



FORMACIÓN

Medicina cannábica

SINDICATOS MÉDICOS

Primera Conferencia
Internacional

**EL SISTEMA DE SALUD
DE URUGUAY DESDE LA
PERSPECTIVA MÉDICA**



ser médico

REVISTA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY



Ser del SMU

es estar **SEGURO**

MÁS
COMPLETO
—
SIN COSTO

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

- El seguro te corresponde siempre que seas afiliado y estés al día.
- Cobertura de U\$S 100.000 anuales.
- Asesoramiento Legal (Administrativo, Civil, Laboral y Penal) con destacados profesionales del país.
- Asistencia telefónica en el momento que lo necesites.

**Vos ocupate de ejercer tranquilo.
Nosotros de que lo hagas seguro.**

AFILIATE
AHORA

socios@smu.org.uy
2401 4701



Sindicato
Médico del
Uruguay

MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

**Nadie
te cuida más**



Br. Artigas 1569 - Facebook: /sindicatomedicouruguay
Telegram: /CanalSMU - Twitter: @smuruguay - Youtube: /smuruguay

¡Basta con las náuseas
y los vómitos en el embarazo!



El alivio seguro

Dopirin

Doxilamina + Piridoxina

APROBADO
EN USA Y
EUROPA

CATEGORÍA

A

MAYOR SEGURIDAD

para su paciente
embarazada y el bebé.

ÚNICO

Tratamiento aprobado en USA y
EUROPA para aliviar las náuseas y
los vómitos, ahora en Uruguay.


**PHARMA
INVESTI**

ROEMMERS *fem*
Al cuidado de la mujer



**Disfrutá
de la mejor red**

planes VER@ LTE

exclusivos para médicos del SMU

Contratos a 24 meses, los planes se comercializan exclusivamente para nuevos contratos, migración de tecnología o para pasajes de servicios prepagos a contractuales.



15 GIGAS

11 destinos gratis

5 números amigos

Descuento en la compra de tu equipo

\$1.160 imp.
inc.
los primeros 12 meses

después **\$1.450**
imp.inc. por mes

5 GIGAS

7 destinos gratis

5 números amigos

Descuento en la compra de tu equipo

\$600 imp.
inc.
los primeros 12 meses

después **\$750**
imp.inc. por mes

Por más información sobre estos y otros planes con convenio llamar al 0800-2030, escribir al email empresas@antel.com.uy, o dirigirse a los Centros Comerciales de Antel o Agentes de Venta autorizados.

a  **avanzamos
juntos**

AntelDeTodos   antel.com.uy

Consejo Editor

Dr. Julio Trostchansky
Dr. Alfredo Toledo
Dr. Alejandro Cuesta
Dr. Luciano Ramírez
Dr. Martín Costas

Nº 22 – Noviembre 2016

**Órgano Oficial del Sindicato Médico del Uruguay
Bvar. Artigas 1569 (CP: 11.200) – 2401 4701**

Editor general

Eleonora Navatta
Depto. de Comunicación del SMU

Diseño

Jessica Stebniki

Fotografía

Juan Capurro
Gustavo Caggiani

Venta de avisos

Alejandra D'Angelo – 094 899 489/099 590 253
Dina Zabala – 099 244 450

Impresión

Gráfica Mosca – Depósito legal: 359.854

Coordinación editorial la diaria

Contactos

secretaria@smu.org.uy
socios@smu.org.uy
Twitter: /smuruguay
Facebook: /sindicatomedicouruguay
Youtube: /smuruguay

Sindicato Médico del Uruguay

Comité Ejecutivo

Presidente: Dr. Julio Trostchansky
Vicepresidente: Dr. Alfredo Toledo
Secretario médico: Dr. Alejandro Cuesta
Tesorero: Dr. Luciano Ramírez
Secretario estudiantil: Dr. Martín Costas

Vocales

Dra. Malena Passos
Dr. Julio César Braidá
Dr. Álvaro Medeiros
Dr. Eduardo Ferreira
Dr. Daniel Gindel
Dr. Eduardo Lebrato
Dr. Matías Suárez
Br. Lucía Laborda

Arte de tapa

FEDERICO MURRO para la nota "Desafíos para los próximos diez años" (página 22).



Sumario

6 Editorial

Dr. Julio Trostchansky.

8 Entrevista

Alfredo Toledo sobre el FIEM.

12 Encuentro

Primera Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos.

14 Jornadas

Economía de la Salud.

16 Formación

Medicina cannábica.

18 Perfil

Homenaje a Manuel Liberoff a 40 años de su desaparición.

21 Espacio de las comisiones

Comisión de Seguridad.

22 Nota de tapa

Desafíos del sistema de salud para los próximos diez años.

30

Emprendimiento

Plan de reconversión de la colonia de vacaciones.

32 Tribuna gremial

Todas las voces.

36 Sociales

Festejo de graduación y aniversario del Sindicato.



El Control de la Diabetes Fácil y Confiable

Contour™ TS

Fácil de aprender. Fácil de usar.



Agende
entrevista

☎ 2901 6214
Paraguay 1273



Centro Bayer de Atención
en **Diabetes**

Carta abierta

Después de haber cumplido, el 11 de agosto, 96 años como Sindicato Médico, vale la pena, además de festejar todos estos años de compromiso junto con los médicos y por la salud de toda la sociedad, recorrer y recordar lo que ha hecho y logrado en los últimos tiempos.

El SMU se ha comportado en estas épocas difíciles como una organización profesional responsable de sus acciones, pero sobre todo responsable de encontrar propuestas alternativas y posibles a los problemas que se nos plantean a nivel sanitario. Muchas veces es más fácil el grito destemplado o la propuesta sin asidero o aquellos planteos que solo recogen voluntades pero se sabe desde el inicio que poca probabilidad de llevarse adelante tienen. Frente a esto, el Sindicato trabaja con propuestas permanentes, alternativas, soluciones factibles y busca salidas beneficiosas frente a dichos problemas.

Justamente, porque nuestro Sindicato Médico es una organización responsable, que entiende a la salud como un bien mayor, un bien que nos compromete a todos y al que debemos defender y acompañar basados en los pilares que nos representan, el del conocimiento, la calidad y el vínculo estrecho con la sociedad como parte del “ser médico”.

En el último año hemos obtenido lo que creemos que son grandes logros. Es así que en el sector privado hemos logrado el tan ansiado Laudo Único Nacional. Un paso fundamental para reconocer que no debe existir diferencia en el ejercicio profesional y en la remuneración de un médico que trabaja en Montevideo de otro que trabaja en cualquier otro lugar del país.

Este logro marca un avance dentro de nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud, ya que se evidencia la necesidad de entender a nuestro país como un todo y no como parcelas de poder que a veces generan consecuencias en la asistencia que no deseamos.

Ese laudo médico único se ha conseguido junto a otro anhelo del SMU, por los médicos y por las familias de los médicos, que es avanzar en la reforma del trabajo médico. Algo que implica avanzar en la alta dedicación, en la fidelización de los médicos con las instituciones, y al mismo tiempo, avanzar en mejorar nuestra calidad de vida, ordenar nuestra vida y la de nuestras familias, y trazar un camino hacia una medicina que verdaderamente nos otorgue mejores resultados y una calidad asistencial superior que la que hoy tenemos.

Esa reformulación del trabajo médico que venimos trabajando en los últimos años y que hoy ya es una realidad marca desde el punto de vista sanitario algo que no dudamos en catalogar como una revolución asistencial. Porque cambia un paradigma muy arraigado en nuestro colectivo como es el multiempleo y tiende a su abandono paulatino.

También hemos podido avanzar en materia salarial, hemos recuperado y superado los índices de salario que habíamos perdido en la época previa a la crisis, pero no nos hemos quedado solo con eso, sino que seguimos trabajando en otros aspectos que tienen que ver con el ser médico.

Discutimos con énfasis la calidad como eje central de la medicina, la necesidad de avanzar en la construcción de estándares internacionales a nivel país y la construcción de la infraestructura necesaria para lograrlos. Es imperiosa, además, la necesidad de generar medición de resultados, para saber si lo que hacemos es correcto y, si no lo es, poder cambiarlo.

Poner en foco la calidad genera mejores procesos asistenciales, seguridad para los pacientes y también para los médicos y su ejercicio profesional.

Y estamos contentos porque este camino iniciado ya no tiene retorno; las instituciones, los médicos y el poder político han entendido que debemos dejar de discutir lo obvio.

Esto, además, tiene su contraparte en la sociedad, a la que ya no le alcanza con tener una salud adecuada sino que hoy quiere la mejor salud posible.

Y la mejor salud posible se logra, entre otras cosas, con esta reforma del trabajo médico que hemos implementado y en la que estamos avanzado.

Por supuesto que estos méritos no nos corresponden solo a nosotros como organización sino a todos los que participan en las negociaciones, el poder político, la academia, los representantes de las instituciones. Y no es una negociación fácil, pero ahí es cuando el Sindicato pone a prueba su responsabilidad y genera esas soluciones a las que hacíamos referencia anteriormente.

No estaríamos siendo honestos si no decimos también que hay muchas cosas que todavía están en el debe.

Aunque hemos avanzado en el sector público, en la atención en ASSE y hemos visto cómo en los últimos tiempos se ha inyectado presupuesto a ese sector, no dejamos de exigir que esos dineros públicos se utilicen de la mejor forma posible. Que la salud de la población que a veces es la más vulnerable tenga un destino y una ejecución adecuada y eficiente.

En ese camino estamos; en el sector público también hemos empezado nuestra reforma del trabajo médico, hemos avanzado en disminuir las inequidades que hay entre los distintos colectivos médicos pero también nos hemos exigido como médicos algunos resultados, con la introducción en el último Convenio Colectivo del sector pagos variables asociados a productividad y metas que nos hacen sentir que estamos en el camino correcto.

Estos logros difícilmente se obtendrían sin la historia que tenemos detrás, difícilmente el Sindicato sería lo que es hoy sin lo que todos los médicos y médicas que nos precedieron aportaron a esta institución.

En junio estuvimos en Berlín, en la primera Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos y ahí pudimos aquilatar qué significa tener 96 años de historia; no había ningún sindicato médico dentro de los 30 presentes que tuviera la historia y los años que tiene el nuestro. El reconocimiento que se nos hizo otorgándonos la sede para la segunda conferencia, que puede parecer una cosa menor, no lo es. En definitiva, reconoce lo que significa el Sindicato Médico del Uruguay fuera de fronteras.

Por último, debemos reconocer otras aristas de nuestra institución que generan inquietudes, como la demanda de cursos de formación médica,

donde hay comisiones con permanentes actividades culturales, recreativas y científicas. Y todo esto mantiene vivo al Sindicato. Y decimos que está vivo porque a veces algunos quieren hacernos creer e imponer una visión pesimista, de falta de participación.

Y podemos afirmar que sucede todo lo contrario; este Sindicato se mueve, tiene sus redes, tiene a los jóvenes recién recibidos que se van acercando, tiene en Twitter y en Facebook muchos más seguidores que cualquier otra organización del estilo en nuestro país.

Este Sindicato está vivo porque es de los pocos que puede sentarse en una mesa chica con el presidente de la República y los ministros de Salud y Trabajo a discutir sobre temas sanitarios.

Este Sindicato está vivo porque genera eventos como la Convención Médica, poniendo en agenda todas nuestras inquietudes para los próximos años.

Y lo que hay que entender es que la participación hoy es diferente, podrá gustarnos o no, pero es diferente a como la vivimos nosotros años atrás. Y va a haber que adaptarse, porque tarde o temprano, queramos o no, intentemos o no modificar algunos aspectos de nuestros estatutos, los jóvenes van a imponer su visión, y eso está bien. Ellos van a tener un sindicato como lo entiendan necesario y seguramente tendremos un sindicato con participación electrónica, un sindicato con voto electrónico, un sindicato con una amplia difusión a través de sus redes y también un sindicato cara a cara.

Los buenos dirigentes de las instituciones no son los que tratan de imponer el modelo que ellos entienden adecuado para su funcionamiento, sino los que entienden cómo va a ser el funcionamiento de los que vendrán después. Y ahí está el sentido de la responsabilidad que tenemos que volver a tener, porque no todo tiempo pasado fue mejor, todo tiempo pasado es eso, pasado. Y no es una crítica a quienes estuvieron antes que nosotros, al contrario. Es seguro que un pasado asentado en valores, asentado en personas de temple, en personas que incentivan a los jóvenes que vienen a crear, a generar cosas nuevas, son los que nos van a permitir tener un presente y futuro mejores. Porque esa es la vida, el que viene tiene que ser mejor que nosotros y el Sindicato está en eso, en reconocer a quienes hoy generaron esta realidad pero también a quienes tratan de proponer hacia el futuro un mejor sindicato para los médicos de hoy y los médicos que vendrán. ♦

Medicina en el siglo XXI

Del 2 al 4 de junio tuvo lugar en Coimbra, Portugal, el IX Foro Iberoamericano de Entidades Médicas (FIEM). En esta edición se trabajó sobre ocho temas que atañen a la profesión médica y también a las sociedades en general: la medicalización de la vida, la salud y el cambio climático, la violencia de género, el componente sanitario en los tratados de libre comercio, entre otros. En el IX FIEM se aprobó, también, la Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana, que fue entregada al papa Francisco el 9 de junio, en Roma. Sobre todo esto charlamos con el doctor ALFREDO TOLEDO, vicepresidente del SMU.

¿Qué fue lo más llamativo del IX FIEM?

-Yo había participado en el primer FIEM en 2007 y no había vuelto. Me llamó la atención la profesionalidad con que se maneja el encuentro, los participantes, las mesas de trabajo, la temática que se va tocando en cada una de ellas. Hay un redactor responsable; se trabaja desde la mañana y a la tarde se tiene un primer informe que se vuelve a discutir en la tarde. Me pareció un formato muy ágil, muy oportuno.

Con respecto al tema de la medicalización de la vida, la declaración final advierte sobre la tendencia a resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas sino sociales, y recomienda prescribir medicamentos con racionalidad, moderación y sentido económico. ¿Qué destaca de esto?

