisión Permanente de la VI Convención Médica Nacional. Su acto inaugural tuvo lugar en el Teatro del Círculo, y las deliberaciones en el Auditorio de AEBU (Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay), que lo facilitó en un gesto solidario.

En su temario se incluyeron los siguientes ítems:

- Universidad y Educación Médica.
- Política de Salud.
- Organización y Papel del Gremio Médico.
- Trabajo Médico.
- Colegiación y Ética Médica.

De esta 7ª. CMN surgió la creación de la Comisión Nacional de Ética Médica, integrada en forma conjunta por el Colegio de Abogados del Uruguay, la Federación Médica del Interior y la Comisión Intergremial Médica (el Sindicato Médico del Uruguay luego de su desintervención a partir del 28 de enero de 1985), con el propósito de analizar y juzgar la conducta ética de los médicos que actuaron al servicio de las Fuerzas Armadas y Policiales durante la Dictadura que estaba terminando.

La OCTAVA CMN se reunió en Montevideo, los días 6 y 7 de agosto de 2004, tratando los temas: Políticas de salud; Trabajo Médico; Ética y Colegiación Médica y Formación Profesional, algunos sin agotarlos, como es el caso de la formación de profesionales. Sin embargo, debe subrayarse, la 8ª. CMN hizo por primera vez, antes de reunirse, una Encuesta Médica Nacional, por una consultora independiente, que incluyó interesantes aportes sobre las condiciones de trabajo y su vinculación con la salud de los médicos, y otros aspectos que hacen a políticas de prevención. En todas las CMN participaron como relatores no sólo personalidades médicas destacadas, en lo profesional o en lo docente, sino también figuras del ámbito nacional en otras disciplinas (Derecho, Economía, Sociología) e incluso médicos extranjeros que actuaron relatando la realidad de sus países.

ALGUNAS PREGUNTAS SIN RESPUESTA

Este modelo de reunión por representación de segundo grado (las unidades territoriales o zonas, o departamentos, o ciudades) eligen sus delegados en determinada proporción (1 cada 50 médicos, por ejemplo), quienes se reúnen concentrando su trabajo en dos o tres días, a ritmo forzado, para cumplir un programa. Podríamos tal vez preguntarnos:

1. ¿Se ajusta a la sociedad y los medios de hoy?
2. ¿Guarda relación con la dimensión numérica de nuestra profesión a nivel territorial?
3. ¿Lo que se discute, acuerda y declara, tiene alguna eficacia en el plano concreto?
4. ¿Por qué será que nunca se llega a discutir, con tiempo y elementos suficientes, las condiciones de ingreso a la

profesión, y cómo hacer para que se incorporen los más aptos desde el punto de vista moral, mental y social, no ya desde el punto de vista numérico?

5. ¿Los que participan, tienen adecuada información de los asuntos a tratar?
6. ¿Cómo efectúan los delegados la “devolución” a sus representados, a nivel local, una vez finalizada la CMN?
7. ¿Pueden aplicarse eficazmente esas resoluciones, y en caso afirmativo, quién y cómo se controla que así se proceda?

Se justificaba este modo de reunión del demos médico en otros tiempos, cuando los niveles de organización eran deficitarios o incipientes, la dispersión de los colegas muy amplia en el territorio nacional, y las comunicaciones difíciles. Para la primera CMN, un viaje de Rivera a Montevideo, se hacía en ferrocarril y llevaba más de 12 horas; desde Artigas más de 24; desde Rocha 8 horas. Con tal número de médicos como los que hoy existen (14.500 en actividad más unos 1.500 jubilados) habría que contemplar otras modalidades de reunión representativa.

De ahí que la eficacia de estas reuniones sea de valor relativo, por varias razones:

1. no tienen periodicidad fija, sino que resultan aperiódicas; cuando un conjunto de instituciones o personas hacen acuerdo y afrontan el esfuerzo de convocarla, organizarla, financiarla y reunirla;
2. luego que la reunión se levanta, arribando a notables conclusiones, es difícil que se realice el mismo esfuerzo para llevarlas a cabo, por cuanto cada grupo vuelve a sus actividades rutinarias absorbentes y a la complicación del diario quehacer; se ha perdido hasta la práctica de difundir por escrito sus debates (esto es así desde la 5ª. CMN); al menos sus conclusiones entre todos los médicos del País hoy pueden resultar difíciles de ubicar;
3. de esa forma, resulta difícil evaluar la eficacia de lo resuelto, y todo se transforma en una loable pero utópica expresión de deseos; en los hechos las declaraciones pueden ser más o menos pulidas y contundentes, pero llevarlas a la práctica resulta azaroso. Otros países tienen formas de asambleas representativas, cámaras de delegados o similares, de modo que se vayan dando niveles de discusión en el orden local, regional y nacional, integrándose las opiniones hasta llegar a un pronunciamiento final. Pero no se realiza esta actividad en forma casual, sino de forma regular: una vez al año, o una vez por semestre. De

esa manera, los electores, además de escoger sus representantes, controlan lo que efectivamente se ha hecho, y tienen ocasión, ni muy distante, ni muy próxima, de incidir, influir, decidir. También genera un mecanismo de influencia sobre los niveles políticos locales, de modo que la repercusión a nivel territorial sea más amplia y permanente. Habría que pensar si no ha llegado la hora de cambiar el modelo de reuniones para adoptar otro más eficaz, que permita orientar la marcha de los asuntos que incumben a la profesión. La búsqueda de nuevas formas de relacionamiento ya la han adoptado otras organizaciones, en nuestro mismo país, de modo que no está alejada de la realidad y es plenamente factible. Por otra parte, sería un mecanismo más justo y democrático, con amplias posibilidades de participación, sin que los que están con menos tiempo dejen de participar o se desinteresen de los temas que influirán sus vidas y trabajos.

¿Es que alguien pensó por qué entre la 1ª. y la 2ª. medió un lapso de 4 años, entre la 2ª. y la 3ª. de 6 años; entre la 3ª. y la 4ª., otro de 6 años; entre la 4ª. y la 5ª. un año; entre la 5ª. y la 6ª. 12 años; entre la 6ª. y la 7ª. también 12 años; entre la 7ª. y la 8ª. 20 años? ¿No será ésta parte sustancial del problema?

COMENTARIOS FINALES

Desde el punto de vista de adentrarse en nuestra comprensión del país, exceptuando la 6ª. CMN que se realizó en la Colonia de Vacaciones del SMU en Balneario Solís (Dpto. de Maldonado), nunca se verificó aquella vieja recomendación de que la próxima CMN fuera realizada en una capital del Interior. Todavía es materia pendiente. Seguimos tropezando con la misma piedra.

Hoy, a más de 70 años de la 1ª. CMN, tenemos un panorama diferente, en el plano científico y tecnológico. Pero tal vez nos falte alcanzar estándares de calidad que supimos tener mejores en otros aspectos no precisamente instrumentales. En un contexto en el cual los usuarios y la sociedad de los países desarrollados, pero como reflejo, en los subdesarrollados, está en mejores condiciones para reconocer, exigir, o reclamar por la vía de las demandas, tan en boga hoy, como impensables entonces. Donde los usuarios van conociendo sus derechos subiendo por el ascensor, mientras los médicos desconocen los suyos porque suben lentamente por la escalera.

Por eso, hoy es más vigente que nunca el viejo lema acuñado en 1939: la convención médica nacional para todos los médicos del país. Y a esa alforja cargada de tradiciones, éxitos y fracasos, es que apostamos para lograr entre todos, un Uruguay más saludable. Porque salud no es solo medicina. Pero tampoco sólo economía.

Resoluciones de la Asamblea General

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 18 DE MARZO DE 2010

- 1) Aumentar la cuota social en \$ 20 (veinte pesos)
- 2) Esa cifra se actualizará en los mismos porcentajes y fechas en que se incremente la cuota social.
- 3) La recaudación mensual de dicho monto y sus actualizaciones, se depositará en una cuenta bancaria independiente y constituirá un fondo que será contabilizado y administrado en forma totalmente autónoma respecto del resto del patrimonio social. El mismo se denominará “FONDO DE CAMPO Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS”
- 4) El Fondo que se crea será administrado por una Comisión de acuerdo a las siguientes disposiciones:
 - a) Estará integrada por cinco miembros honorarios e igual número de suplentes: uno designado como delegado por el Comité Ejecutivo que lo presidirá y cuatro por la Comisión de Deportes.
 - b) Durarán dos años en sus cargos.
 - c) Funcionará con un quórum mínimo de la mitad más uno de sus integrantes y adoptará resoluciones por mayoría simple.
 - d) Se reunirá por lo menos en forma trimestral con asistencia de Secretaría Administrativa, pudiendo solicitar el asesoramiento de los profesionales contratados o dependientes del SMU-
 - e) Su actividad será fiscalizada por la Comisión Fiscal como lo establece el artículo 68 del Estatuto.
 - f) Informará con carácter obligatorio al Comité Ejecutivo sobre avances y resoluciones de la Comisión de Deportes y balance económico, cada 6 meses.
- 5) El “FONDO DE CAMPO Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS” será utilizado en forma exclusiva para los destinos que determine su Comisión Administradora.

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 25 DE MARZO DE 2010

Considerando:

- 1) El vencimiento del convenio con ASSE.
- 2) Las claras manifestaciones de demanda insatisfecha para la atención en policlínica general y de especialistas:
 - a) Largas colas en horas de la madrugada en el Hospital Filtro para muchas veces no conseguir número.
 - b) Irregulares exigencias por parte de la dirección del Hospital Saint Bois de aumento del número de pacientes a atender por hora.

La Asamblea General resuelve:

- 1) Designar a los representantes de la Asamblea General para que se integren a la Comisión que estudia el nuevo acuerdo salarial con ASSE, integrada además por SMU, FEMI, SAQ.
- 2) Reclamar para el nuevo convenio un aumento de salario real de un nivel a determinar.
- 3) Reivindicar un horario mínimo de trabajo de 24 horas semanales para todos los médicos que lo deseen, solucionando graves problemas de carencia asistencial en policlínicas.
- 4) Exigir el pago del trabajo nocturno tal como manda la ley
- 5) Exigir el pago de todos los actos y técnicas médicas que desarrollen las distintas especialidades.
- 6) Exigir la equiparación salarial para todos los médicos del sector público, especialmente del MSP (Sanidad de Frontera y Clínicas Preventivas).
- 7) Publicar en dos diarios de la capital y en Revista “Noticias”.
- 8) Pasar a cuarto intermedio hasta el día jueves 29/04/10, a la hora 20.
- 10) Pasar a cuarto intermedio hasta el día jueves 25/03/10, a la hora 20.