-Es un tema que está casi siempre presente en los encuentros médicos. Somos sociedades muy medicalizadas y llevadas a la temática de la salud pero desde la visión de la enfermedad; nos gusta mucho más mirarnos desde esa visión que desde la visión real de cómo cuidarnos. Por eso hablamos de sociedades medicalizadas. Hay, seguramente, un uso que no es el adecuado ni el racional de los medicamentos. El medicamento es muy bueno pero es una herramienta más que tenés y, cuando vas sumando uno más otro y otro, la cosa cambia. Con frecuencia en nuestro país, y en todos lados, vemos pacientes que están tomando ocho o diez medicamentos simultáneos y como médico no tenés claro cuáles pueden ser las interacciones en los efectos de cada uno. Es parte del buen uso que hay que hacer del instrumento que son los medicamentos.

¿La prevención tiene mayor peso en los encuentros médicos que antes?

-Sí, de a poquito todos nos vamos dando cuenta de que sigue siendo el gran desafío mantener a la

persona lo más saludable que se pueda durante la mayor cantidad de tiempo, en lugar de correr atrás de la enfermedad. Sabemos qué es un determinante social y qué es lo que tenemos que prevenir —comer mejor, caminar un poquito más y dejar de lado el sedentarismo, dejar de fumar, no beber alcohol—, pero todavía es poco lo que hacemos. Es una culpa compartida porque no recae solo en el cuerpo médico sino en nosotros como pacientes y en las instituciones prestadoras de salud, que tienen que tener más en cuenta la importancia de cuidar a sus pacientes, porque si no, no van a dar abasto. Si seguimos empezando a tratar a los diabéticos, a los hipertensos a los 55 años, con sobrevida de 95 y 100 años no damos abasto. Tenemos que hacer lo imposible por correr las franjas etarias en función de la nueva demografía, porque estamos haciendo una medicina que no es la correcta y porque si nos ponemos economicistas los números no nos van a cerrar.

En el foro se habló de considerar el cambio climático como un determinante social de la salud. ¿Qué implica?

-Estamos en el siglo XXI y están pasando cosas en la medicina, en la ciencia, en la tecnología y eso debe ser aplicado en todos los ámbitos del quehacer de la vida, y uno es, justamente, la protección del medio ambiente. La protección o la no protección que hagamos del medio ambiente va a influir fuertemente en el resultado final de la salud de las personas. En el interrogatorio que hacés a tus pacientes tiene que estar siempre presente dónde vive, en qué condiciones, bajo qué situaciones climáticas: son elementos esenciales para después llegar al diagnóstico y plantear un tratamiento.

ENCUENTRO CON EL PAPA FRANCISCO

Desde el VIII FIEM las instituciones médicas iberolatinoamericanas trabajaban en la elaboración de la Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana, que aprobaron en el encuentro de junio. En ella se comprometen “a atender, sin discriminación de ninguna naturaleza, las necesidades de salud de los pacientes en todos sus determinantes biológicos, psicológicos, espirituales y sociales, con los valores de la mejor ética médica, el humanismo asistencial y las competencias profesionales más apropiadas”, y así lo expresaron en la introducción de la carta que le entregaron al papa Francisco.

La Organización Colegial Española propuso que el Papa fuera la primera persona en recibir la carta, y concurrieron los representantes de las delegaciones médicas. “Fue una entrevista muy buena; el Papa hizo una exposición muy interesante, reconoció todo el esfuerzo y lo que significa la tarea de los médicos hacia la sociedad y nos exigió que cada vez pusiéramos más de nosotros para reconocer al ser humano. Terminó diciendo algo así como que en cada acto que realizamos tuviéramos el corazón en las manos. Fue muy interesante”, transmitió Toledo.

Tal como lo reseñó, el Papa les recordó la recomendación de san Camilo de Lellis para tratar a los enfermos: “Pongan más corazón en esas manos”. En su discurso, el pontífice expresó: “La fragilidad, el dolor y la enfermedad son una dura prueba para todos, también para el personal médico, son un llamado a la paciencia, al padecer-con; por ello, no se puede ceder a la tentación funcionalista de aplicar soluciones rápidas y drásticas, movidos por una falsa compasión o por meros criterios de eficiencia y ahorro económico. Está en juego la dignidad de la vida humana, está en juego la dignidad de la vocación médica”. ♦

También trabajaron el tema “Sistemas de salud y derechos humanos relacionados con la salud”, que hizo énfasis en el acceso a la salud en igualdad de condiciones. Eso implica un gran desafío.

-Sí, el tema del acceso a la salud, de la equidad, de utilizar los recursos con razonabilidad y aplicándolos en aquellas poblaciones más vulnerables son los desafíos que tienen los sistemas hoy en día. Podemos tener muy buenos sistemas, tecnológicamente bien adaptados y con los recursos adecuados, pero si fallan en la accesibilidad es como si no los tuviéramos. Tenemos situaciones epidemiológicas y demográficas diferentes y en función de eso tenemos que saber qué recursos precisamos. Hoy ya no es justificable la construcción física de una policlínica ni un hospital si no tenemos bien claro qué demanda existe y qué prestaciones va a dar y durante cuánto tiempo.

En cuanto a la violencia de género, la declaración resalta la importancia de la prevención, la detección y el abordaje. Si bien este es un tema que siempre ha estado presente, ¿en qué medida tiene componentes nuevos para el cuerpo médico?

-De repente antes no la tomábamos como una tarea propia del consultorio médico y es un factor a tener en cuenta porque a veces los dolores, las enfermedades, situaciones que plantea un paciente, están vinculadas con violencias de todo tipo, no solo física sino también psicológica, laboral. Ya no tengo que tratar el síntoma porque el dolor o la molestia no es el problema, tengo que ir a la causa.

La declaración final del FIEM expresa que los tratados de libre comercio deben excluir todo lo que afecte a los sistemas de salud. ¿Cómo se trabajará?

-No olvidarlo, por lo menos tener en cuenta que en cualquier tipo de tratado que se haga cambian las fronteras, las situaciones. De repente con esto no vas a detener la firma de un convenio, pero por lo menos hay que saber que puede haber algún elemento que no sea beneficioso y, cuando incumbe a la salud, es mejor tenerlo en cuenta.

¿Se avanzó respecto del empleo, la formación médica y la recertificación?

-En cuanto a la recertificación prácticamente hay unanimidad de criterios en que en el siglo en el que estamos es necesario que el médico se actualice en forma permanente. Si no cambia el sistema de trabajo, el médico no tiene tiempo para estar al día. Es unánime que vamos a tener que encontrar la forma para destinar mucho más tiempo. Hoy es impresionante el arsenal y las herramientas nuevas y para hacer las cosas como se debe tener que tener un conocimiento espectacular, si no va a caer en detrimento de la atención.

Se propuso considerar en el X FIEM que la relación médico-paciente sea reconocida como “bien inmaterial de la humanidad”.

-Sí, apoyamos esa postura que propuso la delegación española. El rol que debemos jugar como comunidad. Así como hay una medicina del siglo XXI, el paciente también es diferente, es un paciente con mucha información; eso no tiene que molestar, porque entre la información del paciente y el conocimiento del médico es cuando se logran realmente los éxitos. ♦



Elegí tener tu Cuenta Digital Preferencial.

Sabemos que tu tiempo es muy importante, por eso te ofrecemos una cuenta exclusiva para vos. Podés abrirla desde donde estés, a través de bbva.com.uy y empezar a disfrutar sus **beneficios exclusivos**.

Conocé algunas de las ventajas:



**Cuenta Corriente
o Caja de Ahorro sin costo
ni promedios exigidos.**



**Devolución del 1%
de los gastos realizados
con tu Tarjeta de Débito.**



**Primera chequera
sin costo.**

¡Ingresá en bbva.com.uy y solicitá tu Cuenta Digital Preferencial ahora!

adelante.

Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Uruguay S.A.

Circulación global

Por primera vez, sindicatos médicos con negociación colectiva vigente e incorporada dentro de sus funciones de más de 26 países de todos los continentes se reunieron en Berlín a intercambiar información sobre sus distintos convenios y condiciones laborales.

Focalizado en las características que hacen a las jornadas de trabajo de los médicos y el impacto de los flujos migratorios en la calidad asistencial del servicio, transcurrió el 13 y 14 de junio la 1ª Conferencia de Sindicatos Médicos. La delegación uruguaya, integrada por el presidente del Sindicato Médico del Uruguay, Julio Trotschansky, el vicepresidente, Alfredo Toledo, y un equipo técnico, volvió con documentación sobre la legislación laboral en países más desarrollados, que están estudiando a modo de referencia para la reforma del sistema de trabajo médico, en proceso desde 2010.

La conferencia de Berlín tenía dos cometidos: iniciar este tipo de encuentros gremiales, que finalmente se resolvió repetir anualmente; y conocer las diferentes realidades en cuanto a negociación laboral y de la práctica médica.

Esta vez, el foco estuvo puesto en dos temas particulares: en la primera jornada se trataron los flujos migratorios, un asunto actualmente vigente para los países europeos, las migraciones de los recursos humanos de la salud resultan un tema relevante a tratar también en el contexto latinoamericano; y en la segunda, las condiciones de trabajo y las características de la jornada laboral acordadas en los distintos convenios colectivos, en la que el equipo técnico conformado por Luis Lazarov, Eduardo Figueredo y Federico Preve realizó una presentación.

De acuerdo a datos recogidos de los registros del SMU y el Ministerio de Salud Pública, “diez años

atrás Uruguay tuvo un fenómeno emigratorio de cierta entidad hacia dos lugares en específico: España en Europa y Chile en América. Esto se fue revirtiendo paulatinamente y podríamos decir ahora que es esporádico, aunque en el contexto de una economía desacelerada o de crisis, podría volver a ser relevante”, explicó Figueredo.

“El flujo de circulación médica es un fenómeno que existe y va más allá de las cuestiones coyunturales. Sin ir más lejos, el programa Mais Médicos en Brasil podría haberse vuelto atractivo para los médicos uruguayos y de otros países de la región, en la medida en que las condiciones salariales, de vida y laborales propuestas hubiesen tenido impacto, y en Uruguay, un país con escasos recursos humanos calificados, un hecho así podría generar una importante desarticulación en los servicios”, observó, por su parte, Lazarov.

Por lo general, este tema se aborda en los encuentros médicos internacionales desde el punto de vista regulatorio y normativo, pero desde la visión sindical el programa estuvo más enfocado en lo asistencial y laboral, ya que estos movimientos poblacionales traen aparejados tanto cambios en la calidad de los servicios como en la lógica de la negociación colectiva y las condiciones de trabajo.

Esto se conecta con lo tratado en la segunda parte de la conferencia, respecto del trabajo médico, las regulaciones en cada país y las conquistas de los distintos sindicatos. La delegación uruguaya realizó una presentación sobre la reforma del mercado laboral impulsada por el SMU, así como las conquistas obtenidas en los ámbitos de negociación colectiva que fueron reconocidas por los sindicatos de distintos países presentes en la conferencia.

“Venimos de una actividad muy fragmentada por el multiempleo con jornadas a veces demasadas extensas y lo que estamos proponiendo tiene que ver con un sistema de trabajo de concentración

laboral y de jornadas saludables”, sostuvo Figueredo. “Planteamos una reforma del mercado laboral en la que se están trabajando los llamados cargos de alta dedicación, que son cargos que concentran una actividad, entre 40 y 48 semanales de trabajo en la mayoría de los casos y de ser posible en un solo lugar, jornadas que también están acotadas en los tiempos de permanencia, es decir, no se puede estar, por ejemplo, tres días trabajando en el mismo lado de corrido”, complementó.

Los integrantes del equipo técnico observaron que esta problemática también es compartida en algunos países de la Unión Europea, de los cuales trajeron documentación sobre su legislación laboral a efectos de estudiarla y tomarla como un insumo más para la reforma.

Este primer encuentro sirvió a nuestro Sindicato para obtener un marco general sobre la situación de los sindicatos de los diferentes países para poder ubicar de alguna manera la jornada laboral, las características, las condiciones de trabajo dentro de la jornada, los requerimientos de los médicos, conceptos importantes para la definición de nuestra labor.

“Nosotros estamos en un intermedio entre países más desarrollados con sindicatos muy fuertes, con mejor calidad de servicios, y países más pobres con regulaciones más débiles y peores condiciones laborales. Aun así, con una relación bastante dispar entre Montevideo y el interior, y los centros públicos y privados”, apuntó Preve, y agregó que la reforma busca eliminar esas diferencias, promoviendo “un laudo único y condiciones de trabajo equivalentes”.

Si bien hubo dos propuestas para darle continuidad al encuentro, como premio a su activa participación se eligió a Uruguay como sede de la próxima Conferencia de Sindicatos Médicos, que tendrá lugar en abril de 2017. ♦



Economía de la Salud

La delegación técnica que atendió a la 1^{era} Conferencia de Sindicatos Médicos en Berlín prosiguió luego viaje hacia Murcia, donde participó activamente en las XXXVI Jornadas de Economía de la Salud: “Las reformas bajo el microscopio”. Eduardo Figueredo, Luis Lazarov y Federico Preve presentaron un póster informativo que resume en ciertos indicadores la experiencia de la reforma uruguaya en el mercado laboral.

“Lo que presentamos fue fundamentalmente las características generales de Uruguay, demográficas, económicas, y en cuanto a financiamiento y gasto en salud, mercado laboral y acceso a la cobertura, los desafíos que se presentaron y las salidas que se encontraron en el proceso de la reforma iniciada en 2007. A su vez, nosotros tenemos una reforma —la del trabajo médico— dentro de esta y queríamos dejar expuesto mediante ese póster nuestras consideraciones sintéticas de los ejes centrales”, contó Lazarov.

Uruguay, un país chico, con baja escala poblacional en cuanto a recursos humanos médicos que se ajustan mediante el multiempleo —estimado en 3,3 cargos por funcionario—, las diferencias en las condiciones laborales tanto entre Montevideo y el interior como en la salud pública y la privada, la desigualdad generacional de ingresos y la fragmentación de la práctica profesional.

Las herramientas que se propusieron desde el Sindicato Médico del Uruguay para afrontar estos problemas fueron la ampliación horaria y la concentración de los puestos, una mayor flexibilidad para la organización del trabajo y una remuneración acorde a 7.429 euros.