Pioneros en nuestro país: Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual, Sociedad Ginecotológica del Uruguay

Medicina sexual: una nueva especialidad en el mundo

Dra. María Luisa Banfi*

Dentro del plan curricular de la carrera de Medicina no existe formación, ni información sobre la función sexual humana.

La función sexual, no puede ser desconocida y tiene tanta importancia, trascendencia y trae tantas consecuencias desconocerla, como negar cualquier otra función de nuestro cuerpo.

Si bien se nos ha brindado formación en el área de la función sexual reproductiva, debiéramos seguir la profundización en el área de la función sexual erótica placentera, básica en las relaciones humanas.

El médico debería poder atender las demandas de la sociedad en esta temática, ya que existen múltiples situaciones que pueden poner en riesgo la vida, o eventualmente la salud de muchos individuos y, primero, no tiene conciencia de ellas, segundo, no puede brindar información, pues no cuenta con el conocimiento para realizarlo y por cierto menos podría aún indicar tratamientos.

Se deberían poner en marcha las sugerencias realizadas desde la Organización Mundial de la Salud, a partir de 1975, sobre la enseñanza de la sexología y el tratamiento de las dificultades sexuales: programa de formación para los profesionales de la salud. Reporte Técnico número 572.

SOCIEDAD URUGUAYA DE MEDICINA SEXUAL

Experiencia y Avances (2001-2009)

La Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual, se funda, dentro de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay, a partir de la motivación que el tema genera en un grupo de ginecólogos ya formados en Sexología clínica y Sexualidad Humana.

Incluido dentro de este Grupo humano, se encuentran los Dres.: María Luisa Banfi, Mónica Lijtenstein, Manuel Novoa, Sandra Lorenzo, Mercedes De Barbieri, Gastón Boero.

Dentro de esta Sociedad Científica estaba y está el Prof. Dr. Enrique Pons, además de ser el Prof. Titular de la Cátedra Ginecotológica "A" en ese momento.

Se realiza un diagnóstico de situación, en lo que a nuestro país se refiere, en todo aquello que corresponde a las consecuencias de una falta de educación oportuna y comprensiva acorde al orden científico, acerca de la progresión, desarrollo y puesta en marcha de la función sexual placentera del ser humano.

Esto se hace mediante encuestas y trabajos poblacionales realizados por nosotros mismos y por otros integrantes de nuestra sociedad. Así es que sabemos que hay interés en dar una opción científica a la educación sexual, diferente de la que estamos recibiendo día a día a través de los medios, y de los mitos y creencias transmitidos años tras año. Esto provoca que cada vez más, haya problemas de salud vinculados a la sexualidad por la simple razón de no tener la información adecuada para evitarlos. (no tomar conciencia de los hechos).

Desde la Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual, se inicia un camino de trabajo, primero realizando cursos con los residentes de Ginecología y luego, con un curso de dos años de duración para médicos de todo el país, de veinticuatro horas cada módulo (total dos). En el 2006, se inicia el segundo curso. En el 2008 y 2009, se inician otros dos cursos de un año de duración.

Llegamos a 120 médicos.

Hemos seguido los lineamientos compartidos en los diferentes cursos impartidos por la Escuela de Graduados, en lo que se refiere a experiencias educativas para el Desarrollo Profesional del Médico egresado. Nuestro trabajo fue presentado en el 8° Seminario-Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC), que tuvo lugar en Octubre del 2006, en el Departamento de Maldonado y organizado por la Escuela de Graduados.

Desde hace más de veinte años, es que parte de este grupo viene trabajando. Contamos con los datos al respecto y estamos seguros que la prevención es prioridad. Nos sentimos en la obligación de transmitir el conocimiento adquirido poniendo en marcha un instrumento más para mejorar nuestra salud pública. Por lo que hemos presentado ante la Escuela de Graduados la inquietud de poder tener una diplomatura de Medicina Sexual y a su vez se ha planteado el proyecto al Consejo de la Facultad de Medicina.

En Francia, la educación universitaria, ha tenido sus inicios en 1975/1976, con los Dres. Willy Pasini y Georges Abraham, quienes organizaron los primeros seminarios en sexología clínica. El curso universitario, se institucionalizó gracias a la incorporación de la Asociación Inter. Hospitalo-Universitaria de Sexología en 1983 (AIHUS) y el reconocimiento por el Consejo Médico Francés en 1996, como Diploma en Medicina Sexual (DIU).

Las autoridades al respecto, realizan una sugerencia, que se podría tomar como ejemplo para otros países.

Es así que estuvimos en el 2002, en Burdeos, Francia, en el servicio del profesor Charles Tignol, quién dirigía en ese momento, el DIU, en la Universidad Victor Segalen y nos hizo entrega de los programas del mismo, para toda Francia, aportándonos sugerencias al respecto y poniéndose a nuestras órdenes para encaminar la nuestra.

En diversas partes de mundo, el tema se está empezando a encarar.

La Academia Internacional de Medicina Sexual y la Academia Europea de Medicina Sexual, son Instituciones de referencia en la temática, además de la Asociación Mundial para la Salud Sexual. (WAS).

Equipo Docente con que contamos para la realización de cursos y para la posible "Unidad de Medicina Sexual adjunta a Clínica Ginecotológica" y eventual desarrollo de una diplomatura:

1. Prof. Dr. Enrique Pons. Ginecotólogo
2. Dra. María Luisa Banfi. Ginecotóloga.

3. Dra. Mónica Lijtenstein. Ginecotocóloga
4. Dr. Manuel Novoa. Ginecotocólogo
5. Dra. Mercedes De Barbieri. Ecografista ginecoobstétrica
6. Dra. Sandra Lorenzo. Ginecotocóloga
7. Dra. Grisel Valerio. Ginecotocóloga.
8. Dra. Mirtha Colombo. Psiquiatra.
9. Dra. Ana Alvariza. Endocrinóloga
10. Dra. Alba Morgade. Medicina General
11. Dr. Germán Doce. Medicina General
12. Dr. Gastón Boero. Ginecotocólogo
13. Dr. Alberto Basalo. Urólogo
14. Prof. Dr. Miguel Cherro. Psiquiatra De Niños y Adolescentes
15. Dr. Flores Colombino. Psiquiatra
16. Dra. Alicia Casas. Psiquiatra
17. Dra. Raquel Zamora. Pediatra. Psiquiatra

Concluyendo y realizando un pequeño resumen:

Temas para pensar:

¿Se sabe que desde la enseñanza con enfoque de género se puede prevenir el daño sobre la salud sexual y reproductiva y la salud en general?

¿En que incide el ejercicio de la sexualidad humana en temas de tanta relevancia como las ITS, de tanto peso para la salud pública y el gasto público?

¿Cuál es la franja etaria que está más afectada?

¿Cómo es el comportamiento sexual de nuestra población?

¿Qué sabemos, qué datos hay?

¿Se sabe que el trastorno eréctil, puede ser consecuencia del daño del sistema cardiovascular?

¿Se sabe que puede ser el primer síntoma, que anticipe un infarto agudo de miocardio?

¿Se sabe que el síndrome metabólico, puede ser la causa de la disfunción eréctil?

¿Se sabe que aún existen matrimonios no consumados?

Desde la salud pública, ¿se tienen tan claras las cosas? ¿Es que los médicos hemos hecho conciencia de esta situación?

¿Será que estamos inmersos al igual que la población general en no darnos cuenta de cuál es la causa de muchos de estos problemas?

¿Es que no podremos contribuir desde la Salud a que nuestra población, mantenga su intimidad sexual, pero con conocimientos y apoyo, desde lo científico y no solo desde las creencias y desde los medios ?

REFERENTES INTERNACIONALES:

La diplomatura es fortalecida por los siguientes referentes internacionales:

- **Université Victor Segalen** (Bordeaux). Diploma Inter universitario- Medicina Sexual. Francia. Profesor Charles Tignol.
- Presidente de la Sociedad Mundial de Medicina Sexual (ISSM) Dr. John Dean (Inglaterra) Coordinador del Curso de Postgrado de Profesionalización en Medicina Sexual, ESSM - ISSM
- Prof. Dr. Ricardo Cavalcanti, Brasil, ex Presidente de la Academia, Mundial de Medicina Sexual, Consultor del John Hopkins y del Fondo de Población de Naciones Unidas.

LA MEDICINA SEXUAL

Es una nueva especialidad en el mundo, dictada desde la Sociedad Europea de Medicina Sexual y a cuyos cursos hemos podido asistir.

Surge como una necesidad, dado que el tema sexual se legitima a través de la demanda, de la consulta, que el paciente realiza a las diferentes especialidades como la ginecología, la urología, la medicina general, o a cualquier técnico que se muestre empático y permita que el paciente se anime a preguntar sobre este tema. De todos modos, para las Universidades del Mundo es algo también relativamente nuevo, excepto en países como Francia, Alemania o Inglaterra.

Es una transdisciplina, que se nutre de la medicina general, de la endocrinología, de la psiquiatría, de la urología, de la ginecología, de la dermatología, de la infectología, de la cardiología, de la sociología, de la antropología entre otras disciplinas y desde este punto de vista y con esta orientación analiza y estudia la función sexual erótica del ser humano, con los elementos propios de la sexología clínica, teniendo en cuenta el abordaje de todos los problemas sexuales, vinculados con una mejor calidad de vida.

Y así rezaba en la última diapositiva que mostraba el Dr. Ian Eardley, en su exposición sobre el Futuro de la Medicina Sexual, como presidente de la ESSM, Sociedad Europea de Medicina Sexual, en el último Congreso, en Francia, Lyon y explicaba la duración de los cursos y la presencia en ellos de 70 médicos que lo han realizado, entre ellos dos uruguayas, las Dras. Ma. Luisa Banfi y Mónica Lijtenstein, por eso Uruguay está presente en la nómina de países, único hasta el momento para América Latina.

The Future of Sexual Medicine

Ian Eardley

St James University Hospital,

Leeds, UK

ESSM President

European School of Sexual Medicine

tema relacionado con la Medicina Sexual ?

2-week residential courses (76 hours) were held in Oxford in July 2007, 2008 and 2009

• Thus far:

-70 doctors

-27 nationalities

-Working in 20 countries

-From Uruguay to Australia and Pretoria to Siberia

• 2 additional 3-day courses (22 hours each) are held each year

Y así ha sido el interés de comunicarles a todo el cuerpo médico de nuestro país lo realizado por una Sociedad Científica que ha trabajado para la mejor asistencia de nuestros pacientes :

* Coordinadora en primera instancia y luego presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual, período 2001-2009

Elecciones universitarias

Universidad ahora

Pasaron las elecciones, finalizó el escrutinio: tiempo de hacer. Aún faltan datos con mayor detalle, la adjudicación de los cargos y la proclamación de las nuevas autoridades.