“La reforma del mercado de trabajo, que desde un inicio el Sindicato ha liderado con sus propuestas, en coordinación con las sociedades científicas participantes, tanto en el área privada como pública y el acompañamiento de empresas

privadas e impulso y financiamiento del Poder Ejecutivo, ha procurado mejorar la calidad de vida del médico y mejorar la regulación con el fin de mejorar la calidad asistencial de la población”, explicó el economista.

Lazarov también opinó que a efectos de enriquecer el proceso hace falta la difusión y publicación de miradas no gubernamentales sobre la reforma; ya sea desde un sindicato, la academia o el sector privado. “Está muy bien que el Poder Ejecutivo defienda la reforma, solo que no es la única mirada posible y eso es importante tenerlo claro”, consideró. Aun así destacó la importancia de la “voluntad de negociación” como motor para “alcanzar cambios relevantes”. ♦



Nº 1 en 20 países
para el tratamiento
de cicatrices y
estrías.

"Las estrías son muy comunes en mi familia, así que a mi mamá también le salieron varias cuando me tuvo a mí. Justamente por eso es que estaba buscando un producto para prevenirlas. En mi grupo de amigas del trabajo todas ya están teniendo sus segundos bebés y me dijeron que no lo dude, que use Bio-Oil. Así que lo empecé a usar desde que me enteré que estaba embarazada hasta después de tener a Martina. Y no me salió ni una estría, Bio-Oil hizo todo por mí".

Valeria con Martina



Bio - Oil® ayuda a reducir la posibilidad de formación de estrías mediante el aumento de la elasticidad de la piel. Debe aplicarse dos veces al día desde el inicio del segundo trimestre. Para obtener información completa del producto y detalles sobre los ensayos clínicos, visite bio-oil.com. Bio-Oil está disponible en farmacias y tiendas seleccionadas, el precio sugerido es \$ 362 (60 ml). Los resultados individuales pueden variar.



Medicina cannábica

Además de las más conocidas (contra epilepsias refractarias y como acompañamiento de quimioterapias), el cannabidiol tiene otras aplicaciones medicinales. A pesar de que la formación sobre su uso se expande, la normativa legal sigue sin acompañar estos desarrollos. Sobre estos y otros asuntos, conversamos con la referente en el tema para Uruguay, la doctora Julia Galzerano.

Entre abril y junio se desarrolló en la sede del SMU un curso que tenía el cometido de impulsar el proceso de formación de profesionales en la aplicación del cannabis medicinal.

El curso, organizado conjuntamente por el Sindicato y la Fundación ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service), contó con la participación de docentes que son especialistas sobre la materia en el exterior y también con la de expertos locales, como la doctora Julia Galzerano, referente del SMU en cannabis medicinal. Con ella hablamos sobre diversos temas vinculados a la temática cannábica.

Con respecto a los cursos, la conclusión de Galzerano es sumamente positiva. “Realmente estuvieron muy buenos, con muy buena participación. Fueron 140 las personas que se inscribieron y hubo lista de espera. Participó gente con distinta representación de especialidades, de edades y de género, lo cual nos alegró mucho”, dijo.

“Los médicos tenemos los mismos prejuicios que el resto de la sociedad, en drogas y en VIH es así, respondemos a la sociedad a la que pertenecemos, por lo que nos sorprendió gratamente la respuesta de los asistentes a los cursos, porque fue una apuesta”, agregó.

Luego de finalizado, según contó Galzerano, se formó un grupo de estudios de medicina cannábica



que tendrá como cometido profundizar en el análisis de los temas vinculados al cannabis y a la aplicación práctica en nuestro país.

El cannabis medicinal puede recetarse a pacientes con múltiples afecciones y es por ello que en el curso se registró la participación de profesionales de diversas especialidades.

Además de los usos más conocidos —el tratamiento de las epilepsias refractarias y el acompañamiento de los procesos de quimioterapia—, el cannabis también puede ser utilizado como tratamiento del mismo cáncer, porque hay investigaciones actuales que prueban que la sustancia puede actuar incluso sobre la evolución de la enfermedad, incidiendo en la muerte de las células cancerígenas.

Pero, además, el cannabidiol tiene propiedades que son efectivas contra el tratamiento del dolor crónico, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral

amiotrófica, y su uso también está indicado para el tratamiento de patologías que afectan al sistema inmunitario, como por ejemplo, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Qué dice la ley

Galzerano expresó su preocupación por la demora en la implementación práctica del decreto reglamentario en el que se especifica el uso terapéutico del cannabis medicinal, que data de febrero de 2015, complementario de la ley que regula la producción y el consumo de cannabis recreativo de diciembre de 2013.

Actualmente, los médicos pueden recetar a los pacientes cannabis como medicamento de uso compasivo, algo que podían hacer antes, independientemente de la ley. Para hacerlo, se deben seguir los mismos pasos que para importar los medicamentos que no hay en el país. Es decir, se debe realizar un trámite para que sea aprobado por farmacovigilancia del Ministerio de Salud Pública, pero antes la solicitud debe ser aprobada por la dirección técnica de la institución en la que se atiende el paciente.

“No hay otro sistema legal para importar. La mayoría de los médicos no sabían que existía esta posibilidad y por eso no utilizaban el mecanismo, pero ahora, por medio del curso, entre otras cosas, se vienen informando cada vez más sobre el tema y están tratando de indicarles a los pacientes que pueden acceder al cannabis de esta manera”, dijo Galzerano.

“Lo que estamos tratando es de afinar este mecanismo para que no sea tan engorroso, porque el proceso es bastante complejo. El médico tiene que llenar los formularios y estos deben ser firmados por la dirección técnica de la institución del paciente. En teoría, el trámite no debería demorar más de cinco días si las cosas van bien”, afirmó. Pero en la práctica el sistema no funciona con la celeridad que debería y los pacientes pueden pasar varias semanas antes de recibir la medicación indicada.

Sobre el punto, Galzerano manifestó: “Todavía no existen proyectos presentados y aceptados ante el Ministerio que tengan que ver con el cannabis medicinal, entonces ahí tenemos un problema”.

Una vez que el sistema haya comenzado a funcionar, los pacientes podrían acceder al cannabis medicinal en las farmacias, al igual que sucederá con el de uso recreativo, cuya implementación parece inminente. De todas formas, Galzerano reconoció que en el caso específico del cannabis medicinal el tema “viene lento”.

Recreativo no equivale a medicinal

Otro problema relativo a la utilización del cannabis es que cada vez más gente accede a él en el mercado negro, lo que genera ciertas confusiones en cuanto a su uso que vale la pena aclarar. Los componentes del cannabis recreativo y el medicinal son diferentes. En el recreativo predomina el tetrahidrocannabinol (THC), que es el compuesto que tiene efectos psicoactivos, mientras que en el cannabis medicinal el componente primario es el cannabidiol, que tiene otras propiedades. Es por esto que no cualquier tipo de cannabis es indicado para los tratamientos.

“El cannabis que nosotros recetamos, el que se importa, es un cannabis de calidad médica controlada y, por lo tanto, sabemos sus componentes. Hay mucha gente que está comprando o usando cannabis que realmente no sabemos qué calidad tiene, en qué condiciones fue elaborado, cómo se cultivó, si no se contaminó en el proceso. Lo recomendable en este caso, cuando sabemos que hay gente que lo va a usar igual, es explicar que el cannabis interacciona con otros medicamentos, porque hay gente que tiene que usarlo con prudencia por las patologías médicas que tiene. Yo siempre digo que hay que cuidar la planta, porque su uso tiene muchos beneficios, pero si se utiliza de manera indiscriminada obviamente no va a tener los mismos efectos que si se la emplea con la indicación correcta”, explicó Galzerano.

Este punto es fundamental, ya que el cannabis medicinal importado es el único que por ahora brinda las garantías sobre los componentes que tiene, algo que es clave, ya que, como dice Galzerano, la idea del médico cuando receta cannabis al paciente, como con cualquier otra medicación, es dar siempre las mismas dosis, que es lo que va a garantizar que se generen determinados efectos sobre las dolencias a tratar.

Galzerano recuerda, además, las funciones específicas que cumple el cannabis medicinal. “El cannabis no es una planta mágica. Tiene cannabinoides que activan a su vez el sistema endocannabinoide, que tiene como función mantener el equilibrio de la homeostasis del organismo, y actúa en distintos lugares. Tiene, por ejemplo, una función antálgica contra el dolor, también mejora el sistema inmunológico, es antiinflamatorio. El cannabidiol hace que el sistema endocannabinoide, que todos tenemos en nuestro organismo, si se desreguló por alguna razón, vuelva a regularse, al actuar en distintos receptores. El cannabis tiene su función específica”, sentencia. ♦

Manuel Liberoff

Nació en 1922 en la ciudad argentina de Concepción del Uruguay, en la provincia de Entre Ríos, hijo de un inmigrante judío ruso y una argentina. Llegó a Uruguay en 1943 y, tras permanecer un tiempo en Paysandú y en Fray Bentos, donde trabajó en el Frigorífico Anglo, se trasladó a Montevideo. Allí finalizó sus estudios de medicina, y se recibió en 1949.

Poco tiempo después se instaló en la zona de Camino Carrasco y Veracierto, en Malvín Norte, junto a su esposa Silvia Nemirovsky y sus tres hijos, Jenny, Liliana y Benjamín. Dejó una profunda huella en el barrio y en las zonas aledañas por su labor social y su compromiso con los vecinos.

Fue militante del Partido Comunista del Uruguay y del Sindicato Médico del Uruguay, del que llegó a ser miembro del Comité Ejecutivo y tesorero hasta su detención ocurrida en julio de 1973. Expulsado del país en noviembre de ese mismo año, Liberoff se fue a vivir a Buenos Aires, donde continuó ejerciendo la medicina hasta la madrugada del 19 de mayo de 1976, cuando fue secuestrado por un comando integrado por uruguayos y argentinos.

Testimonios ubican por última vez a Liberoff en el Centro Clandestino de Detención Automotoras Orletti, donde destacaban que aun con su salud muy menguada —estaba convaleciente de una operación oncológica en el momento de ser detenido— se preocupaba por atender a quienes igual que él estaban allí secuestrados.

Su cuerpo nunca apareció.

Iniciativa propia

Organizado por la Fundación Zelmar Michelini en el marco del ciclo conmemorativo "Ellos en nosotros, 40 años", el 27 de julio de 2016 se realizó, en el salón de actos del SMU que lleva su nombre, un emotivo homenaje al doctor Manuel Liberoff.

Numerosas figuras del gobierno, del ámbito universitario, legisladores, familiares, amigos e integrantes

de la comunidad médica se hicieron presentes en el acto en el que el común denominador fue el recuerdo entrañable de la figura de Liberoff.

El acto comenzó con una breve intervención del vicepresidente del Sindicato, el doctor Alfredo Toledo, quien destacó el carácter festivo del encuentro y recordó que la foto que está más arriba en la sala en la que se reúne el Comité Ejecutivo es precisamente la del doctor Manuel Liberoff, "que nos mira y nos guía".

Posteriormente, comenzó la parte central del evento, en la que participaron los doctores Antonio Turnes, Julio Laborde, Irene Petit, Julio César Braidá y Luis Barbeito, además del académico argentino-israelí Edy Kaufmann, notorio activista por los derechos humanos.

Durante su intervención, el doctor Turnes —el único de los oradores que conoció personalmente a Liberoff— realizó una vívida semblanza de su figura.

"Diversos homenajes se han realizado en el pasado al doctor Manuel Liberoff. El de hoy busca rescatar una faceta esencial del ser médico. Su desempeño como médico de familia, como médico de barrio, que realizó la práctica comprometida con su gente y con su tiempo, con su proverbial vocación de servicio. Estuvo entre los precursores que apostaron por una medicina de calidad, cercana a sus pacientes, a los que trató con dedicación y conciencia, en los que supo despertar cariño y admiración", afirmó Turnes, quien también rememoró la labor cumplida por Liberoff en la zona de Malvín Norte.

"Los viejos pobladores lo recuerdan recorriendo el barrio en bicicleta o en carro, por caminos intransitables, para atender a los más desposeídos: era un auténtico médico de familia", dijo, y agregó: "La preocupación por la comunidad de Manuel Liberoff fue de leyenda".

Turnes, además, destacó algunas facetas menos conocidas del homenajeado, como su labor como



1. Benjamín Liberoff (director nacional de Turismo). **2.** Dra. Cristina Lustemberg (subsecretaria del MSP), Roberto Markarian (rector de la Universidad de la República), Liliam Kechichian (ministra de Turismo), Lic. Esther Pailós (directora de la Biblioteca Nacional), Benjamín Liberoff. **3.** Dra. María Julia Muñoz (ministra de Educación y Cultura), Dr. Fernando Tomasina (decano de la Facultad de Medicina), Dra. Cristina Lustemberg (subsecretaria del MSP). **4.** Mesa de expositores. **5.** Edy Kaufman, Nicolás Grab, Lisa Cauffman. **6.** Dr. Alfredo Toledo (vicepresidente del SMU), Cecilia Michelini (Fundación Zelmar Michelini).



médico durante un tiempo en el Danubio Fútbol Club y como presidente e impulsor de una comisión de fomento que promovió la instalación de un tablado en el barrio denominado "Alcanzame la escopeta" en 1963 y 1964.

"Liberoff hizo realidad el ideal del médico general y de familia, dedicando su vida al cuidado de sus vecinos. Fue como un médico rural en la periferia de la ciudad, consagrado a la atención tanto de los humildes como de los poderosos, sin distinción pero con mucha conciencia, brindando su vocación de servicio con un alto sentido ético", concluyó.

Por su parte, el doctor Julio César Braida, integrante del Comité Ejecutivo del SMU, remarcó el

papel que jugó Liberoff, junto con otros referentes, en las décadas del 50 y 60, marcando el camino de la medicina familiar en nuestro país.

"La trayectoria de Manuel como dirigente sindical, como dirigente político, es inseparable de su condición de médico y de su condición humana. Era el médico que era y fue el referente que fue por lo que era como ser humano. Para todos nosotros, figuras como la de Manuel son referencia permanente", afirmó Braida.

El sentido homenaje, realizado a sala llena, se cerró con la palabra de uno de los hijos del homenajeado, Benjamín Liberoff, y la actuación musical de Numa Moraes. ♦



DOSSIER 30 AÑOS DE UNA CLÍNICA PIONERA

EL CUIDADO NECESARIO

Hace tres décadas comenzó a funcionar la primera Área de Cuidados Intermedios de Uruguay, en la Clínica Médica C, que funciona en el piso 8 del Hospital de Clínicas. En enero de 1986 recibió a su primer paciente y a lo largo de ese año atendió a un total de 675 personas. Hoy es común que los hospitales y sanatorios cuenten con un área de este tipo, pero aquella clínica fue pionera, producto de las transformaciones que vivía la medicina en su tiempo y del impulso de un grupo de profesionales y académicos que hoy son referentes.



Uno de ellos, protagonista de este proceso, es el doctor Jorge Torres, quien por entonces era el titular de la Cátedra de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Después sería director de la Escuela de Graduados, profesor emérito de la Facultad de Medicina y el primer presidente del Colegio Médico del Uruguay. Para poner en contexto aquella iniciativa, Torres la enmarca en la historia de la medicina, que estaba transitando décadas de enormes y acelerados avances científicos. Estos cambios permitieron un mayor conocimiento de la enfermedad, así como el desarrollo de tecnologías hasta entonces inexistentes para el tratamiento de los pacientes.

A las transformaciones tecnológicas, señala Torres, se agregó otro elemento determinante para que la nueva clínica fuera posible: una concepción asistencial que se denominó “Asistencia Médica Progresiva”, impulsada en el ámbito hospitalario de Uruguay por el entonces director del Hospital de Clínicas, Hugo Villar. Esta concepción postulaba una atención médica enfocada en las necesidades de cada paciente según el momento evolutivo de la enfermedad que padecía, cualquiera que esta fuera. De este modo, la atención sería no solo eficaz sino más eficiente en cuanto al uso de los recursos sanitarios.

Según explica Torres, antes de que se abriera el Área de Cuidados Intermedios, compartían sala distintos tipos de pacientes. Al CTI eran derivados aquellos que estaban graves y en estado crítico, los que necesitaban de las tecnologías de soporte vital recién llegadas a la medicina —diálisis o respiración artificial, entre otras— para mantenerse con vida mientras recibían atención médica. Pero los demás pacientes eran internados en la sala de cuidados moderados. Allí compartían el espacio aquellos que no eran pacientes graves, pero que requerían internación para estudios de diagnóstico o para tratamiento, y pacientes graves cuya situación no era crítica, que todavía no necesitaban de las técnicas del CTI, pero cuya evolución debía recibir mayor atención y monitoreo.

En un documento enviado en 1985 al decano de la Facultad de Medicina, Pablo Carlevaro, Torres abogaba por una nueva área dedicada a los cuidados intermedios y partía del concepto de asistencia médica progresiva. “La clínica médica realiza asistencia en una misma sala a pacientes de cuidados moderados o autocuidados así como a enfermos graves no críticos. No existe un área de cuidados intermedios para la asistencia a pacientes en etapa aguda, grave no crítica de la enfermedad, que requieren observación y tratamiento muy frecuente en salas acondicionadas específicamente”, afirmaba.

“Esto constituye una grave carencia asistencial desde que se realiza su atención en el área de cuidados moderados con una observación, además, de solo cuatro a cinco horas durante la mañana”, agregaba, y concluía que “la brecha entre el área de cuidados moderados y el área de cuidados intensivos” debía “llenarse sin demora”. Según argumentaba el catedrático en el documento, esa transformación era necesaria tanto para cumplir con la función asistencial del hospital universitario como para llevar adelante de forma adecuada las tareas docentes y de investigación. “Nuestra concepción era concordante con el énfasis asistencial que hacía la Dirección del Hospital de Clínicas, pero éramos insistentes en su importancia para la formación docente y la investigación clínica de ese momento tan particular en la evolución de los enfermos”, recuerda el profesor.

El momento justo

Villar consideraba que la puesta en marcha del Programa de Asistencia Médica Progresiva debía instrumentarse en forma escalonada. Es así que en 1971 se abre el CTI, que fue un hito. Pero poco después, con el inicio de la dictadura, que dio paso a la intervención del Hospital de Clínicas y al exilio de Villar, se discontinuó el programa. Tuvieron que pasar más de 15 años para que se retomara.

“Era necesario que sobreviniera la época del área de cuidados intermedios”, dice Torres. El catedrático insistía en que durante muchas horas del día los pacientes del área de cuidados moderados no estaban bajo una vigilancia médica directa y en la necesidad de “ir hacia una observación permanente” para los pacientes graves. Consideraba que se debía contar con una clínica abierta las 24 horas, un área particular para monitorearlos y tratarlos.

Explica que un paciente grave no crítico tiene sus especificidades. Cualquiera fuera la enfermedad que padeciera, durante la internación su situación podía sufrir cambios propios de esa etapa en la que se encontraba. “Se podía, sin necesidad de los aparatos complejos que tenía que utilizar el CTI, atender al paciente que sufría una arritmia cardíaca, una alteración en los niveles de sodio o potasio, o una alteración de la gasometría arterial. Esto era posible con maniobras no complejas: un suero que corrigiera el sodio que estaba bajo, o una oxigenación, aunque fuera por máscara, ante una hipoxemia”, señala. Con los años de funcionamiento del Área de Cuidados Intermedios, “se constató que esos hechos aparecían y que los podíamos corregir”, recuerda Torres. “Yo me planteaba que si bien habíamos resuelto la situación del paciente crítico, nos estaba quedando un grupo de pacientes, algunos de los cuales están tan graves, que, en horas, si no hay una observación muy precisa, están en riesgo”, agrega.

Torres y Villar coincidían en la concepción de la asistencia médica progresiva y en la necesidad de un área específica de cuidados intermedios. Uno de los temas de discusión era a quién le correspondía asumir la responsabilidad de esa futura área. La discusión no se daba solo en Uruguay. Según expone Torres, existían argumentos por los cuales el responsable debía ser el internista, porque el área comprendía a los mismos pacientes que este tenía a cargo. “Teníamos internistas con excelente formación, a la que debían agregar conocimientos y destrezas que no eran de

ningún modo inalcanzables”, señala Torres. Esta posición destacaba los beneficios del seguimiento longitudinal en la evolución de los pacientes, pero otros argumentaban que los especialistas en CTI o los anestesiólogos contaban con una formación específica para manejar la atención de esos pacientes.

Para el ex catedrático, la mejor solución era que el Área de Cuidados Intermedios se localizara en una clínica médica o quirúrgica, según su patología predominante. A su entender, esta combinación daría lugar a un nuevo tipo de médico que tendría una visión más global, que es la que tiene el médico internista. Para impulsar esa posición, privilegiaba las razones asistenciales pero destacaba también los beneficios que en las funciones docentes y de investigación traería consigo poner el foco en este momento evolutivo de los pacientes.

Realidad para transformar

En 1985, una vez terminada la dictadura, se volvieron a plantear estos argumentos a la Directiva y a la Dirección del Hospital de Clínicas, que a su vez coincidían plenamente con esa posición, relata Torres. La iniciativa también contó con la aprobación del Consejo de la Facultad de Medicina, con Carlevaro como decano. Los apoyos de ambas instituciones fueron decisivos. Después de presentar una serie de informes, el proyecto fue aprobado en todas las instancias. Incluso la Facultad de Medicina extendió en 20 horas semanales, durante seis meses, el horario de trabajo de siete de los asistentes de la cátedra para destinar ese tiempo a profundizar su formación en conocimientos y destrezas específicas para la futura área.

“En esa etapa ya pasamos a la acción”, dice Torres. Como un paréntesis, agrega: “Los pensadores médicos españoles son muy relevantes, y uno de ellos, de un gran prestigio internacional, es Diego Gracia. Él dice que lo que distingue la condición humana es su capacidad de proyectar y que los proyectos

pasan por tres etapas: la primera cognitiva o intelectual, en la que se reconocen hechos; una segunda de evaluación, en la que establecemos juicios de valor sobre esos hechos; y un tercer momento, el práctico, que tiene por objeto su realización, transformar la realidad. Es lo que hace el médico cuando un paciente se presenta por primera vez y le relata cuáles son sus síntomas. Lo evalúa, estima esos hechos y, si los considera relevantes, inevitablemente se pasa a la tercera etapa, la de la acción, en la que intentará transformar esa realidad. El ser humano se mueve a partir de que tiene el deber de actuar y no puede quedarse sin hacer nada. Del mismo modo, nosotros teníamos que actuar, teníamos que dar ese paso”.

En 1985 se conformó una comisión integrada por la Dirección del Hospital, el profesor Luis Praderi (Cirugía), el profesor Hernán Artucio (director del CTI), la nurse Dora Ibarburu (directora del Departamento de Enfermería), para establecer el programa y los planes para hacer realidad el Área de Cuidados Intermedios. Además, se conformaron varias subcomisiones para las diversas tareas preparatorias.

Se debía planificar una infraestructura particular para la nueva área, porque los enfermos graves requerían otras condiciones de internación. Por ejemplo, había que compartimentar la sala, que por entonces alojaba varias camas sin separación entre ellas. Era necesario contar con un lugar para el acompañante permanente de cada paciente y el espacio debía adaptarse a determinados procedimientos terapéuticos y de monitoreo que se llevarían adelante. Había que instalar equipo para oxigenoterapia y aspiración centralizadas, y para una monitorización cardíaca continua. También se debía contar con locales de enfermería limpia o sucia, teniendo en cuenta que se alojarían allí enfermos inmunodeprimidos, y se necesitaría una sala para reanimación con el equipamiento requerido frente a la sala de internación para el caso de que ocurriera un paro cardiorrespiratorio.

Era imprescindible también una sala médica para pases de guardia, registro de historia clínica y evoluciones, y para la discusión de los casos clínicos. Torres, que fue uno de los más jóvenes titulares de la Cátedra de Medicina Interna, consideraba que los acelerados avances científicos, que promovieron la especialización en diversas áreas de la medicina, requerían un abordaje grupal e interdisciplinario. El médico ya no era aquel profesional enciclopedista que manejaba todas las materias, sino que la medicina había cambiado y requería de colaboración desde distintos ámbitos. Con esta realidad, había que prever también en las nuevas instalaciones un ámbito de encuentro para los médicos en el que deliberar y unir esfuerzos para solucionar problemas complejos.

La Cátedra de Medicina Interna intentaba desarrollar esos ámbitos. “Se estimulaba el trabajo grupal. La Facultad tiene una estructura de grados en sus clínicas, que conforman equipos. Pero el equipo no funciona como un grupo: es más vertical, tiene un carácter piramidal. El grupo es más horizontal, más democrático, permite que cada uno aporte lo que tiene que aportar, e incluso los liderazgos, en algunas situaciones o responsabilidades, se van dando dentro del propio grupo de acuerdo a cómo cada cual interviene, conoce o tiene vocación por determinadas cosas”, afirma Torres. Esto era lo que promovía la cátedra. Por lo tanto, necesitaba un ambiente para que el grupo funcionara en conjunto, y ese espacio se transformó en uno de los corazones de la clínica.

“En 1985, a la salida de la dictadura, vivíamos un momento particular del país, un momento solidario”, recuerda Torres. “Tal es así, que las relaciones con el gobierno que se instaló, aun manteniéndose naturales diferencias político-ideológicas, eran más fáciles”, agrega. Es así que el Poder Ejecutivo envió una cuadrilla del Ministerio de Transporte y Obras Públicas a trabajar con los funcionarios del hospital, a la que Torres recuerda como un

equipo muy comprometido con este trabajo. El entonces catedrático se reunía a primera hora de la mañana con el doctor Luis Tambo-rindeguy, que era su profesor adjunto y tenía experiencia en CTI, y elaboraban con el capataz, José Carlos Penino, las tareas para ese día, que de inmediato se comenzaban a llevar adelante. “Pero los problemas eran infinitos y todos teníamos que poner el hombro”, afirma. Mientras tanto, otras subcomisiones estudiaron aspectos organizativos vinculados con el personal médico y no médico: el número, la distribución horaria.

Para el equipo que se sumaría al Área de Cuidados Intermedios se organizaron cursos con dos módulos extensos y se brindó capacitación en maniobras específicas, como la colocación de una vía aérea, una vía venosa central y la reanimación cardiorrespiratoria. En simultáneo, Enfermería, a la que Torres califica como un puntal en este proceso, llevaba adelante su proceso de capacitación del personal, y Cirugía el suyo.

También fue necesario elaborar normas de ingreso y de egreso a la clínica, de pases de guardia, de trabajo en sala, de información al paciente y familiares, así como protocolos diagnóstico-terapéuticos para patologías que se preveía que serían derivadas al sector.

Aunque algunos consideraban que había que dejar pasar el verano para comenzar con esta nueva etapa, Torres no encontró motivos para esperar y el Área de Cuidados Intermedios se puso en marcha el 4 de enero de 1986. Ese día las nuevas instalaciones recibieron a su primer paciente, uno de los 675 que pasarían por allí ese año.

“En 1985 y 1986 comenzó una primera etapa, fundacional, difícil, trabajosa, en la que se conjugaron elementos doctrinarios y fácticos. En esa etapa la realidad va sumando elementos a todo lo que había sido programado, te va mostrando qué hay que agregar, quitar, modificar, y eso fue lo que sucedió a lo largo del tiempo”, recuerda Torres, y agrega: “Todo lo anterior fue fruto de un trabajo que

EL DOCTOR JORGE TORRES FUE DIRECTOR DE LA CLÍNICA MÉDICA C Y CATEDRÁTICO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS ENTRE 1981 Y 2002, Y DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS DE 2002 A 2006. FUE PRESIDENTE DEL CUERPO MÉDICO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, PRESIDENTE HONORARIO DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, NOMBRADO PROFESOR EMÉRITO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y ELECTO PRIMER PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY DE 2011 A 2015.

involucró a médicos de nuestro servicio, entre los que destaco a la figura del doctor Tamborindeguy, creativa, constructiva, altruista, así como de otras disciplinas, por ejemplo, el CTI —Hernán Artucio, Humberto Correa, Carlos Hiriart, Daniel Rivara—”.