Pero los datos ya oficiales permiten destacar que el Lema Sindicato Médico del Uruguay obtuvo la mayoría en el orden egresados de medicina.

El hecho, además de reconocer, obliga, convoca, exige.

En el tiempo que comienza, lo más importante es lo que hay por hacer.

El momento ofrece la particularidad de una gran atención puesta en la Universidad por parte tanto del gobierno como de la sociedad.

En gran medida, esa atención radica en la necesidad/opportunidad de cambios que permitan adecuar nuestra Facultad / nuestra Universidad, a la realidad siglo XXI; a la gente, al país y al mundo del siglo XXI.

Simplemente una recorrida de temas que han estado presentes en lo preelectoral, y que están presentes en el tiempo universitario de hoy, da la idea de lo que vendrá de inmediato:

- elecciones de Decano y Rector
- nueva Ley Orgánica
- reformulación del relacionamiento ASSE-Facultad de Medicina en el contexto del SNIS y del cambio de modelo de atención.
- recuperación y renovación del Hospital de Clínicas
- implementación, evaluación y mejora continua del nuevo Plan de Estudios
- descentralización
- implementación y desarrollo del programa de Unidades Docente Asistenciales (UDA) que concibe un cambio de modelo en el trabajo médico.
- integración regional, acreditación MERCOSUR
- mejora en las condiciones de trabajo de en los ámbitos universitarios, incluyendo las remuneraciones.
- jerarquización de la investigación en salud en el contexto país, de cara a sus necesidades, a la integración regional, al mundo global.
- adecuación de los programas de desarrollo profesional a las necesidades y posibilidad es de los egresados y contribuir a la reinserción académica de quienes se han alejado de la formación
- avance a la horizontalización y flexibilización curricular, tendientes a la integración formativa de las diferentes carreras del área salud, particularmente las de Facultad de Medicina.



- contribución de la Facultad al cambio necesario en el ejercicio de la profesión médica, al modelo de trabajo médico, a la práctica del trabajo en equipo.

EL DESAFÍO ENTUSIASMA

Se requiere participación y trabajo para lograr los objetivos, y se requiere participación activa y contacto con la realidad académica y laboral para producir ideas y propuestas acordes a las necesidades actuales.

La propuesta del Lema Sindicato Médico del Uruguay para esta nueva etapa es la invitación a la participación. La apertura de un “espacio universitario” para la reflexión y creación, que nutra a los delegados en el Cogobierno.

Decíamos antes de las elecciones: los egresados somos la Facultad en la sociedad y la sociedad en la Facultad.

Esa condición permite y obliga a la vez al trabajo constante hacia el perfilamiento de una Facultad/Universidad cada vez más entrelazada con la gente.

El SMU está en condiciones más que favorables para aportar en este sentido, con una delegación al cogobierno nutrida de la diversidad de generaciones, de género, de ámbitos de trabajo, de disciplinas y de especialidades (aunque falta mayor integración con las carreras no médicas de la Facultad, hay que señalarlo y es un objetivo a lograr).

El análisis detallado de los datos numéricos requiere más información y más tiempo. Seguramente estará en la próxima edición de Noticias. Pero un hecho destacado que no debemos dejar de observar, que seguramente es un indicador de la necesidad de cambios, tanto en la Universidad, como en el Sindicato, como en nuestra forma asumir la profesión, es el elevado porcentaje del voto en blanco.

Recuento de votos

CONSEJO FACULTAD		
LEMA	LISTA	Total de Votos
SMU	569	3272
FEMI	542	2173
UGM	509	2975
	Todas las listas	8420
	En blanco	5726
	Anulados	392
	TOTAL	14538

CLAUSTRO FACULTAD		
LEMA	LISTA	Total de Votos
SMU	568	3221
FEMI	541	2165
UGM	508	2994
	Todas las listas	8380
	En blanco	5785
	Anulados	372
	TOTAL	14537

ASAMBLEA GRAL. CLAUSTRO		
LEMA	LISTA	Total de Votos
SMU	567	3195
FEMI	540	2175
UGM	507	2964
	Todas las listas	8334
	En blanco	5824
	Anulados	379
	TOTAL	14537

Fuente: Corte electoral. Escruinio definitivo informado martes 20 de abril de 2010.

Si bien la mayoría de la gente votó por alguna de las listas propuestas (más de 8.000 egresados votaron alguna de las opciones propuestas), fueron más de 5.000 los egresados que votaron en blanco.

Expresaron no sentirse identificados con las opciones presentadas, o expresaron desinterés por la vida universitaria, o expresaron disconformidad global con las instituciones. No lo podemos saber.

Pero no lo podemos ignorar.

Un hecho a tener en cuenta es que el padrón de Medicina está constituido por egresados de la carrera de doctor en medicina y de las licenciaturas de las Escuelas de Tecnología, Nutrición y Parteras. La falta de integración entre las diferentes carreras y los diversos profesionales de la misma Facultad, trasciende lo electoral. Es un asunto a atender, no para mejorar la votación sino para mejorar la realidad.

Se instala, entonces, una nueva tarea fundamental, la de acercar al egresado a su casa universitaria, activamente. Y pensar que es tiempo ya de encontrar formas y mecanismos que dinamicen y actualicen el cogobierno.

ACLARACIÓN

Resulta necesario informar y aclarar que la presencia de la Dra. Marie Borde en la lista al Claustro de la Facultad de Medicina del Lema SMU (en el lugar N° 26) fue resultado de una secuencia de errores que finalizó con su inclusión sin que ello fuera exacta expresión de su voluntad.

Esta información que lleva implícita una disculpa pública es de orden y honestidad ineludible para el colectivo médico.

La condición universitaria de la Dra. Marie Borde queda de manifiesto en su voluntad de no obstaculizar el acto electoral del día 24 de marzo de 2010, de gran importancia para el cogobierno universitario.



El 27 de junio son las elecciones para integrar el Primer Colegio Médico

Colegiación médica

Dr. Raúl Lombardi, miembro responsable de la Comisión de Colegiación

El 18 de setiembre de 2009 fue aprobada por el Parlamento Nacional la Ley 18.591 de Colegiación Médica y el 25 de febrero de 2010 fue reglamentada mediante decreto del Poder Ejecutivo, dándole así plena vigencia a la Ley.

El ingreso a nuestro ordenamiento jurídico de la Colegiación Médica significa uno de los hechos más relevantes de los últimos años, en lo que hace a la mejora del sistema de salud en general y al ejercicio de la medicina en particular. Representa una condición necesaria, aunque no suficiente, para el éxito del nuevo sistema Nacional Integrado de Salud ya que ningún sistema de salud, por más perfecto que sea en el papel, podrá cumplir sus objetivos sin una normativa de conducta médica basada en valores y sin un mecanismo que asegure su cumplimiento. La Colegiación Médica es un asunto de Interés Público, por cuanto incide en la calidad de la atención profesional de la salud de la población [Artículo 10 de la Constitución de la República].

Un rápido análisis de la situación actual en nuestro país, nos muestra que la relación entre los médicos y la sociedad ha perdido la armonía y el respeto que la caracterizaba históricamente. Muchas son las razones, de un lado y de otro, que explican la creciente y progresiva desvalorización del rol social del médico. Entre ellas se destacan la despersonalización de la relación médico-paciente por las condiciones del trabajo médico, la creciente mercantilización de la medicina, carencias en la formación de los nuevos profesionales, la “judialización” de la profesión, la exposición mediática de presuntos actos de mala praxis, sin otro objetivo que la conmoción pública y el aumento del “raiting” de los medios, entre otras. Seguramente, el perverso círculo formado por la mercantilización de la medicina y la mercantilización del periodismo, representan la raíz principal del deterioro actual del vínculo entre el médico y la sociedad.

De ahora en más, la sociedad y los médicos en su conjunto, contarán con el ámbito idóneo y con los mecanismos adecuados para laudarse con las mayores garantías para las partes, eventuales situaciones conflictivas en el plano de la ética médica.

De acuerdo al Decreto Reglamentario de la Ley, las elecciones de las autoridades del Colegio Médico se harán mediante voto secreto y obligatorio de todos los miembros del Colegio, que son todos los médicos habilitados para ejercer la profesión. Las elecciones están previstas para el último domingo de junio de cada año electoral y las nuevas autoridades se instalarán dentro de la primera quincena del mes de julio. En razón de los plazos previstos, las primeras

elecciones que dejarán constituido al novel Colegio tendrán lugar en el próximo mes de junio de 2010, lo que significa que todos debemos tener la mayor y mejor información posible, a fin de asegurar un voto responsable.

¿Qué es el Colegio Médico?

El Colegio Médico es la entidad que establece el marco regulatorio de la actividad profesional desde el punto de vista ético. El área de competencia del Colegio Médico, que es el área del “bien hacer”, de la buena práctica, del cumplimiento de los 4 principios básicos de la bioética: la beneficencia (el deber de promover el bien y actuar como mejor le convenga al paciente y a la salud de la sociedad), la no maleficencia (el deber de no hacer daño a los pacientes), el respeto por la autonomía del paciente (el deber de proteger y promover su libre decisión) y el principio de justicia (el deber de disminuir la desigualdad, con una perspectiva de justicia distributiva).

Su área de acción se diferencia claramente de las áreas de la Justicia y de la Administración. La conducta médica que se aparta de la ley, es juzgada y eventualmente sancionada por el Poder Judicial. La conducta médica que se aparta de Normas y Reglamentos, es juzgada y eventualmente sancionada por la autoridad sanitaria, el MSP. El Colegio Médico se ocupará de todo lo referente a la deontología (nuestros deberes) y la diceología (nuestros derechos), con alcance universal y potestad disciplinaria, ya que los tribunales de ética existentes (Consejo Arbitral del SMU y Tribunal de Ética de FEMI) tienen competencia exclusivamente sobre sus asociados, y su capacidad disciplinaria se limita al carácter moral de sus sanciones y eventualmente a la pérdida de la condición de agremiado.

Desde el punto de vista formal el Colegio Médico es una persona pública no estatal, es decir, es una institución no perteneciente al Estado, creada por ley, que persigue fines de interés público, regida por el derecho público, de afiliación obligatoria, patrimonio propio y bajo control del Estado.

La Ley 18.591 le asigna “el cometido de garantizar al médico y a la comunidad, el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido” (artículo 1º). Dicho de otra manera, el Colegio actúa como garante al médico, de un ejercicio digno e independiente de su profesión y a la Sociedad, de una buena práctica médica.

¿Cuáles son los objetivos del Colegio Médico?

En el artículo 4º de la Ley de Colegiación Médica, se establecen sus cometidos: velar por la dignidad e

independencia del médico en el ejercicio de su profesión, vigilar que ésta se cumpla dentro de lo que marca el Código de Ética, propender a una asistencia de la mayor calidad, proteger los derechos de los usuarios, evitar el riesgo de incurrir en prácticas corporativas, establecer como una obligación ética la actualización del conocimiento, y actuar como tribunal disciplinario cuando le sea requerido.