Además, mientras se desarrollaba ese proyecto, también se llevaban adelante programas de asistencia en otras áreas, docencia de pre y posgrado y se investigaba en temas como las enfermedades autoinmunes, tromboembolismo pulmonar, asma, fiebre prolongada de difícil diagnóstico, síncope, neuropatía autonómica, dislipidemias, hipertensión arterial, entre otras líneas de trabajo.

Parte de la tarea

"En los congresos el fuerte son los relatos, en los que se transmiten experiencias grupales para que otros las conozcan. Las distintas clínicas hacían propuestas de relatos para el Congreso Nacional de Medicina de 1989, y nosotros propusimos que el tema fuera el paciente grave no crítico. De este modo, el tema ya no era diabetes, hipertensión, infarto; no era una enfermedad, sino una situación a la que podían llegar muchas enfermedades, cualesquiera que fueran”.

"Ese relato, además, motivó un libro, el primero sobre el paciente grave no crítico", relata Torres. Aquel libro, señala, recoge el análisis de las primeras casuísticas del Área de Cuidados Intermedios, "en angor inestable, disonías, la importancia de la gasometría del equilibrio ácido-base en la caracterización de las insuficiencias respiratorias, las infecciones en el inmunocomprometido e inmunodeprimido, la insuficiencia renal en los enfermos graves”.

Ese mismo año, se desarrollaban en la Facultad de Medicina reuniones para trabajar en modificaciones en las clínicas médicas y quirúrgicas. El decano propuso al Consejo de la Facultad un análisis de la experiencia de los cuatro años del Área de Cuidados Intermedios del piso 8 del Hospital de Clínicas.

Otras clínicas del hospital universitario no contaban con un área de ese tipo ni tampoco las había por entonces en el Hospital Pasteur ni en el Maciel. "Carlevaro, luego del análisis del informe que elevamos, propuso que todas las clínicas universitarias en el Maciel, el Pasteur, el Hospital de Clínicas, sin exclusiones, deberían tener un Área de Cuidados Intermedios. No fue posible. La realidad económica no lo hacía posible. El ideal se transformó en una utopía. Lo más relevante fue que la resolución del Consejo significó un histórico respaldo para el grupo que dirigíamos”, afirma Torres.

El profesor permaneció como catedrático en la clínica durante lo que denomina una etapa de consolidación, que se extendió desde 1990 hasta 2001 o 2002. En esos años se publicaron otros dos libros sobre el trabajo que se llevaba adelante en la clínica. Se desarrollaron, además, nuevas líneas de trabajo: tromboembolismo pulmonar, arritmias, insuficiencia cardíaca, endocarditis bacteriana. En el Congreso de 1997 se presentó la experiencia recogida en nuevos temas y también se repasaron los mismos que en el Congreso de 1989 para analizar cómo había cambiado la realidad, la casuística, las técnicas diagnósticas y terapéuticas en ese lapso.

En 1998 el Consejo de la Facultad de Medicina aprobó una resolución presentada por la cátedra a cargo de Torres que hacía posible que los docentes de otras clínicas del hospital universitario se formaran trabajando en el Área de Cuidados Intermedios. El catedrático impulsó la resolución convencido de los beneficios que implicaba para los internistas recibir esa formación.

Después de que Torres terminara su tarea al frente de la cátedra y del Área de Cuidados Intermedios, los profesores Adriana Belloso, primero, y Juan Alonso, después, ocuparon ese lugar. De la labor que ellos desarrollaron, Torres destaca que "en contextos muy difíciles mantuvieron la línea doctrinaria inicial y profundizaron la tarea asistencial,

docente y de investigación, adaptándola a los avances científico-tecnológicos”. El catedrático agrega: “Ambos desde el inicio fueron referentes naturales del grupo. La profesora Beloso realizó una excepcional tarea docente-formativa de los integrantes del Área de Cuidados Intermedios y fue factor decisivo en la conformación del grupo. Una mención especial merece el actual catedrático, Juan Alonso, que comenzó a trabajar desde la apertura. Desde entonces hasta el momento asumió mayores responsabilidades. De más está agregar que en él resumo mi consideración científica, intelectual y personal a las decenas de internistas que hicieron posible el proyecto”.

“Esta fue una historia que tuvo lugar y fue posible en el Hospital de Clínicas, hospital universitario, público, en una Cátedra de Clínica Médica. Es una historia que yo narro con la conciencia de que fue fruto de una actividad grupal”, sintetiza el docente.

“Si trazo una raya, digo que fue muy positivo, por lo que nosotros pudimos hacer por los pacientes, el objetivo de nuestra profesión, pero también por la especialidad, que es una típica especialidad hospitalaria: la medicina interna”, evalúa Torres. “Ahora prácticamente en cualquier sanatorio u hospital hay un Área de Cuidados Intermedios. De tal manera que aquella experiencia mostró su razón de ser”, agrega.

El contexto en que se desarrolló este proyecto se hizo cada vez más difícil por carencias de insumos, debidas a los problemas económicos que atravesaba el Hospital de Clínicas, señala, y afirma que en este contexto “cobra relevancia el fuerte compromiso universitario del personal, para salvar o minimizar los obstáculos”.

La del Área de Cuidados Intensivos “es una historia que no es solo de los médicos”, recuerda Torres, que hoy es un referente en la medicina. Aclara que él narra esa historia desde el punto de vista de los médicos, pero “otros tuvieron muchísimo que ver con esto”,

en particular Enfermería, que transitó su propia transformación y se involucró de manera muy intensa en este proceso.

“Es también una historia de vida. La actividad hospitalaria congrega. No se trataba solo de una guardia semanal. Incluso cuando uno trabajaba en otras salas, como transcurría todo en el mismo piso, esto permitía a cada docente el seguimiento diario de la evolución de los pacientes de ese sector”, recuerda Torres. “De tarde al fin de tus otras tareas decías: ‘Me voy a pasar un rato por la clínica’. Sabías que estaban tus compañeros de guardia, que te ibas a encontrar con un ateneo clínico con especialistas o simplemente ibas a tomar mate con tus colegas de tareas y de vida. La gente centraba allí gran parte de su vida. Era un lugar en el que querías estar”. ♦

22

COLECCIONABLE

CONTACTO: sermedico@smu.org.uy



MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

Por los derechos de todos

El conflicto de intereses entre el derecho de la población a ser asistida y el de los equipos asistenciales a no exponerse a situaciones riesgosas es una tensión que motivó que la Comisión de Seguridad para la Asistencia Médica Prehospitalaria se pusiera a trabajar en un protocolo de acción para las situaciones de inseguridad.

Creada en 2011, reunió a diversos actores, como la Federación Uruguaya de la Salud, la Cámara de Emergencias Móviles, la Federación de Funcionarios de Salud Pública, el Ministerio del Interior (MI) y algunos prestadores integrales de salud, para “empezar a analizar el problema desde todos los ángulos”, contó el director político de la Unidad de Negociación Colectiva y ex secretario del Sindicato Médico del Uruguay, Gustavo Grecco.

“La idea era analizar el significado del concepto médico legal y en paralelo el riesgo de omisión de asistencia que se crea en base a la situación de inseguridad que sufren los equipos asistenciales que están en la calle, trabajando en comunidad, en el primer nivel asistencial y en las emergencias móviles”, para lo cual se consultó al Colegio Médico, a la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, a estudios jurídicos asesores del Sindicato y al Ministerio de Salud Pública.

“La respuesta intuitiva de cualquier ser humano ante el peligro es retirarse, pero eso implica dejar sin asistencia a alguien que lo precisa y esto, desde el punto de vista de la persona necesitada, es una agresión, una vulneración de sus derechos, condicionada no por nosotros, sino por el contexto de seguridad”, afirmó.

Así se fueron elaborando documentos “en igualdad de condiciones”, es decir, contemplando las distintas visiones de cada uno de los actores y considerando al equipo asistencial en su totalidad, algo “fundamental” para Grecco.

Los primeros intercambios revelaron una gran heterogeneidad en la respuesta de los diversos

equipos. “Variaban mucho los protocolos de cada una de las empresas privadas y públicas, entonces decidimos trabajar sobre un concepto fundamental para todos los involucrados, que es mantener la asistencia de la población, a pesar del cambio de condiciones de inseguridad y la desestigmatización de las conocidas ‘zonas rojas’”, sostuvo.

Finalmente, se acordó un protocolo de acción que se firmó en marzo de 2014 por todos los actores —menos el MI, que adherirá en los próximos días—, que pretendió “uniformizar la actuación de los distintos equipos, sean públicos o privados, ante las situaciones de violencia, igualando los derechos de todos los involucrados”, afirmó Grecco.

“Jamás el colectivo médico ni de funcionarios va a decir ‘a tal zona no entramos y punto’”, estableció. El acuerdo determina que en condiciones de inseguridad el equipo asistencial se retrae y, una vez restablecidas las condiciones de seguridad, se vuelve a la normalidad.

Aprovechando la incorporación de la firma del MI en los próximos días, el colectivo revisó el protocolo de manera de cubrir algunos temas que salieron a la luz con su implementación y que no estaban previstos.

“Incluimos las emergencias climáticas, que también resultan una exposición al riesgo para el equipo, y por otro lado, estamos pensando en ampliar el protocolo a los médicos de familia”, estableció Grecco, quien consideró que al momento está “mucho pensado para la logística de la emergencia móvil”.

Además, se pretende incorporar al médico de radio de una mutualista, “que necesita medidas adicionales para su protección”, tomando como punto de partida un acuerdo firmado con la Administración de Servicios de Salud del Estado en el que se estableció proveerlos de “autos y ropa que los identifique y horarios específicos para entrar a determinadas zonas, para mejorar su seguridad”, culminó. ♦

NOTA DE TAPA

El sistema de salud de Uruguay desde la perspectiva médica

Antes de 2007 el sistema sanitario del país atravesaba una situación compleja. Se percibían problemas desde el punto de vista económico, organizacional y asistencial: indicadores de salud desactualizados que no respondían a la estructura epidemiológica del momento, dificultades en la cobertura o mala distribución de recursos.

El modelo de atención tenía un sesgo curativo y asistencialista. Las instituciones mutuales sufrían una profunda crisis financiera, lo que desembocaba en una calidad de asistencia deficiente. A esto se le sumaba el multiempleo del personal de salud.

Con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado por la Ley 18.211 de 2007, se intentaron corregir estos déficits y se lograron en cierto modo algunos cambios importantes, sobre todo en aspectos vinculados al financiamiento.

La población cubierta por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) también se amplió con respecto al sistema anterior, y continuó haciéndolo, incorporando con el correr de los años cada vez más colectivos a la cobertura formal.

¿Cómo han impactado los cambios jurídicos introducidos en 2007 en la medicina y en la calidad asistencial? ¿Dónde se encuentran los déficits más complicados de resolver? ¿Hacia dónde debería dirigirse una nueva etapa de la “reforma”? ¿Cuál es el desafío más importante que tiene la medicina de nuestro país de aquí a diez años? ¿Funciona realmente “integrado” el sistema de salud, tal como lo anuncia su nombre?

Luego de nueve años de la creación del SNIS, **Ser médico** consultó a diferentes actores del ámbito

de la salud para que dieran su visión sobre estas cuestiones.

Buscamos conocer qué piensan médicos que actúan o actuaron en ámbitos políticos, de docencia, de gestión y clínica, ya que creemos que las evaluaciones, opiniones y críticas en general no han aparecido desde la perspectiva médica y consideramos de suma importancia que esta mirada esté presente.

ÁLVARO DANZA
(MÉDICO INTERNISTA Y FARMACÓLOGO,
PROFESOR AGREGADO DE CLÍNICA MÉDICA DE
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR)

¿Cuáles eran sus expectativas de un SNIS?

-Me imaginaba un sistema de alcance nacional y que estuviera integrado. Con mucha complementariedad asistencial, que en un país pequeño pudieran existir lugares donde se atendieran las cosas muy bien independientemente de que pertenezcan a Juan o a Pedro. Y no estoy hablando necesariamente de centros de excelencia o de referencia, estoy hablando más en general, y es algo que no se ha podido lograr. La atención sigue siendo profundamente fragmentada a lo largo y ancho del sistema, tanto en la medicina pública como en la privada. El paradigma de la fragmentación asistencial es el sector público. La otra mirada del SNIS era romper algunas barreras y que no hubiera una medicina con pocos recursos para la gente de pocos recursos y de muchos recursos para la gente de muchos recursos. Eso sigue siendo así lamentablemente. No cambió radicalmente ese modelo aunque mejoró.



¿Cómo evalúa la calidad de atención en los sectores público y privado?

-Las mejoras en el sector privado han sido más significativas, ha habido una mayor incorporación tecnológica e inversión en infraestructura, mayor preocupación por la calidad asistencial considerada como parámetro global, pero sigue siendo heterogéneo y no va a dejar de serlo. Pero la brecha más importante no es en el privado, sigue siendo público/privado.

¿Cuáles son las causas por las que no se avanzó en la calidad de asistencia en el sector público?

-Creo que se partía de un piso tremendamente bajo. Se partía de menos tres mil. El sector privado no partió de menos tres mil, ahí hay una diferencia importante. Vamos a ser honestos, vamos a reconocer que ahí hay una herencia maldita. Además ASSE tiene una dispersión asistencial tal que es muy difícil equiparar todos los niveles y todas las prestaciones a la misma calidad.

¿Cuál es la imagen objetivo ideal para las características de nuestro país?

-La fragmentación público/privado va a seguir existiendo en Uruguay. Creo que tendría claramente algunos objetivos de cuál es el piso que les exijo a las instituciones, sean públicas o privadas. Además, dejaría de tener algunas pequeñas islas y algunos pequeños feudos de salud. El cambio que hubo no ha sido en la calidad asistencial ni en la de salud, hay esfuerzos, se está tendiendo a... pero estamos lejos.

Ha trabajado en la Universidad con el tema del Hospital de Clínicas. ¿Cómo cree que debería insertarse en el sistema de salud?

-El Hospital no fue integrado por el gobierno frenteamplista, fue expresamente excluido y progresivamente ASSE ha ido prescindiendo de él, y de hecho, hoy en día deberíamos estar suscribiendo un convenio por 55 millones de pesos adicionales a los 70 anteriores y ASSE lo está postergando. Porque no está claro para qué sería. Creo que el objetivo debería ser seguir teniendo un Hospital Universitario, que sea el lugar donde se transmita el conocimiento biomédico con absoluta autonomía del poder político y administrativo; y ahí uso la palabra autonomía en su pleno sentido, la autonomía universitaria como autonomía académica, autonomía en la creación del conocimiento que no ignora al país, pero que mira las necesida-

des de la investigación científica por encima de las necesidades de la administración.

En ese concepto, ¿hay una necesidad de redimensión del Hospital Universitario?

-Para mí, es necesario redimensionarlo.

¿Qué piensa de la recertificación de los médicos?

-La recertificación es el gran debe del sistema de salud, desde todo punto de vista. Es como una pelota que ha ido picando y rebotando, pero que nadie la termina de agarrar.

¿Quién tiene que hacerlo?

-La Facultad de Medicina, pero hoy en día no es posible porque no tiene la infraestructura. Apenas tiene infraestructura para controlar los posgrados.

¿Cómo debería ser esa estructura?

-Creo que tiene que haber una especie de superintendencia que tome, que se nutra de los sindicatos, de las sociedades científicas, de la academia, del colegio médico, una comisión directiva, una dirección técnica, y montarse una estructura de acreditaciones como se hace en otros países. Habría que recertificarse cada cinco o seis años. El conocimiento médico se vence, caduca al cabo de cierto tiempo. Y los actualizados que reciban un pago variable... ¿No está de moda el pago variable? Igual creo que hay gente que no se va a recertificar.

¿Dónde está la resistencia a recertificarse? ¿Los usuarios no deberían saber qué médicos están recertificados?

-Debería haber una web donde puedas chequear cada médico, qué títulos tiene, si se recertificó y cuándo. La ausencia de recertificación médica es un símbolo de retraso cultural. Ese es el desafío para los próximos años en lo que tiene que ver con la calidad asistencial médica estrictamente, y ese es el desafío del SNIS.

También le preocupa el tema de los medicamentos y la farmacología, ¿por qué?

-En nuestro país no hay una política real de medicamentos. El MSP hace el Formulario Terapéutico de Medicamentos con un comité que asesora, pero con muy pocos recursos técnicos. La incorporación de nuevas moléculas, de nuevos medicamentos, se hace con muy poco fundamento técnico. En parte porque no hay una estructura adecuada.

**ALFREDO SOLARI
(MÉDICO, ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE
SALUD, EX MINISTRO DE SALUD PÚBLICA)**

¿Cuál fue el principal cambio que introdujo la creación del SNIS?

-Los cambios normativos jurídicos de 2007 más importantes alcanzaron tres áreas con distinto grado de intensidad: el financiamiento casi universal de corte seguro social, el conjunto y la calidad de los servicios a que tienen derecho los asegurados y, en un nivel mínimo, la estructura organizacional. Modificaron fundamentalmente el financiamiento de los servicios, pero no introdujeron cambios significativos en su estructura.

¿Considera que hubo mejoras en la calidad de los servicios de salud?

-Es imposible responder objetivamente, pues no hay consenso sobre cómo medir en forma rigurosa, objetivable, la calidad de los servicios asistenciales. Hay impresiones, algunas muy favorables y otras muy desfavorables. Mi impresión es que la calidad de los servicios no varió sustancialmente como consecuencia de los cambios introducidos en 2007.

¿Quiénes han resultado ganadores y perdedores luego de los cambios jurídicos de 2007?

-Aumentó el flujo financiero hacia las organizaciones asistenciales, particularmente hacia ASSE, organismo que objetivamente perdió cantidades importantes de usuarios. Creo que los funcionarios y los proveedores de ASSE han sido quienes más se beneficiaron de los cambios. Esa “ganancia” no parece haberse traducido en mejoras de acceso y efectividad de los servicios proporcionados a sus afiliados.

¿Cree que la medicina es la parte “débil” de la “reforma” del sistema de salud?

-Los cambios de 2007 no incursionaron con profundidad en la forma de brindar la atención médica, ni en lo ambulatorio ni en la internación. La causa de esta debilidad sobrepasa las fronteras nacionales: no hay en el mundo pautas claras de cómo adaptar la práctica individual de una profesión liberal como la medicina con las obligaciones y derechos correspondientes a un entorno organizacional con obligaciones y derechos compartidos con otros actores. Las reivindicaciones de los anestésicos quirúrgicos son, en buena medida, la expresión concreta de esa dificultad.

¿Cuál es su imagen objetivo de un sistema de salud para las características de nuestro país?

-Desde el punto de vista demográfico-epidemiológico, las organizaciones de salud que componen el sistema deberían poner más énfasis en lo preventivo, incluida la responsabilidad personal en el “cuidado de la salud”. El énfasis en el financiamiento solidario, promovido correctamente en la creación de Asignaciones Familiares, luego de DISSE y finalmente en el Fonasa, justificable en razones humanitarias, no contribuye a promover conductas saludables a nivel individual o grupal. Ese equilibrio entre responsabilidades individuales y colectivas es particularmente difícil en la sociedad uruguaya en la que se contradice el “discurso solidario” con la “actitud individualista”. Por otra parte, el “sistema asistencial” es institucionalmente muy complejo, lo que dificulta su uso oportuno por parte de los usuarios.

El ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, ha dicho públicamente que existe una tensión entre complementación y competencia, ¿cree que es así?

-Esta tensión existe y es inevitable, sobre todo en especialidades con mayor exclusividad y en departamentos más pequeños, con menor cantidad de médicos. Es muy costoso y muy poco eficiente hacer funcionar dos o más servicios de emergencia en una ciudad pequeña. Lo razonable es que exista complementación y un solo servicio bien equipado y con personal adecuado. El desafío de las complementaciones radica en evitar la conjunción del interés público-privado para beneficio propio o grupal.

¿Cómo se ha resuelto eso hasta ahora?

-Esos desafíos se han resuelto mal por falta de transparencia.

¿Qué se debería hacer desde el gobierno para resolver correctamente esta tensión? ¿El Estado debe intervenir para limitar la competencia?

-Sería un grave error que el Estado creciera para limitar la competencia. La solución en el mundo ha sido transparentar los conflictos de interés de forma de que los interesados se controlen entre sí.

Con la reforma aumentó la población amparada en un seguro formal de salud. ¿Considera que aumentó la equidad en el acceso a cuidados sanitarios independientemente de la capacidad de pago?

-Los cambios de 2007 modificaron la formalidad de la cobertura pero no la accesibilidad a los servicios, la

que de hecho era universal desde hace varias décadas. El presupuesto de ASSE y del Hospital de Clínicas, por fuera del Fonasa, sigue constituyendo un subsidio indirecto al financiamiento de quienes carecen de cobertura formal. La “accesibilidad propiamente dicha” es relativamente igualitaria desde hace muchas décadas. La cobertura financiera, es decir, el derecho formal a recibir los servicios necesarios con un pago asegurado (individual o grupal), se ha ido perfeccionando. Los cambios de 2007 han sido un paso importante para extender la cobertura. Pero aparecen nuevos desafíos, particularmente con el surgimiento de tecnologías de muy alto costo que amenazan la equidad en la accesibilidad y en la cobertura.

ARTURO BRIVA
(MÉDICO INTENSIVISTA, PROFESOR ADJUNTO DE MEDICINA INTENSIVA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR)

¿Podría hacer una evaluación sobre el sistema de salud uruguayo antes y después de la reforma de 2007?

-El SNIS creo que fue un gran instrumento económico administrativo y en lo sanitario le falta mucho por avanzar, básicamente porque mucha de la integración que hay en los papeles o en la ambición de la complementariedad y la búsqueda de compartir fortalezas y debilidades entre el sistema público y privado para la medicina intensiva ocurre muy escasamente. Me sobran los dedos de la mano para contarte algún caso en que el CTI público y el privado realmente busquen como objetivo la complementariedad. Los aspectos económicos y administrativos son el 80% del funcionamiento del sistema, en el resto queda muchísimo por hacer. No tenemos un protocolo común en los CTI de Uruguay. Está bien que cada CTI tiene el derecho de hacer las cosas como mejor le parezca, respaldado por la evidencia, pero ni siquiera dentro de ASSE existe un protocolo común para tratar lo mismo.

¿Cómo es la situación actual de la medicina intensiva? ¿Se ajusta a las necesidades del país?

-Cuando se habla de cantidad de camas a secas hay algo medio engañoso. Cuando se calcula la cantidad de camas cada 10.000 habitantes, el número que tenemos no está tan mal comparado con el mundo. Es cierto, pero a medias cierto. El sistema no está integrado en el CTI. No hay un pool de 690 camas para todos los enfermos de Uruguay. Hay dos grupos de camas: las del público y las del privado. El público

sigue teniendo un déficit de camas y sale a comprar, y la venta del privado es opcional.

¿Cuál debería ser el objetivo?

-En medicina intensiva el sistema va a estar realmente integrado el día que vos tengas a un señor que paga un servicio privado y se le diga “en este momento no tengo la cama acá pero hay una disponible para usted en otro sanatorio/mutualista/a 100 kilómetros de acá”. Eso es lo que les pasa a los pacientes del sector público. El día que pase eso efectivamente se van a tener 700 camas de CTI para tres millones de habitantes. Hasta ahora es mentira.

¿Y los objetivos en cuanto a calidad?

-El mantenimiento de los CTI es otro problema. En esto estuvimos trabajando en la Convención Médica. No hay ninguna estructura, ni ministerial ni de las sociedades científicas ni de las mutualistas, que se asegure de ir marcando cuál es el piso. Para el CTI no tenemos quién nos marque cuál es el piso tecnológico y además el mantenimiento que hacemos de los equipos. No existen documentos que me sigan afirmando que el ventilador que mandé reparar siga cumpliendo con las características con las que yo lo compré.

¿Qué datos deberíamos tener que reflejen la calidad de los CTI?

-Nosotros podemos medir la mortalidad, pero al tratarse de pacientes que están graves tenemos que medir la mortalidad contra algún sistema que te marque la gravedad del paciente, por ejemplo. Puedo tener un paciente con 80% de chances de morir y que efectivamente se muera y eso no es necesariamente un mal resultado para el CTI, sino que había un paciente muy grave, y como indicaban la mayoría de los *scores*, el paciente terminó falleciendo.

¿Ha notado un fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA)?

-El PNA necesitaba tener un empuje y que alguien le pusiera atención. Que el diagnóstico se haga antes, evita conocer al paciente con una complicación grave. Lo que pasa es que también se empiezan a encontrar pacientes complejos y se necesita traerlos al sistema. Enfocarse en el Primer Nivel no se puede ver solo como una herramienta para desagotar a los otros niveles. Además, persiste un tema cultural y administrativo, el paciente tiende a ir al hospital, se siente más seguro allí que en una policlínica chiquita, y eso es difícil de cambiar.

¿Qué opina de los centros de referencia? ¿Pueden ser un instrumento o herramienta para algún tipo de mejora?

-Para superar el tema del número en Uruguay, los centros de referencia sin dudas son una herramienta. Si además esos centros son el lugar de investigación y desarrollo, también, ya que se generan en un solo lugar las respuestas a muchos problemas. Como todo en Uruguay, tenemos que ser honestos y decir que generar los centros cuesta dinero, y no necesariamente se va a poder abrir un centro para cada patología que haya en el país (que tampoco correspondería). Actualmente, hay mucha autodenominación. Pero la realidad es que si mañana quiero abrir un centro de referencia de algo, no tengo dónde ir a preguntar cuál es la pauta mínima porque no existe. Si todo el sistema de salud se pone de acuerdo en que en el quinto piso de tal institución hay un centro de referencia, después todos tenemos que mandar a los pacientes ahí. También hay que controlar la recertificación como centro de referencia. Por cuantos años se da la "chapa". Cada cinco años hay que ver números y evaluar.

¿Cuál es el desafío en cuanto a lo que usted considera como calidad?

-¿Con qué objetivos se ingresa al enfermo al sistema de salud? Se gasta mucho dinero en 15 días con un enfermo en el CTI, pero después vuelve a su mismo nivel de desprotección. No tenemos rehabilitación, fisioterapia, un montón de cosas que hacen al resultado final. En la calidad de la asistencia estamos bastante atrás de donde deberíamos. La calidad en el CTI pasa más que nada por mejorar las condiciones de trabajo, las de enfermería, por ejemplo, que es una profesión muy castigada. Desde el punto de vista tecnológico, que haya una estructura que marque cuál es el piso y que se fiscalice. Y hay que trabajar con los familiares, tener una mejor estructura, dar apoyo psicológico, por ejemplo.

ÁLVARO VILLAR
(MÉDICO NEUROCIRUJANO,
DIRECTOR DEL HOSPITAL MACIEL)

¿Podría hacer una evaluación sobre el sistema de salud uruguayo antes y después de la reforma de 2007?

-En la discusión colectiva sobre el sistema faltan datos. Todavía estamos en una discusión artesanal porque estamos debatiendo con base en impresiones y no en datos concretos. Lo que hay que hacer

es definir en función de las ideas cuáles datos necesitamos para respaldar o cuestionar.

¿Qué datos tenemos? ¿Son fiables, son correctos? ¿Sirve lo que publica el MSP cada febrero para comparar a los prestadores?

-No son indicadores correctos; evalúan medios y no fines. El fin de la atención es obtener cambios en la salud de la población y para eso primero hay que definir si esos cambios son responsabilidad en su mayoría del sistema de atención médica. Yo creo que solo una parte de la mejora de la salud de la población depende de las instituciones de atención médica. La mayoría de las medidas en este sentido no tienen que venir del sistema de atención médica; son medidas que se toman desde el punto de vista social, de las condiciones de vida, de la vivienda, del saneamiento. Una de las medidas más revolucionarias en la salud de la población fue el agua potable. No se puede medicalizar la salud. La mayoría de la información con respecto al cambio en las dietas, por ejemplo, no viene de los médicos ni del sector de la salud, viene de las revistas de divulgación, de las de moda, de las de actualidad, de las de chimentos.

¿Está bien que venga de ahí esa información?