Estos cometidos descansan sobre dos condiciones absolutamente necesarias, sin las cuales el Colegio no tendría razón de ser y que están previstas en la Ley: la obligatoriedad de la inscripción en el Colegio de todos los médicos y la capacidad disciplinaria en materia de ética y conducta médica. Mediante la primera condición, se garantiza el cumplimiento de los cometidos del Colegio sobre la totalidad de los médicos que ejercen la profesión en todo el territorio nacional. Ningún médico queda entonces por fuera de la regulación y por tanto, impune frente a eventuales faltas éticas. En segundo lugar, la capacidad disciplinaria ejercida con todas las garantías del debido proceso, le da la fuerza necesaria para cumplir eficazmente con sus cometidos. Cabe destacar, que las medidas disciplinarias previstas, además del carácter sancionatorio, que incluso puede llegar a la suspensión de la habilitación del ejercicio profesional, tienen también un carácter educativo, fundado en un concepto de recuperación y rehabilitación del profesional sancionado. Este es un punto de gran relevancia, ya que garantiza a la comunidad y al propio profesional, que en el caso que un médico haya sido suspendido, su conocimiento se encuentre adecuadamente actualizado al momento de su reintegro a la actividad. Esta disposición también contempla aquellos casos en los que la falta ética deriva más de carencias formativas, que de intencionalidad manifiesta.

Desde el punto de vista formal, el Colegio se estructurará en dos niveles de jurisdicción: nacional y regional. A través de esta concepción descentralizadora, se jerarquiza el rol de los profesionales colegiados, en independencia de su lugar de residencia. El artículo 5° prevé la existencia de un Consejo Nacional con competencia en todo el territorio del país, y 5 Consejos Regionales, con competencia en sus respectivos territorios: Regional Montevideo, Regional Sur (Canelones, San José, Florida, Flores y Durazno), Regional Este (Maldonado, Lavalleja, Rocha, Treinta y Tres y Cerro Largo), Regional Oeste (Colonia, Soriano y Río Negro) y Regional Norte (Artigas, Salto Paysandú, Rivera y Tacuarembó). Al Consejo Nacional le compete las funciones de mayor jerarquía en el plano de la conducta médica: dictado de normas, designación del Tribunal de Ética, ejecución y cumplimiento de las resoluciones de dicho Tribunal, así como actuar como tribunal de alzada ante los Consejos Regionales, organizar y mantener la matriculación de los médicos como requisito imprescindible para el ejercicio profesional, entre otras funciones. Los Consejos Regionales compartirán con el Consejo Nacional la responsabilidad de asegurar el

cumplimiento del Código de Ética y de las resoluciones del Consejo Nacional. Pero además, tendrán responsabilidades específicas entre las que se destacan dos: su rol como tribunal de conciliación entre médicos o entre éstos y terceros, y su iniciativa en la constitución del Tribunal de Ética a través de la propuesta de nombres. Su rol como tribunal de conciliación incorpora un elemento de capital importancia en lo que hace a la prevención de conflictos. Está fuera de dudas, que buena parte de los desencuentros entre los médicos y la población y entre los propios médicos, pueden ser resueltos mediante el arbitraje entre las partes.

La Ley establece un mecanismo absolutamente democrático de elección de autoridades, las que quedan por tanto plenamente legitimadas. Los Consejos Nacional y Regionales, se integrarán por un número de miembros suficiente para garantizar su representatividad (9 y 5 respectivamente). Se elegirán mediante voto secreto de todos los médicos colegiados y las elecciones estarán controladas por la Corte Electoral.

El Código de Ética se elaborará mediante un procedimiento ampliamente participativo, y su aprobación se hará mediante plebiscito. De esta forma, todos tendremos la oportunidad de participar en la elaboración de las normas de conducta a través de las cuales seremos eventualmente juzgados. El Tribunal de Ética se constituirá con profesionales con más de 15 años de actividad y reconocida idoneidad moral y ética, el que funcionará con independencia del Consejo Nacional. A su vez, los médicos colegiados contarán con todas las garantías del debido proceso, en caso que del juzgamiento de su conducta surjan eventuales sanciones. Todo un capítulo (el número V) está dedicado a los recursos ante los fallos del Tribunal de Ética.

¿Cómo se eligen las autoridades del Colegio Médico?

El Decreto Reglamentario establece que las elecciones del Consejo Nacional y de los colegios Regionales se realizarán el último domingo de junio, y la instalación de los mismos será en la segunda semana de julio para el Consejo Nacional y dentro de la primera quincena de julio para los Consejos Regionales. Los miembros electos durarán tres años en su mandato y no podrán ser reelectos para el período siguiente.

Los miembros del Consejo Nacional serán elegidos por todos los médicos colegiados, por el régimen de representación proporcional, aplicándose el sistema de listas y el voto secreto y obligatorio.

Para el primer acto electoral, se constituyó una Comisión Electoral (MSP, SMU, FEMI, SAQ, Academia), que deberá elaborar el Reglamento del acto electoral, el padrón electoral a partir de los Registros del MSP y de la Caja de Jubilaciones Profesionales Universitarios y resolver todos los aspectos operativos para la realización de las elecciones con las debidas garantías. Las elecciones serán controladas por la Corte Electoral

Por primera vez Uruguay será sede de la reunión anual más importante de las organizaciones médicas del mundo

62ª Asamblea Médica Mundial: Montevideo 2011

Del 12 al 15 de octubre de 2011 se desarrollará en el Radisson Victoria Plaza, co-organizada por el Sindicato Médico del Uruguay y la Asociación Médica Mundial, la principal reunión de los líderes médicos del mundo. El SMU será por primera vez anfitrión de Asamblea Médica Mundial, en la que participarán los representantes de las organizaciones profesionales más representativas de 94 países. En la historia de la AMM, sólo se habían realizado en Uruguay dos reuniones del Consejo (1969 y 1998). Tres países de América del Sur fueron sede de la Asamblea previamente (Brasil, Chile y Venezuela).

CONSTITUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

La construcción de la Asociación Médica Mundial (AMM) -desde hace décadas reconocida como la organización que representa la opinión de los médicos del mundo en asuntos internacionales- ha sido un proceso de muchísimo trabajo y acalorados debates en cuatro idiomas, de un numeroso grupo de médicos en representación de organizaciones profesionales del mundo entero. Surge como una idea lanzada en la sede de la Asociación Médica Británica (BMA, por sus siglas en inglés) en 1945, que se hizo realidad en París en 1947.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los médicos de las naciones aliadas se reunían en la sede de la BMA para discutir sobre los problemas de la práctica médica y el tiempo de paz, así como también para comparar las condiciones del servicio médico y de la educación médica en sus respectivos países. En julio de 1945, en una de esas reuniones informales, surge la idea de constituir una organización médica internacional que reemplazara a la "Association Professionnelle Internationale des Médecins" (APIM)¹. Es así que un año después, se realiza una conferencia en Londres con la participación de 31 países, en la que se nombra un comité organizador al que se pidió la redacción de una constitución y la planificación de la Primera Asamblea General. Esta conferencia decidió que el nombre de la nueva organización sería "Asociación Médica Mundial" y que tendría un marco de actividades más amplio y más miembros que la APIM. Los directivos de esta última organización que asistieron a la conferencia, acordaron poner fin a la APIM en favor de la AMM y transfirieron sus fondos a la AMM.

La Constitución, una vez adoptada, proporcionó afiliación a las asociaciones médicas nacionales más representativas de la profesión médica en sus países o territorios, pero sólo una asociación por país. La Asamblea General quedó encargada del control general de las políticas y los asuntos de la asociación y de reunirse anualmente en un país distinto. El organismo ejecutivo, el Consejo, recibió instrucciones de administrar los asuntos de la Asociación y de informar una vez al año a la Asamblea. Se determinó que los idiomas oficiales de la AMM serían inglés, francés y español, además de publicar un boletín o revista como órgano oficial de la AMM.

En 1948, el Consejo estableció el Secretariado de la AMM en la ciudad de Nueva York a fin de tener una relación estrecha con la ONU y sus distintos organismos. El Secretariado estuvo en Nueva York hasta 1974, año en que por razones económicas y para estar más cerca de las organizaciones internacionales de Ginebra (OMS, OIT, ICN, ISSA, etc.) fue transferido a su ubicación actual en Ferney-Voltaire, Francia.

En 1962, la reunión anual de delegados fue cambiada a "Asamblea Médica Mundial" después de una revisión de la Constitución y Reglamentos durante la XV Asamblea General.

LA AMM ES REFERENCIA INELUDIBLE EN ÉTICA MÉDICA

Después de la Segunda Guerra Mundial e inmediatamente después de su creación, la AMM mostró su preocupación por el estado de la ética médica. La AMM tomó la responsabilidad de establecer normas éticas para los médicos del mundo.

El primer Comité de Estudio para la creación de una norma ética, fue el que culminó con la "Declaración de Ginebra", adoptada por la II Asamblea General en Ginebra 1948. Se invitó a las asociaciones miembros a recomendar el uso de esta promesa en las escuelas y facultades de medicina en sus países.

Un informe sobre los "Crímenes de Guerra y la Medicina" recibido en la II Asamblea General llevó al Consejo a nombrar otro Comité de Estudio para preparar un Código Internacional de Ética Médica. Se presentó un proyecto a la

III Asamblea General que adoptó con enmiendas menores el Código Internacional de Ética Médica.

Con la adopción de estos dos documentos, la AMM estaba en vías de abordar otros problemas éticos que enfrenta la profesión médica. De 1949 a 1952, las violaciones de la ética médica y los crímenes cometidos por médicos en tiempos de guerra fueron denunciados a la AMM. La necesidad de implementar dispositivos de protección en la experimentación humana se le hizo presente a la AMM. Al mismo tiempo, la AMM supo de diversas actividades que organizaciones incompetentes estaban promoviendo en el campo de la ética médica y el derecho médico. Esta información llevó al Consejo a establecer un comité permanente de Ética Médica (1952).

Desde su creación en 1952, el Comité de Ética Médica ha cumplido una función importante al recibir, considerar, discutir, aceptar o rechazar cientos de asuntos éticos presentados a su atención. Algunos han sido adoptados como Declaraciones de la AMM y la mayoría se han mantenido en línea con los rápidos avances de la ciencia médica. Algunos están en estudio y sin duda otros seguirán este camino cuando lo exijan las nuevas circunstancias.

Estos documentos se han distribuido a todo el mundo y han sido aplicados. Gracias a los sólidos logros en la ética médica, la AMM se ha ganado el derecho de llamarse la voz internacional de la medicina organizada.

Como organización que promueve los niveles más altos de ética médica, la AMM proporciona orientación ética a los médicos a través de sus Declaraciones. También sirve de guía para las asociaciones médicas nacionales, gobiernos y organizaciones internacionales del mundo. Las Declaraciones cubren una amplia gama de temas, incluidos el código internacional de ética médica, derechos de los pacientes, investigación en seres humanos, atención de enfermos y heridos en tiempo de conflicto armado, tortura de presos, uso y abuso de drogas, planificación familiar y contaminación.

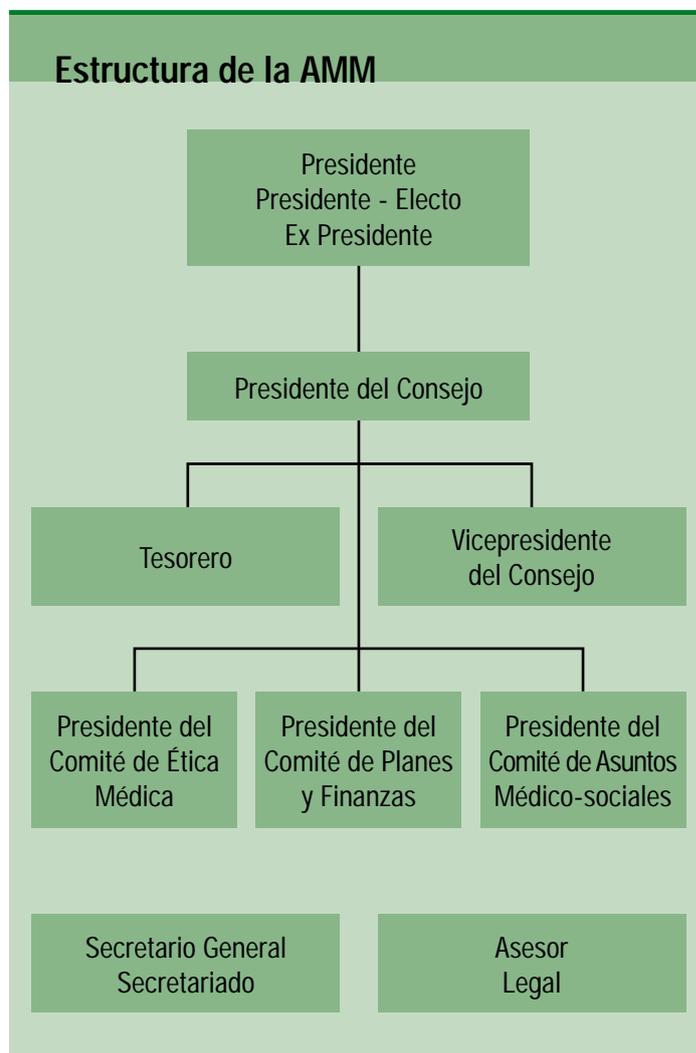
ORGANIZACIÓN DE LA AMM

El órgano principal que toma decisiones en la AMM es la Asamblea General, que se reúne una vez al año. La Asamblea comprende delegaciones de las asociaciones nacionales miembros, directivos y miembros del Consejo de la AMM, y representantes de los miembros asociados (médicos que pueden ingresar a la AMM en forma individual).

La Asamblea elige el Consejo de la AMM cada dos años con representantes de las 6 regiones constituyentes: África, Asia, Europa, América Latina, América del Norte y Pacífico.

El Presidente del Consejo, elegido por el Consejo de la AMM cada dos años, es la cabeza política de la organización. El Jefe en las Ceremonias de la AMM es el Presidente, elegido anualmente por la Asamblea. El dirigente ejecutivo de la AMM es el Secretario General, contratado a tiempo completo por el Consejo.

El SMU ha sido el representante de América Latina en el Consejo de la AMM, en tres de los últimos cuatro ejercicios: 2003-2004 (alternaron Barrett Díaz, Marcos Carámbula y Alarico Rodríguez), 2007-2008 (Alarico Rodríguez) y 2009-2010 (alternaron Antonio Turnes y Alarico Rodríguez).



FUNCIONES DE LA AMM

- Representación de la profesión médica.
- Derechos humanos relacionados con la salud: promoción y defensa de los derechos básicos de pacientes y médicos.

- Educación médica: ayuda a los médicos a mejorar continuamente sus conocimientos y experiencia.
- Planificación de los recursos humanos para los servicios de salud.
- Seguridad del paciente.
- Política de salud pública y proyectos como el control del tabaco y la inmunización.
- Introducción de procedimientos democráticos en las profesiones médicas de las nuevas democracias.
- Liderazgo y desarrollo de carrera.
- Salud y seguridad en el trabajo

ASOCIADOS Y ALIANZAS DE LA AMM

La AMM tiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Está asociada y tiene alianzas con otras asociaciones profesionales de salud, organismos gubernamentales y no gubernamentales; las asociaciones médicas regionales, como la CONFEMEL, apoyan la labor de la AMM para prestar la mejor atención posible a los pacientes del mundo.

Los últimos tramos del largo recorrido del SMU en la escena internacional

En año 2004, ocupando el SMU la Presidencia y Tesorería de CONFEMEL (Hugo Rodríguez y Silvia Durán) y la representación de Latinoamérica en el Consejo de la AMM (Marcos Carámbula y Alarico Rodríguez), se toman algunas medidas tendientes a fortalecer la influencia de los médicos uruguayos en el concierto internacional y alcanzar mejoras para el funcionamiento de las organizaciones internacionales que integrábamos y dirigíamos.

Es así que se elaboran y proponen importantes reformas en los estatutos y sistema de aportes financieros de la CONFEMEL, que fueron aprobados; se gestiona la reincorporación de Brasil y Chile a ésta organización; se obtiene el status de Organización con Relaciones Oficiales con OPS y de Asociación Médica Regional con Relaciones Oficiales con la AMM. Asimismo, los representantes en la AMM inician una línea de trabajo conjunta con la Comisión de Bioética, se elaboran proyectos de declaraciones que se proponen en la AMM, se integran médicos uruguayos al cuerpo de asesores de los tres comités permanentes (Ética, Asuntos Médicos Sociales y Planes y Finanzas), se logra la participación de Presidente y Secretario General de la AMM en

la Asamblea Anual de CONFEMEL y se inicia la coordinación de acciones y cooperación con el Conselho Federal de Medicina y la Asociación Médica Brasileira.

Al año siguiente se unifican las tres comisiones asesoras vinculadas con la temática que existían en el SMU (Relaciones Internacionales, Mercosur y CONFEMEL), en la comisión de Asuntos Internacionales. En esta comisión se diseña una estrategia para el relacionamiento internacional y un plan de acción con metas a corto, mediano y largo plazo. Las metas a mediano plazo, fueron: 1) la creación de un Foro Ibero Americano de Entidades Médicas, 2) obtener la sede para una Asamblea Médica Mundial y 3) colocar un médico latinoamericano en la presidencia de la AMM. La primera se alcanzó en setiembre de 2007 cuando se constituyó el FIEM, la segunda en octubre de 2008 cuando reunida en Seúl la AMM designó a Montevideo como sede de la Asamblea Médica Mundial 2011, en donde se espera la elección como Presidente de la AMM de Jose Luiz Gomes, actual presidente de la Asociación médica Brasileira.

En el próximo número de la revista Noticias se detallarán las gestiones realizadas para la obtención de la sede para la Asamblea, las comisiones creadas y las actividades previstas para los próximos 20 meses.

Línea de Ayuda

Línea de Ayuda de **Help Line** ¡ ESTE BOTON PUEDE SALVAR SU VIDA !




- ✓ Personas solas.
- ✓ Adultos mayores.
- ✓ Cardíacos.
- ✓ Hipertensos.
- ✓ Diabéticos.
- ✓ Post-operados.
- ✓ Asmáticos.
- ✓ Entre otros ...

Presionando el Botón, podrá **hablar** y pedir ayuda a nuestros operadores desde cualquier lugar de su hogar. No tiene que discar, recordar el número ni alcanzar un teléfono.

Ideal para adultos mayores y personas solas que desean vivir con seguridad en la calidez de su hogar, sin depender de nadie.

Invalorable en situaciones de caídas y malestar físico. Porque los accidentes domésticos suceden, Línea de Ayuda está siempre junto a usted, al alcance de un Botón.

**SEGURIDAD PARA EL ADULTO MAYOR.
TRANQUILIDAD PARA TODA LA FAMILIA.**



Gral. Rivera 2970 Tel.: 707 4677 // 707 4671
www.lineaayuda.com Montevideo - Uruguay

GONZALO AIELLO (EL FLACO)**Dra. Ethel Meerovich**

*Yo quiero ser llorando el hortelano
de la tierra que ocupas y estercolas,
compañero del alma
Tan temprano un manotazo duro
un golpe helado
un hachazo invisible y homicida
un empujón brutal te ha derribado
No hay extensión más grande que mi herida
lloro mi desventura y sus conjuntos
y siento más tu muerte que mi vida*

Miguel Hernández

Lo primero que me gustó fue su risa.

Siempre, a pesar de lo dramático de algunas situaciones, se reía y nos contagiaba.

Compartimos todo lo que pueden compartir aquellos que por instinto o por amor nos preparamos (como dice Eladio Dieste) “para hablar con las estrellas”.

Lo fui conociendo poco a poco, instancias en que contaba su infancia o compartía el dolor persistente por la muerte precoz de sus padres. La reiterada alegría por la llegada de sus tres hijos. Sus matrimonios sucesivos y el cariño por sus dos compañeras.

Inteligencia aguda que mezclaba con picardías al tono. Nadie lo olvidará parado y altivo contra el pizarrón del anfiteatro del piso 8 del Hospital de Clínicas (en una prueba de concurso de Asistente de Clínica Médica): ante un paciente con síndrome mielo displásico, mirando de frente al tribunal, el Flaco -en su mezcla habitual de inteligencia y picardía- se le ocurrió decir que se trataba de “un reto a la imaginación de la hematología”.

Ponía el alma en la docencia y como pocos disfrutaba “la frescura de los gurises”.

Formado en colegios privados de Montevideo, ingresó luego a la Facultad de Medicina y desde siempre integró la militancia gremial a su formación profesional, lo cual continuó luego como egresado y docente, habiendo sido un referente reconocido en la Asociación de Docentes Universitarios.

Siempre coherente, jugado a su concepción de la igualdad social, el compromiso con la sociedad, la real valoración de nuestra gente. El rechazo a la admiración vacua del poder y el pseudo-desarrollo que intentan vender los países ricos y sus industrias.

En la época más dura, época de dictadura, tuvo la dicha de integrar el grupo Mígues con el Dr. Juan Carlos Macedo que fue uno de sus grandes maestros. En esos años consolidó algunas áreas de su pensamiento en el contacto estrecho y afectuoso con los pacientes que genera la medicina en la comunidad.