-A veces se cree que nosotros los médicos tenemos que hacernos cargo de dar toda la información y no necesariamente es así. Las instituciones se tienen que hacer cargo de la enseñanza y la prevención porque es mucho más efectivo un programa de televisión bien hecho o un documental en Netflix que una charla hecha por un médico o enfermeras o nutricionistas. Lo que es responsabilidad de las prestadoras de atención médica es la atención, y hacerla bien, y para eso tenemos que tener indicadores.

¿Cuáles deberían ser los indicadores?

-Se pueden obtener con respecto a la prevalencia de determinadas enfermedades como es el cáncer de pulmón para que se promueva un cambio en los hábitos, y ese cambio no lo tiene por qué hacer el sector médico. De hecho, la revolución más grande desde ese punto de vista se llevó adelante y no la hicieron las instituciones de salud. Es probable que lo mismo ocurra si logramos modificar lo que comen los escolares mediante una política de desestímulo de la comida con ingredientes que no son los más sanos. El cambio no tiene que venir del sector médico; sí detectar que hay un aumento de determinadas enfermedades o que no han bajado algunas que deberían haberse corregido. Si

nosotros desarrollamos toda una política en la comunidad en el Primer Nivel para controlar a los hipertensos, a los cardiopatas, a la diabetes, tenemos que lograr medir resultados y ver si el sistema que organizamos funciona o no. Ya es momento de medir con resultados médicos si todo el desarrollo que hemos hecho en el PNA ha logrado mejorar esos indicadores.

¿Eso está medido?

-No.

¿Qué se mide hoy?

-Hoy los grandes indicadores son los que tienen que ver con embarazo y primera infancia. En eso se ha dado un salto muy importante y los resultados con respecto a la mortalidad infantil, que es el indicador más importante, son muy buenos. Pero tenemos que medir en el trabajo con la población adulta cuáles son los resultados y ahí tenemos enormes carencias, en definir esos indicadores.

¿Cómo se diseñan o construyen políticas públicas sin mediciones de resultados? ¿Se diseñan en el aire?

-Exacto. Tenemos un gran problema en la construcción de indicadores, que no los tenemos, también en la recolección de datos —si bien se avanzó mucho con respecto a la década anterior, persisten— y tenemos inconvenientes en cuanto a la confiabilidad de los datos. Vamos reaccionando a golpes, ese es un problema. Es vital, es fundamental para iniciar una nueva etapa de la reforma que definamos qué espejos retrovisores queremos que anden bien, todo no va a andar bien de primera, entonces elijamos determinados datos. No tenemos que definir como indicadores cosas que no son responsabilidad del sistema de salud. Los indicadores de la salud tienen que estar adecuados con lo que puedo controlar y modificar.

¿Cuánto tiempo llevaría construir ese tipo de indicadores?

-Puede llevar entre 10 y 20 años de trabajo. Pero medir resultados quirúrgicos lleva menos tiempo. Los indicadores de la cirugía de vesícula, que es uno de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el país, en tres a cinco años lo podemos lograr.

El presidente Vázquez anunció la incorporación de la cirugía laparoscópica de vesícula al Plan Integral de Asistencia. ¿Cuál es la relevancia de esa medida?

-Lo que me parece relevante es que al decir eso está

definiendo un indicador medible de calidad quirúrgica que obliga a modificar un montón de indicadores. La creación del centro de neurocirugía en Tacuarembó modificó la forma en que se lavaba las manos el personal quirúrgico. Eso a veces tiene una repercusión mucho mayor que los resultados de mortalidad de pacientes neuroquirúrgicos. Cuando en un hospital del interior se pone un CTI, se modifica la forma en que se tratan las infecciones, los antibióticos disponibles y el laboratorio de bacteriología del hospital; y con eso tal vez se salvan más vidas de las que se salvan en el CTI propiamente dicho. Hacer todas las cirugías con endoscopia obliga al entrenamiento de los cirujanos, obliga a la adquisición de torres de laparoscopia, que implica que se va a ver mejor y con mejor luz, obliga a la compra de sistemas de sutura y de coagulación que son más avanzados, con lo que mejoran no solo las cirugías de vesícula sino todas las cirugías. Automáticamente queda disponible para todo lo demás. Hay pequeños gestos que dan vuelta toda una situación.

¿Cree que esas cirugías deberían realizarse en los hospitales de todo el país?

-Las cirugías por endoscopia tienen que estar disponibles para todos los ciudadanos del país. Si la forma de hacerlo es que todos los departamentos tengan eso digo que no. Hay que definir pocos blocks quirúrgicos que tengan todo lo necesario. Para que un block funcione tiene que haber cirugía, anestesia, hemoterapia, radiólogo 24/7, un arco en C y personal de enfermería, instrumentación, etcétera, preparado. Tiene que haber un buen sistema de esterilización, un centro de materiales con todas las exigencias, que cada vez son más altas, y un CTI de apoyo. Eso no lo podemos garantizar en todos lados. Tenemos que definir cuál es la cantidad necesaria de blocks que podemos garantizar que manejen esos estándares de calidad, y creo que eso no puede ser en todos los departamentos.

Si pudiéramos garantizarlo, ¿sería correcto tenerlos igualmente considerando la escala que manejamos en Uruguay?

-Digo “no podemos” porque a veces las discusiones se resuelven más fácil tomando en cuenta si lo podemos hacer o no. Si no lo podemos hacer ni discutamos.

Pero dicho así parece que queda una solución intermedia y en realidad es una solución 100% porque es lo que verdaderamente necesita el país.

-¿Podemos tener la cantidad de policlínicas o de hospitales que tenemos en el país con el nivel de calidad

que deberían tener? No nos da la plata para eso. Tenemos que disminuir la cantidad de lugares y mejorar la calidad de esos lugares. Disminuir la cantidad de blocks quirúrgicos y mejorar la calidad. Eso es lo que yo creo que deberíamos hacer. Establecer cuántos podemos mantener y en función de eso hacer. También hay que pensar la cantidad de recursos humanos, que no son infinitos.

¿Cómo se puede solucionar el tema de escala con algunas técnicas poco frecuentes?

-En cirugía, por ejemplo, un problema importante que tenemos es que la población es chica y eso nos limita la cantidad de casos, pero la gran mayoría de los procedimientos quirúrgicos se pueden hacer en Uruguay y con muy buenos niveles de calidad. Una traba muy importante para analizar qué podemos operar y qué no es la forma de pago. Mientras que nosotros paguemos por el acto médico desalentamos la centralización, desalentamos que se creen grupos de eficiencia quirúrgica. Por ejemplo, en neurocirugía hay intervenciones de ciertos tumores que no los hacemos los uruguayos. Cuando tenemos un caso de esos, viene un neurocirujano del exterior con experiencia en ese

tipo de tumores. Creo que los cordomas, que son un tumor muy particular que tiene determinadas características propias y que tiene que operarse de una forma particular, no lo debemos operar los uruguayos, debemos traer, ya que son casos muy poco frecuentes, a un neurocirujano que tenga experiencia. Eso lo estamos haciendo.

¿Qué opina sobre la recertificación de los médicos?

-Hay que cambiar la idea de que la Facultad de Medicina termina cuando obtenemos el título, tiene que haber un sistema de cursos o de acceso a cursos de forma continua. A cosas básicas, farmacología, bioquímica, anatomía, que los médicos deberíamos repetir cada tanto. Debería haber una regulación. Tiene que haber, sobre todo, sistemas de aliento a la capacitación. Es inconcebible que nosotros no fomentemos de alguna manera que nuestros técnicos vayan a capacitarse. Un profesional, un médico, un cirujano, tiene que ir por lo menos una vez cada dos años a un centro de referencia y estar días ahí, adquirir un libro nuevo por año, incorporar una técnica nueva cada dos años, tiene que tener la posibilidad de discutir sus casos con colegas de forma frecuente. ♦

**ELEGÍ LO QUE MEJOR SE ADAPTE A VOS
Y HACÉ ÚNICO CADA MOMENTO.**



Ofrecemos un amplio portafolio de bebidas para cada ocasión y estilo de vida.



Coca-Cola Montevideo Refrescos SRL

El Alcion se transforma

La Colonia de Vacaciones del Sindicato Médico del Uruguay se encuentra en el inicio de un proceso que cambiará totalmente su fisonomía. El hotel está cerrado desde abril, ya que, según Gustavo Grecco, presidente de la comisión que se ocupa del tema, "las condiciones actuales no permiten mantener la colonia abierta para usufructo de los colegas, al menos hasta que no se realicen las reparaciones y mejoras que se necesitan".

El emblemático edificio, construido en 1938 en el balneario Solís, sufrió a lo largo de los años un importante deterioro, debido, de acuerdo a Grecco, "a la poca previsión y a la falta de inversión, producto de la ausencia de profesionalismo en la gestión".

Es por esto que la actual comisión directiva, que retoma un trabajo que había comenzado con la directiva anterior, está enfocada en la renovación de la colonia, que implicará una cuantiosa inversión para la profunda reforma edilicia que se proyecta.

"Llevamos un año y medio de elaboración de un proyecto de reconversión edilicia, que además estará atado a una nueva forma de manejar el hotel: no dejaremos de ser los dueños, pero profesionalizaremos la gestión, porque no es razonable hacer una inversión millonaria para mejorar el edificio si en unos pocos años vamos a estar en la misma situación. Ambas cosas son imprescindibles: la profesionalización de la gestión y la reconversión edilicia del hotel", explicó Grecco.

La transformación en marcha implica un mejoramiento de los procesos, cambios en la gerencia y asesoramiento profesional para su administración. Según Grecco, mediante estos pasos, "se logró revertir un balance operativo negativo en positivo, lo cual nos da para pensar que la colonia es sustentable como emprendimiento y como servicio al fin para los afiliados al SMU".

Con respecto a la reforma de la colonia, dijo: "Estamos en la fase final de un proyecto que se presentó al Comité Ejecutivo y luego una Asamblea General

Extraordinaria aprobó ponerlo en marcha, que es la implementación de un plan de reconversión arquitectónico con reparaciones a todo nivel de la planta física del hotel: habrá reformas estructurales, sanitarias, reacondicionamiento de las habitaciones y construcción de otras".

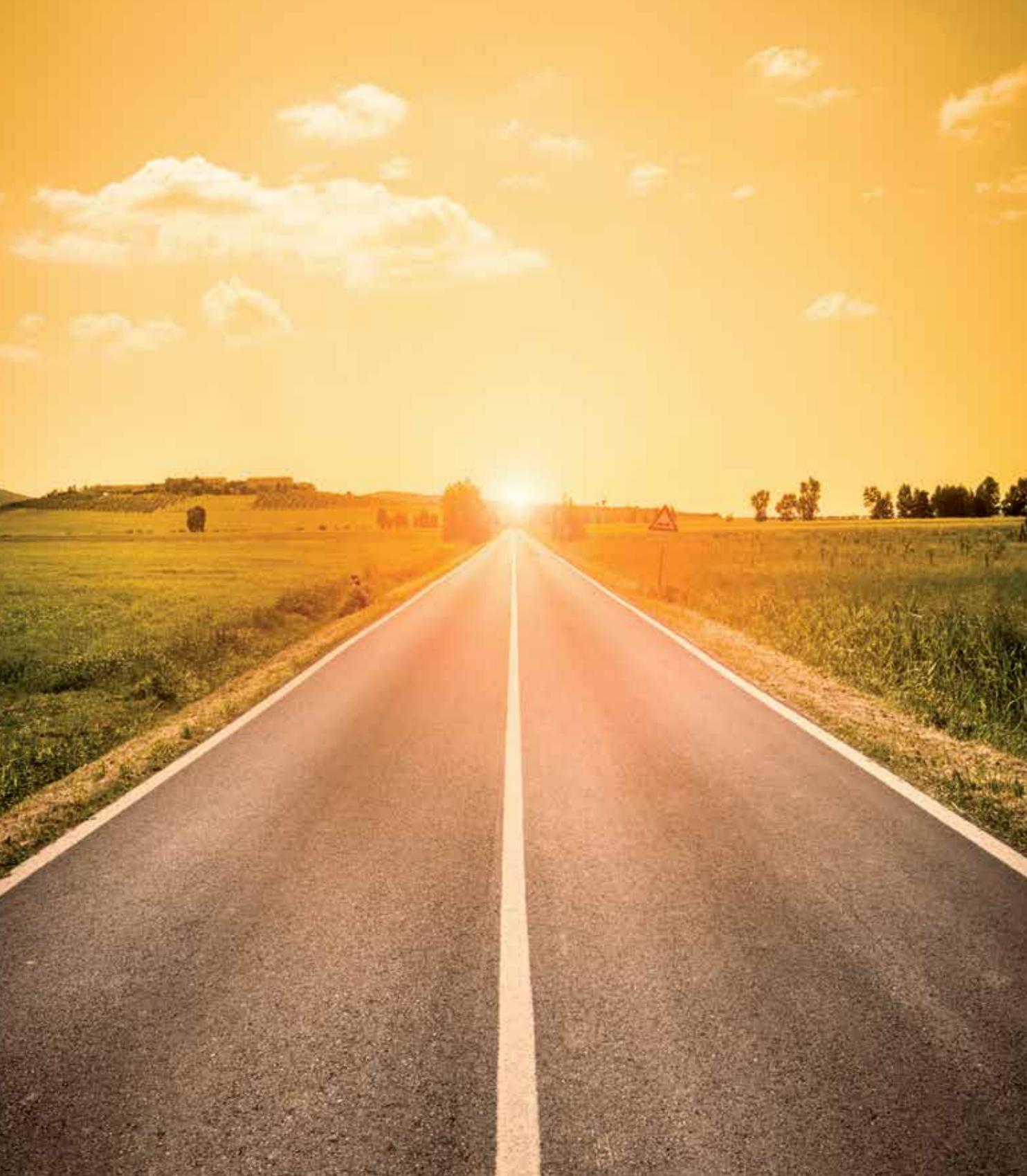
Además, la reforma significará un reperfilamiento general del hotel: de acuerdo al nuevo plan, será además un centro de convenciones, con la construcción de dos salas de conferencias que tendrán capacidad para 270 personas. Esto va a permitir un giro en la colonia; no solo como beneficio para los socios sino como un aporte para toda la comunidad científica. Además, el centro de convenciones será una fuente de recursos para el propio Sindicato, aunque el punto principal del hotel, afirma Grecco, "seguirá siendo el servicio que se presta al afiliado del SMU".