A la salida de la dictadura compartimos nuestros mejores jóvenes años de formación académica y docente en la Clínica Médica del piso 8 dirigida por el Profesor Jorge Torres. Allí, en grupo, nos parecía que todo iba a ser posible, aún los cambios más fecundos de nuestra sociedad y nuestra querida Facultad.

Nuestros últimos años compartidos en la Cátedra de Neumología nos puso en la disyuntiva de compartirlo a él, ya que debió dedicar parte de su actividad a crear un nuevo Servicio de Clínica Médica en el Hospital Saint Bois como parte de los cambios que se plantearon en la atención de la salud durante estos últimos años.

Universitario cabal, inquieto, cuestionador, contestatario y promovedor de cambios se había planteado la posibilidad de dirigir una de las Clínicas Médicas de la Facultad.

Lo perdimos demasiado pronto, su familia, nosotros sus compañeros y amigos, la Facultad y todas las generaciones de estudiantes que hubiesen aprendido no solo medicina sino del Flaco ser humano siempre jugado sin temores por sus ideales.

La muerte le llegó muy temprano y peleó con ella hasta el final sin quejarse nunca.

Ya nada va a ser igual sin su presencia. Nuestros enfoques de problemas médicos o del resto de los que plantea la vida serán diferentes, acaso más pobres, faltos de su visión abarcadora. También faltará el calor de su corazón y su abrazo compañero.

Sin embargo este amigo-hermano no se irá del todo. Queda y perdurará su legado de convicciones intensamente defendidas, su compromiso indoblegable con la sociedad y la Universidad de la República, sus aportes académicos, su pasión por la docencia y sus alumnos, su amor por su familia y sus amigos. Su picardía. Su risa.

CARLOS AMÉRICO GÓMEZ FOSSATI
15 de marzo de 1939- 16 de marzo de 2010
Dr. Francisco Crestanello

El 16 de marzo de 2010, a los 71 años de edad, falleció el Dr. Carlos Américo Gómez Fossati.

...

Nació el 15 de marzo de 1939 en Montevideo. Fue el segundo de los cuatro hijos de Carlos Gómez Eirin y Alicia Fossati Benenati.

Cursó los tres primeros años de sus estudios primarios en la Escuela República Argentina, y el resto de los mismos, los secundarios y los preparatorios en el Colegio Sagrado Corazón (Seminario).

Sus dos abuelos eran médicos. El paterno, fue un médico-cirujano español enviado al Río de la Plata donde se estableció y formó su familia. El materno Américo Francisco Fossati Roselli, fue uno de los primeros cirujanos formados íntegramente en nuestro país; le dio su segundo nombre y, según el propio Carlos Gómez señaló “abrió un camino que luego seguirían hijos, nietos y bisnietos”.

Carlos Américo ingresó a Facultad de Medicina en el año 1957, se destacó entre los mejores estudiantes de su generación, y completó el currículo de su formación inicial siendo Practicante Externo, Practicante Interno y Ayudante de Clase de la Cátedra de Anatomía, cargos que ganó por concurso y ocupó en titularidad.

Se graduó de médico en 1967 y obtuvo la medalla de oro y la beca anual de ese año.

En 1969 formó su familia con Laura Pivel, teniendo tres hijos y ocho nietos.

Su prolongada trayectoria quirúrgica es conocida por todos. Es tan unánimemente reconocida y respetada por su brillo y fecundidad, que su nombre es uno de los paradigmas de cirujano uruguayo contemporáneo. Por eso basta con recordar sólo sus componentes más destacados.

En la Facultad de Medicina ocupó en titularidad por concurso de oposición o de méritos todos los grados del escalafón de la carrera docente de Clínica Quirúrgica:

- Asistente en la Clínica del Profesor Abel Chifflet.
- Profesor Adjunto en la Clínica del Profesor Jorge Pradines.

- Profesor Agregado en la Clínica Quirúrgica “B” del Profesor Uruguay Larre Borges, a quien sucedió en el cargo.
- Profesor Director de la Clínica Quirúrgica “B” hasta el año 2004 en que cesó por límite de edad.

También ocupó en titularidad los cargos de Profesor Adjunto y Profesor Agregado del Departamento Básico de Cirugía y, luego de la intervención, fue delegado docente en el Consejo de la Facultad.

En el año 1978 obtuvo una beca de perfeccionamiento del gobierno de Francia y realizó una estadía de un año en el Servicio de Cirugía Hepato-biliar y Digestiva del Profesor Henri Bismuth en París.

Fue socio del Sindicato Médico del Uruguay, y miembro titular de dos prestigiosas instituciones: la Sociedad de Cirugía del Uruguay de la que fue Presidente y Presidente de su Congreso Uruguayo de Cirugía de 1995, y la Academia Nacional de Medicina en la que desde 2005 ocupaba uno de los siales correspondientes a Cirugía.

Ejerció la especialidad en importantes instituciones de asistencia médica colectiva de Montevideo: CASMU, Casa de Galicia, Asociación Española, Sanatorio Americano y Seguro Americano.

Se destacó por su sagacidad diagnóstica, por el equilibrio en sus indicaciones, y por la perfección de la realización operatoria. Sus características personales, el trato deferente que dispensaba a pacientes y familiares y sus excelentes resultados terapéuticos inspiraban mucha confianza y cimentaron su merecido prestigio. Éste se reflejaba en el enorme volumen de operaciones que realizaba en un horario diario muy extendido y con una sorprendente resistencia a la fatiga; luego de extensas jornadas de actividad quirúrgica intensiva, era capaz de pasar noches enteras prácticamente sin dormir, realizando con la misma precisión e interés que durante el día, operaciones complejas surgidas fuera de programa.

Fue un experto y un referente en muchos campos de la cirugía, en especial la visceral abdominal y pelviana, la vascular periférica, y la endócrina.

Tenía especial predilección por la cirugía del transplante de órganos sólidos, área en la que debe señalarse especialmente que realizó tres importantes contribuciones en el medio. La primera es que integró el equipo quirúrgico que realizó los primeros trece transplantes renales en Uruguay. Las otras dos fueron consecuencia de su profunda convicción de que por su poder formativo de recursos humanos

y dinamizador de toda la institución, los trasplantes debían hacerse en el Hospital Universitario. Entonces en una época en que éstos se realizaban fuera del mismo, venciendo con su determinación y un enorme esfuerzo personal la fuerte inercia nocturna de la maquinaria quirúrgica del mismo, logró que volvieran a él. Y posteriormente, luego de su retiro de la Dirección de la Clínica Quirúrgica “B”, jugó un importante papel en la organización de la Unidad de Trasplantes del Hospital de Clínicas.

Al inicio de este año, cuando estaba en los comienzos su séptima década conservando intactas sus envidiables características y desarrollando todavía una intensa actividad profesional, notó los primeros síntomas de una enfermedad cuya gravedad conocía muy bien y reconoció de inmediato. Con su calma habitual enfrentó el proceso de su confirmación diagnóstica y los riesgos inherentes a su pesado tratamiento quirúrgico. Lamentablemente en forma inesperada sobrevinieron complicaciones postoperatorias graves e infrecuentes que luego de varias semanas en terapia intensiva terminaron con su vida, sumiendo en el dolor y el desconcierto a todos lo que le conocieron.

...

Carlos Gómez Fossati fue un hombre sencillo y reservado, que no buscaba el protagonismo. A primera vista hasta podía pensarse erróneamente que era un tanto tímido. Pero para sus familiares, amigos, pacientes, colegas, colaboradores, compañeros o simplemente allegados, nunca pasó desapercibido que poseía una asociación muy singular de envidiables características personales que se deben destacar, porque son más importantes aún que la descripción precedente de su vida y de sus méritos.

Poseía firmes convicciones, y opiniones independientes y desinteresadas; ambas estaban fundamentadas en sólidos argumentos. Las defendía con mucha lealtad y respeto hacia quienes discrepaban con él, con un hablar suave y pausado, que no necesitaba salirse de tono o emplear adjetivación o énfasis desmedidos.

Era coherente con ellas; hacía lo que entendía que estaba bien y no lo que convenía, aunque su posición fuera minoritaria.

Su vocación médica era auténtica y consistente, y su interés por la Cirugía muy profundo. En la época en que se graduó, el acceso al trabajo quirúrgico mutuo se facilitaba considerablemente a través de los cargos médicos. Pero él siempre creyó que la Cirugía exigía exclusividad y, consecuente con su convicción fue uno de los pocos integrantes de su generación que sólo tuvo un cargo médico: el del

Servicio de Urgencia del CASMU. Apostó a la calidad y el tiempo le dio la razón.

Poseía una arquitectura intelectual y emocional admirable.

Sabía observar y escuchar con auténtico interés. En cualquier situación era capaz de concentrar su atención abstra-yéndose completamente de todo lo que no se relacionara con el tema o problema que lo ocupaba. Entonces en muy poco tiempo y en forma pragmática, identificaba sus componentes, los analizaba con profundidad, los clasificaba según su importancia, extraía de su memoria el recuerdo de experiencias similares o de información relacionada, con mucho sentido común elegía cursos de acción eficientes y realizables, y finalmente relataba todo este complejo proceso en una forma simple y lineal como si todo fuera obvio y sencillo.

Probablemente como consecuencia de esta sorprendente capacidad, conservaba la calma aún frente a los problemas más difíciles o complejos. Esto inspiraba mucha confianza, lo transformó natural y rápidamente en un hombre de consulta, y despertaba en quienes lo escuchaban cierto fastidio con ellos mismos por no haberse percatado de aspectos tan claros y sensatos.

Sabía administrar sabiamente su tiempo para conciliar su incondicional interés por la Cirugía y el cumplimiento de las obligaciones inherentes a ella, con el que sentía por una amplia gama de áreas de la vida, la actualidad de la sociedad y por muchas áreas de ciencias no biológicas. En todas ellas su nivel de información era sorprendente; no era frecuente encontrar un tema del que no tuviera una base de datos precisa y actualizada. Era verdaderamente un hombre culto y actualizado. El advenimiento de Internet puso en sus manos el medio perfecto para alimentar su insaciable curiosidad. Y el de la Medicina Basada en la Evidencia, dio satisfacción a su exigente mecánica intelectual y legitimidad a la actitud crítica frente al conocimiento y la información que tuvo desde el inicio de su vida universitaria.

Pero lo más importante no fue el excepcional conjunto de condiciones personales que lo adornaron, sino que hizo de ellas un manejo profundamente eficaz y siempre dentro de parámetros éticos. Nunca las utilizó en beneficio propio; siempre mantuvo un perfil bajo interesándose en sus enfermos, en sus operaciones, en mantenerse actualizado, en contribuir al progreso de su especialidad, en dar oportunidades a los que a su lado comenzaban a formarse en la especialidad, en atender a su familia, a sus amigos y a su insaciable interés por el saber en general. No persiguió la fama ni tuvo interés por el dinero o por los bienes materiales.

...

Carlos Gómez Fossati fue uno de esos seres que aparecen muy de tanto en tanto en las comunidades, y que con sus valores, su pensamiento y su acción iluminan en forma particularmente destacada su tiempo y su entorno.

Durante los 43 años de su actuación profesional y docente, aplicó lo mejor de su conocimiento y de su técnica al tratamiento de una enorme población de pacientes, inspiró a quienes estuvieron a su lado, orientó y lideró grupos humanos, y contribuyó decisivamente a modelar la identidad colectiva de todas las instituciones en las que actuó. Con sus actitudes frente a la familia, los amigos y compañeros, los pacientes, la cirugía, el conocimiento, la cultura y la vida constituyó un modelo de comportamiento ético en cada uno de esos aspectos.

Por ello fue un verdadero maestro.

Y como tal su influencia se extenderá por largo tiempo más allá de su muerte.

Marzo de 2010

ooo

A un año del fallecimiento del Dr. Alberto Barcia Capurro
CUANDO SE IMPONE EL RECUERDO
Dr. Luis Argón

El 20 de mayo se cumple el primer aniversario de la desaparición física del Profesor Dr. Alberto Barcia Capurro, una de las figuras científicas más relevantes de nuestro país, que tuvo una actuación internacionalmente destacada durante varias décadas.

Nacido en Montevideo en 1922, graduado médico y especializado en radiodiagnóstico en nuestra Facultad de Medicina, dedicó su actividad médica con especial interés en la radiología cardíaca, trasladándose a Suecia, al Hospital Karolinska de Estocolmo, donde en ese entonces surgía, con la iniciativa mundialmente innovadora del Dr. Crafoord, la cirugía cardíaca. Luego de aprender el idioma sueco, Barcia se integró al equipo de radio-diagnóstico de cardiopatías congénitas de la Clínica Pediátrica del mencionado Hospital, en el que con trabajo, estudio, inteligencia y dedicación inigualables, supo ganarse un lugar destacado en el equipo de los pioneros mundiales de la radiología cardíaca, que bajo la dirección del Prof. Kjellberg, estaba integrado por los célebres médicos radiólogos suecos Drs. Mannheimer, Rudhe y Jonsson.

Por su talento y competencia, fue invitado a propalar sus conocimientos en conferencias científicas que dictó en múltiples países del mundo. Pocos años después, se le encomendó el diseño y la puesta en marcha de los primeros

seis laboratorios de radiología cardíaca de la Clínica Mayo, en Rochester (USA), donde estaba surgiendo la especialidad de la radiología cardíaca como base de un diagnóstico certero que hiciera posible la cirugía del corazón. Integrado al equipo directriz de la Clínica Mayo por más de una década, junto al Prof. Kirklin (cirujano) y al patólogo e investigador Dr. Richard Van Praagh, Barcia desarrolló importantes y originales aportes al conocimiento anatómo-radiológico del corazón, mejorando los fundamentos del diagnóstico angiocardiógráfico de las malformaciones cardíacas, tanto en lo que respecta a las cardiopatías congénitas o adquiridas, como en lo concerniente a las arterias coronarias. Uno de sus trabajos memorables fue el primer estudio angiocardiógráfico detallado de la transposición de las grandes arterias, publicado en la mundialmente reconocida revista científica *American Journal of Roentgenology* de 1967, en su volumen 100, pág. 249 y sig., estudio que realizó junto con los Drs. Kinkaid, Davis y Kirklin.

Cuando el Dr. Kirklin decidió abandonar la Clínica Mayo y trasladarse al Estado de Alabama para iniciar la cirugía cardíaca en la Universidad de la ciudad de Birmingham, le ofreció al Dr. Barcia continuar junto a él, para que lo acompañara en ese emprendimiento, por lo que Barcia se trasladó junto al Dr. Kirklin para instalar el laboratorio de angiocardiógrafa de la Universidad de Alabama en Birmingham (USA), encargándose del diagnóstico angiocardiógráfico y de la docencia del mismo en la nueva sección de cirugía cardíaca recientemente creada.

Posteriormente, el Dr. Barcia recibió la solicitud de uno de los equipos quirúrgicos más prestigiosos del mundo, que comandaban los cirujanos De Bakey y Cooley, para dirigir la instalación del laboratorio de angiocardiógrafa del mencionado equipo en el Texas Heart Institute de la ciudad de Houston, (USA). Luego, en mérito a su competencia y a su prestigio, Barcia fue seleccionado para instalar el laboratorio de angiocardiógrafa del Hospital Gregorio Marañón de la ciudad de Madrid, España. Posteriormente, en uno de sus viajes a Montevideo, organizó una visita de intercambio científico del cirujano Dr. Crafoord al Uruguay, quien realizó varias intervenciones quirúrgicas en nuestro Hospital de Clínicas, que resultaron de indudable beneficio tanto para los pacientes como para nuestros cirujanos, que asimilaron sus enseñanzas con avidez, competencia y celeridad. Más tarde, el Prof. Barcia regresó y se instaló en Montevideo, integrándose a la docencia en la Facultad de Medicina, donde mediante su intervención, por sus relaciones internacionales y por sus gestiones efectuadas ante las autoridades de nuestro gobierno, obtuvo importantes beneficios, donaciones y exenciones que permitieron con mínimo gasto a nuestra Facultad de Medicina instalar y poner en marcha el primer laboratorio

de angiocardiografía de nuestro país en el Dpto. de Cardiología del Hospital de Clínicas, que dirigía el Prof. Jorge Dighiero.

Por su rigurosa formación científica y por su labor docente, Barcia contribuyó decisivamente al desarrollo del diagnóstico angiocardiográfico, base indispensable para la evolución de la cirugía cardíaca, tanto en nuestro país como en los otros países donde actuó.

Por lo antedicho, el recuerdo del Prof. Alberto Barcia ocupa un lugar destacado e indeleble entre las personalidades científicas que supo crear nuestra Facultad de Medicina y que nuestro país debe preservar del olvido, exhibiéndolo con orgullo a la hora de pasar revista a las múltiples personalidades que enriquecen legítimamente nuestro patrimonio intelectual y científico. Hacemos votos para que así sea.

ooo

DR. MARIO GOLDARACENA CARVALLIDO

Zelmira Rodríguez de Goldaracena

Sea este el póstumo homenaje para quien, en su doble calidad de Pediatra y de Hombre, se dedicó con cariño abnegación y bondad a prodigar diagnóstico y consuelo a los enfermos pequeños que sufren.

Solo le interesó el bien de su prójimo rechazando todo elogio y honores. Dejó un recuerdo imperecedero, y así es como deseo que se le recuerde siempre.

Su esposa, hijos y nietos.

Montevideo 6 de abril del 2010



Dra. Maria F. Diaz
MEDICINA GENERAL
CLINICA MEDICA DEL POLICLINICO DEL SUR
MATRICULA N° 9838

Rp.
Hacer deporte.

Dr. Maria F. Diaz Mochado
MEDICINA GENERAL

CONSULTAS: LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES DE 18 A 19 HORAS. SOLICITAR HORA.
SAL. RODRIGUEZ 397. MONTE GRANDE. TEL. 256 1547

farmapunto 
UNITE AL PRIMER PROGRAMA DE BENEFICIOS
QUE CUIDA TU SALUD, TU BELLEZA Y TU ECONOMÍA

farmashop 
CALIDAD DE VIDA

CTI.  848 48 48
CENTRAL TELEFÓNICA INTELIGENTE
TODOS LOS DÍAS LAS 24 HORAS

Quando hacemos deporte,
fortalecemos nuestra fibra muscular,
mejoramos el ritmo cardíaco y nos oxigenamos.
También disminuimos el estrés, la ansiedad y activamos
procesos en todo el organismo que contribuyen
a mejorar nuestra salud física y mental.

**Los mejores remedios
están en las cosas más simples de la vida.**

TOUR DE AJEDREZ 2010

En beneficio de Clínica Quirúrgica "B" - Hospital de Clínicas

Lugar de juego: Sede S.M.U. - Bvar. Artigas 1515

1 OPEN: 20/5 - 23/5

2 OPEN: 15/7 - 18/7

3 OPEN: 23/9 - 26/9

4 OPEN: 11/11 - 14/11



Válidos Elo FIDE y Elo FUA



Inscripciones: 095 144 792

AF J. Riverol - nau64@adinet.com.uy



Se creó el Comité de Tromboprofilaxis

La Clínica Médica C a cargo del Prof. Dr. Juan Alonso y la Cátedra de Hematología a cargo del Prof. Dra. Lilián Díaz, ambas del Piso 8 del Hospital Manuel Quintela, crearon el Comité de Tromboprofilaxis del Hospital. Dicho Comité tiene como objetivos:

- Elaboración de las pautas para el Hospital de Clínicas sobre tromboprofilaxis
- Identificación de pacientes candidatos para la tromboprofilaxis
- Estratificación del riesgo tromboembólico
- Lograr un 100% de adherencia del cuerpo médico a las normas vigentes de tromboprofilaxis

Para este fin se contará con un documento (formulario que funciona como alerta escrito) que evalúe el riesgo de ETEV (Enfermedad Tromboembólica Venosa) en cada paciente que ingrese al hospital. Se asegurará que sea adecuadamente llenado por el personal a cargo del

paciente (internos, residentes), con el objetivo de lograr la identificación del 100% de pacientes candidatos a tromboprofilaxis.

Esto se enmarca en la constante dedicación en la ETEV de la Clínica Médica C desde su inicio. Por otra parte en la actualidad ha presentado una UDA (Unidad Docente Asistencial sobre esta temática estando pendiente su aprobación. A su vez la Cátedra de Hematología en el 2006 ha realizado un Curso de Actualización cuyo tema fue Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de eventos tromboembólicos donde participaron docentes tanto del Dpto. de Medicina como de Cirugía del hospital. Este año la Clínica Médica C presentará en el Curso del Dpto. Clínico de Medicina una puesta al día sobre la ETEV en el escenario del Internista con participación del cuerpo docente de la Clínica e invitados extranjeros.

Sería deseable que esta política sea tomada por las autoridades del Hospital como requerimiento de seguridad y buena práctica, como lo demuestran múltiples editoriales científicos de alto impacto (CHEST junio 2008, BMJ 2005,2007) y reportes de autoridades de salud como el Department of Health (UK) que promueven lograr un 100% de cumplimiento en la evaluación de riesgo en cada adulto admitido en los hospitales de Inglaterra.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2010
DE LA CÁTEDRA DE HEMATOLOGÍA

COORDINADORA GENERAL
Prof. Dra. Lilián Díaz

24, 25 y 26 de mayo
Trombofilia y Embarazo
Coordinan: Dr. J. Zunino, Dra. E. Riva

26, 27 y 28 de Julio
Mieloma Múltiple y Plasmocitoma Solitario
Coordinan: Dra. J. Zunino, Dra. F. Kescherman, Dra. A. Rocca

18, 19, 20 de octubre
Bases genéticas y moleculares en el diagnóstico y tratamiento Hemato-Oncológico
Coordinan: Dr. H. Isaurralde, Dra. I. Moro

Lugar: Anfiteatro de Piso 8
Inscripciones: Secretaría de Hematología



**100 Razones
para proteger
su corazón**



PRESENTACIONES:
Blister x 10 comprimidos
Caja x 30 comprimidos
Caja x 300 comprimidos

sanofi aventis
La salud es la prioridad

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR
Mayor información disponible a petición en sanofi-aventis Uruguay S.A.
Ellaun 938 - CP 11300 Montevideo - Tel. 7081515 - Fax: 7084565 - www.sanofi-aventis.com.uy

Fuentes: www.smu.org.uy y www.zonaeventos.com • contacto@zonaeventos.com

Eventos para mayo y junio



FECHA	EVENTO	LUGAR
07/05 a 08/05	V Congreso de Psicología Médica y Medicina Psicosocial “Más allá del genoma... Más acá de la cultura. La salud mental desde el paradigma de la complejidad”	Hotel Nh Columbia - Rbla. Gran Bretaña 473
21/05 a 22/05	II Curso Nacional de Medicina Perineal	Hotel Cala di Volpe - Sala Michelangelo

NOTICIAS

LA REVISTA DE LOS MÉDICOS DEL URUGUAY



- > PÚBLICO OBJETIVO: Más de 11.000 profesionales de la salud asociados al S.M.U.
- > COBERTURA: Se llega a más del 70% de los médicos de todo el país.
- > DISTRIBUCIÓN: Envío personalizado a domicilio y en forma gratuita para todos los socios.

MONFILCO S.A.



www.enviar.com.uy

Departamento Comercial:
Colorado 2425
Tel. 480 7353 Int. 131
E- mail: comercial@enviar.com.uy

Agrupaciones

MÉDICOS ASALARIADOS SOLIDARIOS

POR UN SINDICATO MEDICO INCLUSIVO NO AL CORPORATIVISMO SECTORIAL EXCLUYENTE

Con preocupación apreciamos actitudes excluyentes de la mayoría del Comité Ejecutivo que deterioran la participación médica, pilar de la fortaleza del SMU.

Lamentablemente, se marginó a los delegados de la Asamblea General del SMU durante los meses de febrero, marzo y abril, de las negociaciones del nuevo acuerdo con ASSE. Es más entre las reivindicaciones elevadas en esas reuniones no se contempla la plataforma de lucha de la Asamblea General. (Ver "El nuevo acuerdo con ASSE, las condiciones impulsadas por el SMU" publicado en la Red médica con fecha 6/04/10) La plataforma de la Asamblea General del SMU incluye puntos sentidos por la inmensa mayoría de los médicos y reafirmados en innumerables Asambleas del gremio como:

- La exigencia de un horario mínimo de trabajo de 24 horas para todos los médicos que así lo deseen ya que el actual acuerdo legitima la desigualdad de derechos laborales.
- El pago de trabajo nocturno como manda la ley
- El pago de todos los actos médicos
- Aumento del salario real en porcentaje a determinar.

Ni uno sólo de estos puntos fueron planteados en dichas reuniones.

Nosotros no soslayamos ninguna reivindicación de los subsectores médicos, es más, la exigencia de la equiparación salarial docente fue un punto sustentado por la Asamblea General.

Pero en estas negociaciones la mayoría del Comité Ejecutivo en aras de llevar reivindicaciones sectoriales sepultó la del resto de los médicos de ASSE.

Estas actitudes llevan al descreimiento de los socios y a la falta de participación. Si a esto le sumamos una cuota elevada que reajusta dos veces en el año, se completa un panorama presente y futuro desolador.

Cada vez más queda la cáscara pero se pierde la esencia viva de un sindicato que es la unidad, participación y compromiso de sus afiliados.

El sindicalismo médico tiene su espacio propio defendiendo las reivindicaciones de todos los médicos regidos por el Estatuto del SMU y gobernado por el Comité Ejecutivo y la Asamblea General como órganos máximos del gremio.

La democracia sindical no sólo es representativa sino también y fundamentalmente participativa.

A cada paso vemos distancias siderales entre el dicho y el hecho. Desde la mayoría del Comité Ejecutivo se habla de concentración del trabajo médico y eliminación del pluriempleo y por otro lado se impide a un sector de médicos de ASSE realizar un horario mínimo de trabajo de 24 horas. A pesar de esto la misma mayoría solicita dedicación exclusiva para un sector minoritario.

Otro ejemplo es la contradicción entre el planteo del gobierno de atención primaria en salud y la priorización de la medicina preventiva y la demanda insatisfecha de médicos de policlínica general y especialistas a nivel público y privado.

Debemos luchar en los consejos de salario del sector privado exigiendo la recuperación del salario real perdido y también por mejorar la calidad del trabajo médico aumentando el tiempo de consulta por paciente en lugar de reducirlo.

RECAMBIO

CAJAS DE AUXILIO Y SUBSIDIO EN ENFERMEDAD EN PELIGRO

Los representantes de nuestra agrupación se han comprometido con las Cajas de Auxilio desde fines de los 90, con una visión integradora, fortaleciendo las que ya existían para las IAMC, creando CASEMED en el año 2000 y, también, participando de la fundación de CATAE. Creemos que el esfuerzo valió la pena. Las IAMC no podían complementar por más tiempo el magro subsidio que nos brindaba la exDISSE; completar el 100% de nuestro salario cuando estamos enfermos les era imposible. Las Cajas son una conquista salarial fundamental que sólo buscan mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Vimos con expectativa el proceso y la discusión sobre la creación del SNIS. Al principio se había planteado su financiación a través de la Reforma Tributaria, pero nos inquietamos cuando nos dijeron que se necesitaba del aporte de los trabajadores incluidos en las Cajas para permitir la inclusión de otros trabajadores al nuevo sistema.

Todos quisimos y propiciamos por años el cambio en el Sistema de Salud, utilizaron nuestros aportes, pero nunca esperábamos cambios que perjudicaran nuestras condiciones de trabajo o desfinanciaran a las instituciones. Es más, no esperábamos cambios de las cosas que funcionan bien. Para las Cajas de Auxilio, con la ley 18211 empezó una cuenta regresiva que tiene como fin el 1/1/2011. Según su Art. 69 los trabajadores incluidos en la Cajas se deben "integrar" al FONASA. Esto generó como lógica reacción, la creación de una Mesa Coordinadora y de un Plenario de todas las Cajas para coordinar esfuerzos en la defensa de su existencia.

El Plenario se reunió nuevamente el 3 de Febrero del 2010 y resolvió elaborar una propuesta propia para ser presentada a los legisladores, lo que formalmente ocurrió ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de Diputados, el 13 de Abril de 2010.

Dicha propuesta, que logró el aval gremial del SMU en la asamblea del 3 de marzo pasado, incorpora modificaciones al sistema actual de modo de integrarnos con pleno derecho al SNIS. Si se aprueba, pasaríamos a aportar mayores montos porcentuales de nuestro salario, como los demás trabajadores, pero mantendríamos nuestra autonomía de gestión y financiera, para poder continuar con nuestros fines fundamentales: cuota mutual, subsidio en enfermedad y mejores prestaciones que la Ex.DISSE.

Respaldamos estas gestiones y consideramos fundamental la toma de conciencia del cuerpo médico y sus dirigentes, para respaldar nuestra movilización. Vemos que progresivamente esto se logró: fue fundamental el comunicado conjunto que emitieron SMU, FEMI Y SAQ al respecto. Se asimiló que el subsidio por enfermedad es salario real; que no afecta a todos por igual, pero es imprescindible para los que deben recurrir a ello.

Llamamos a votar la lista única gremial, con respaldo de todas las orientaciones, en las elecciones de CASEMED, el 10 de mayo de 2010.

Agrupaciones

ESTUDIANTES INDEPENDIENTES

INDEPENDIENTES, UNA FORMA DE SER

Días pasados se dieron a conocer los resultados oficiales de la Corte Electoral acerca de las Elecciones Universitarias. De esta manera se pone fin a un proceso que llevó más de dos años de trabajo y se abre un nuevo camino en nuestra Casa de Estudios. En este espacio haremos un breve análisis de lo que arrojaron los resultados.

Decir que se ha mantenido la hegemonía de la FEUU no es noticia; sin embargo, podemos afirmar que Estudiantes Independientes se ha consolidado en Facultad y se mantiene como firme opción de cambio. Un breve comentario merece un grupo de estudiantes que ha aparecido en la vida política de la facultad logrando representación en el Co-Gobierno. A ellos nuestro saludo e invitación al trabajo diario en nuestra Casa de Estudios. Independientes por su parte, seguirá ostentando cargos en todos los órganos del Co-gobierno, ejerciendo el necesario contralor a las acciones de la mayoría, así como propiciando el debate en temas que algunos pretenden olvidar.

Es así que, continuaremos trabajando por la descentralización de la Facultad brindando nuestro más férreo respaldo a la instalación de la Facultad de Medicina en Salto; estaremos atentos al desarrollo del Nuevo

Plan de Estudios; seguiremos propiciando nexos con instituciones que posibiliten la formación continua del estudiante; trabajaremos por más congresos para Practicantes y concursos que generen empleo. No son promesas, es trabajo realizado.

Por lo anterior, somos enfáticos en decir que Independientes se ha establecido como una forma de pensar, de entender la Facultad y la vida universitaria. Este grupo de estudiantes ha trascendido elecciones y coyunturas momentáneas. Ha marcado un modo de ser y proyectar la facultad que están por encima de las momentáneas embestidas multicolores de campañas electorales que pasarán como tantas al olvido.

En breve deberemos afrontar decisiones trascendentales, entre ellas la elección de un nuevo decano para la Facultad, así como la concreción de la nueva Ley Orgánica. Independientes ha estado interiorizándose y participando en la discusión de tan importantes temas.

Por último, nuestro saludo al resto de las opciones independientes en los demás órdenes. Nuestro deseo de una excelente gestión para ellos y para todo el demos universitario.



si piensa en enviar...
...piensa en nosotros

ENVIAR
SERVICIOS POSTALES
480 73 53

Colorado 2425
directorio@enviar.com.uy
www.enviar.com.uy