La idea es comenzar las obras antes de fin de año y su duración prevista ronda entre los 18 y los 24 meses.

Sobre su financiación, Grecco dijo que como primer paso se elaboró un plan de negocios a ocho años que demuestra la sustentabilidad del proyecto. El costo total oscilaría entre tres y cuatro millones de dólares y se financiaría con un préstamo al Banco República a ocho años mediante la creación de un fideicomiso.

"Los asesores económicos del Sindicato Médico del Uruguay realizaron un análisis crítico de todo el proyecto, que luego se presentó al Banco República para gestionar el fideicomiso", contó Grecco, y agregó que el proceso de análisis implica que existan "todas las garantías institucionales para que el SMU pueda asumir esta inversión, que es grande, teniendo los mínimos riesgos".

Durante el período que la colonia de vacaciones permanezca cerrada, se implementará un plan de beneficios para que los socios puedan usufructuar otros lugares. Así, habrá descuentos en hoteles, restaurantes y también en viajes a Buenos Aires por Buzquebus, entre otros. ♦



10 años recorriendo
un camino seguro



TODAS LAS VOCES

FOSALBA

• Consejo Privado: Se firmó el Laudo Único Nacional, que sustituirá todo lo anterior. Es sin duda una conquista histórica para nuestro gremio.

La mayoría de las especialidades ya están incluidas en la Reforma del Trabajo. Ahora llevamos la propuesta con la Sociedad de Cirugía e impulsamos las comisiones de laudo en IMAEs y Móviles. Viendo al país, el acuerdo salarial fue muy bueno. Todos tendremos aumento real.

- Consejo Público: Logramos aumentos diferenciales para los colegas más postergados, avanzamos en Alta Dedicación y Presupuestación. Aún falta mucho. Logramos que ASSE cambiara en algo su actitud.
- Hospital de Clínicas: Mantenemos la esperanza de que se priorice la necesidad de los pacientes y se tomen caminos posibles.
- Certificaciones médicas: Resurgido desde los empleadores, sin mirar indicadores y a la caza de culpables. El Sindicato Médico del Uruguay no apoyó el sistema ni su aplicación. Todos los

actores tienen para mejorar. Estamos trabajando con BPS.

- Seguridad del personal de salud: Hace años que buscamos reducir los riesgos defendiendo la asistencia. Avanzar en protocolos, informar y evitar improvisaciones.
- Retiro profesional: La Caja tiene problemas que todos sabían. Las medidas tomadas y a tomar no son simpáticas. Exigimos ser responsables, actuar con todas las generaciones y reformar la ley.
- Ley de Salud Mental: Necesidad sentida por todos. Muy trabajada por Psiquiatría con el apoyo del SMU. El Ministerio de Salud Pública logró una síntesis a mejorar e impulsamos su aprobación.
- El SMU sigue padeciendo actores corporativos que buscan provecho electoral en cada tema sensible. Salen con declaraciones sin construcción, que soslayan el trabajo de todos los representantes del Ejecutivo. No es fácil desnudar este sincretismo que solo busca cargos para sus mesías, aunque dañen la institución. ♦

GREMIALISMO AUTÉNTICO

Han transformado el SMU en unos pocos. Día tras día resuelven por un colectivo de miles de médicos. Tienen miedo, esconden los temas para resolverlos entre ellos. Este es un sindicato vacío, centralista y poco representativo. Esta es la forma de conducción del SMU a la que Gremialismo Auténtico se opone radicalmente.

Días atrás hemos tenido la triste noticia de la resolución del directorio de la Caja Profesional, que perjudica las pasividades que esta otorga. Con el mismo estilo: sin discusión y sin consulta, se afecta a un enorme colectivo de profesionales. La afectación de los pasivos también es preocupación de los activos por su futuro y es un más que nutritivo alimento para aquellos enemigos de la Caja Profesional.

Tenemos claro que en nuestra compleja vida el tiempo que disponemos para tratar los temas del colectivo médico no es mucho. Pero no po-

demos negarnos a estimular la participación en aquellos temas de interés general, y vaya que el futuro de la Caja Profesional lo es. Hemos solicitado la citación de una asamblea para debatir este tema, pero no se logró.

No nos rendimos: fuimos a buscar la opinión de los socios. Así, a puro corazón y en conjunto con médicos independientes y de otras agrupaciones, se juntaron 213 firmas para que, finalmente, en setiembre los médicos podamos debatir posibles soluciones para el futuro de la Caja Profesional.

No sabemos qué propuestas se discutirán y mucho menos lo que se resolverá. Pero nosotros creemos y defendemos ese SMU y lo que lo hizo grande a lo largo de su historia, el que apuesta al colectivo, a la consulta y al debate. Nos oponemos a esta conducción de unos pocos, irreflexiva y soberbia. ♦

TODAS LAS VOCES

MÉDICOS ASALARIADOS SOLIDARIOS (MAS)

El 31 de mayo los socios del Sindicato Médico del Uruguay votaron en un plebiscito histórico sobre la Reforma del Estatuto del SMU.

En dicho plebiscito, la Propuesta 3 (549 votos totales: 536 médicos y 13 estudiantes) resultó triunfadora de una manera contundente por mayoría absoluta de votos sobre la Propuesta 1 (417 votos totales, 362 médicos, 55 estudiantes) y sobre la Propuesta 2 (41 votos totales, 38 médicos y 3 estudiantes).

La propuesta triunfadora, la 3, fue impulsada por la unidad de la mayoría de fuerzas gremiales: MAS, Gremialismo Auténtico, UGM Fundacional y socios de otras agrupaciones e independientes que adhirieron al proyecto. (La Propuesta 1 fue impulsada por la actual dirección de la agrupación Fosalba y secundada por los representantes de UGM en el Comité Ejecutivo y por los delegados estudiantiles del este).

El nuevo Estatuto reafirma la transversalidad abierta e inclusiva propia de los organismos de la sociedad civil frente a la verticalidad exclusiva que caracteriza a las instituciones sectorialistas y cerradas.

El nuevo Estatuto reafirma la soberanía de los socios ejercitándola mediante los organismos de democracia representativa y de democracia participativa, asegurando la transparencia y la austeridad.

El nuevo Estatuto, aprobado por mayoría absoluta de votos, implica una poderosa reafirmación de los principios sindicales y democráticos del SMU y un mentís a la actual conducción que pretendía con su reforma verticalista del Estatuto consagrar su política sectorialista.

El triunfo histórico en el plebiscito de la unidad de las fuerzas sindicales anuncia el necesario cambio del SMU. ♦

ESTUDIANTES INDEPENDIENTES

Una vez más estamos finalizando un ciclo para comenzar otro en lo que al cogobierno de la Facultad se refiere. Tras la proclamación de los resultados de las elecciones universitarias de 2016, el 24 de agosto asumieron nuestros nuevos delegados al Consejo. Con ellos renovamos nuestro compromiso con los estudiantes, con nuestra casa de estudios, con nuestro hospital.

Gracias al apoyo del estudiantado, continuaremos trabajando para reformar nuestro plan de estudios, porque aún hay ciclos, cursos y unidades curriculares que necesitan mejorar, y ahora, luego de que egresó la primera generación del plan 2008, podemos tener una visión más general y objetiva de él.

Continuaremos trabajando para mejorar los cursos y talleres de capacitación extracurriculares, porque ellos le dan valor agregado

a nuestra carrera, y porque creemos que la capacitación continua es el camino.

Continuaremos trabajando para encontrar una solución definitiva a nuestro hospital universitario, porque las condiciones en las que se realiza la asistencia y docencia al día de hoy imponen prioridad.

Continuaremos recalando la necesidad imperiosa de contar con los recursos necesarios y el mejoramiento de su gestión, para que el hospital pueda continuar con su normal funcionamiento, así como también seguiremos mencionando la importancia de formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Continuaremos trabajando para estar cada día más cerca del estudiante, porque ese es nuestro rol, y porque ayudarnos durante nuestro paso por la Facultad debe ser nuestra prioridad. Una vez más, ¡gracias! ♦

TODAS LAS VOCES

UNIÓN GREMIAL MÉDICA (UGM)

Asistimos a una serie de hechos que tienen su relevancia y que es preciso enumerar; se logró un acuerdo de largo plazo en el sector privado que mereció el reconocimiento por parte del ministro de Trabajo; se está participando en un ámbito de trabajo al más alto nivel convocado por el presidente Vázquez, se logró un histórico acuerdo en el ámbito estatal por el que ASSE se encamina hacia la presupuestación de centenas de colegas y la implementación de más CAD.

Se está logrando una adecuación operativa y de servicios de la Colonia de Vacaciones con un ordenamiento de gastos y controles financieros con la perspectiva de poder pensar seriamente en un proyecto de mayor alcance.

Todos estos son logros que entendemos positivos, pero no suficientes para un colectivo que íntimamente siente que nuestras acciones no los atraen a la participación y que las inquietudes médicas revisten un extenso abanico de opciones que debemos estudiar con detenimiento.

La cuestión salarial es primordial y hace la diferencia para una profesión que ostenta los más altos índices de empleo desde la recuperación democrática. La enorme mayoría de los médicos ejercen una profesión liberal en un ámbito de dependencia laboral y es un colectivo que aprecia positivamente acceder a beneficios que le proporciona la formalidad en su trabajo.

Nos parece que debemos resolver el problema de quienes no accederán a los CAD y que también aspiran a una reorganización de su formato de trabajo, en especial a quienes

deben jugar un rol mucho más protagónico en la estructura y los procesos del SNIS, los médicos generalistas y los médicos de familia, ya que son la puerta de entrada al sistema y requieren los mejores estándares de calidad técnica y asistencial para nuestros usuarios de cualquiera de los dos subsistemas.

La cuestión vinculada a las condiciones de trabajo necesita de un examen minucioso y profesional, adecuado a las realidades actuales, pero pensando en la modernidad de los vínculos laborales por los que la informatización y la tecnificación avanza y la actualización profesional y la formación permanente en nuevas técnicas se hace imperioso.

Nos planteamos la necesidad de que el SMU se revalorice como institución defensora de los derechos laborales de todos los médicos sin distinción geográfica, prosiga su proceso de profesionalización incluyendo más comisiones que debatan y elaboren, sea capaz de generar las alternativas sociales y jurídicas que den motivo a una diferenciación positiva a la afiliación.

El SMU es un instrumento para el beneficio de los médicos y a través de ellos de la sociedad para la que trabajamos.

UGM se encuentra en un debate crucial, fermental, decisivo, ya que de su fortaleza seguramente surgirá una fuerza gremial capaz de vencer la hegemonía política, como ya lo hemos hecho, fortaleciendo el espíritu crítico e independiente de un gremio cargado de historia, pero que no ha resuelto cómo adecuarse modernamente al siglo XXI. ♦

MITO

“Se tomaron decisiones ilegítimas que implican recortar y limitar beneficios existentes con efecto retroactivo.”

REALIDAD

Las decisiones tomadas son legítimas y de no haberlas tomado se estaría incumpliendo lo que determina la ley orgánica de la Caja, ya que la renovación de las partidas complementarias y extraordinarias exige la resolución expresa del Directorio y "solo se podrán determinar previo estudio técnico que determine que no se afectará el cumplimiento de las prestaciones básicas consagradas legalmente así como de las posibilidades financieras que garanticen su viabilidad" (Art.106 de la Ley 17.738). A su vez necesitan aprobación de la Comisión Asesora y de Contralor, del Tribunal de Cuentas y eventualmente del Poder Ejecutivo.

No estando dadas las condiciones para su renovación, en lugar de dejar que cesaran de hecho, el Directorio ha definido un plan de implementación donde prima la gradualidad y la protección de grupos vulnerables así como una adecuada y necesaria anticipación para lograr los efectos deseados.

En ningún caso las medidas tienen efecto retroactivo.



www.mitosyrealidadescpu.uy

En el sitio se responde a los mitos más frecuentes y se promueve su difusión a través de las redes sociales.



Caja de Profesionales
Universitarios

Somos tu caja,
estamos contigo

SOCIALES FESTEJO DE GRADUACIÓN

Nuevos doctores

Como cada 31 de junio los flamantes egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República coparon el Mercado del Puerto. La cantidad de nuevos médicos fue histórica, ya que este año se reunieron más generaciones: la del plan 1968 y la primera del nuevo plan, que cursó un año menos.





1. Mario Poey, Andrés Lamonth y Martín Costas.
2. Carolina Alexandre y Natalia Batista.
3. Carolina Olivera y Leandro Bazzan.
4. Sebastián Puig, Irene Cabrera, Leticia Barro y Laura Barro.
5. Cecilia Méndez, Dante Santos, Juan Bessil y Valeria Nemirske.
6. Carla Ambrosoni, Alejandro Andrade y Denise Dubourdieu.
7. Rodrigo Dorelo, Dionisio Díaz, Diego Fleitas, Virginia Rodríguez Sande y Andrés Puchiele.



SOCIALES ANIVERSARIO DEL SINDICATO

Cerca del siglo

El 11 de agosto el Sindicato Médico del Uruguay cumplió 96 años. Con un día de anticipación, el aniversario se celebró en el Salón de Actos del SMU. Como todos los años, se realizó un reconocimiento a los Distinguidos Sindicales y a los médicos que pasan a la categoría de Socios Honorarios del Sindicato.



2. Dr. Jorge Basso (ministro de Salud Pública) y Dr. Julio Trostchansky (presidente del SMU).
3. Dr. Martín Rebella (ex presidente del SMU) y Dr. Fernando Tomasina (decano de la Facultad de Medicina).
4. Representantes del Comité Ejecutivo.





5



6



7

5. Dr. Alfredo Toledo (vicepresidente del SMU) y Dr. Vytautas Bagurskas Pakalkate: Mérito gremial y en el ejercicio profesional. **6.** Dr. Gonzalo Ferreira y Dra. Lilian Díaz Filgueira: Mérito docente, científico y en el ejercicio profesional. **7.** Dr. Luciano Ramírez y Dra. Hena Caorsi de la Fuente: Mérito científico, docente y en el ejercicio profesional. **8.** Dr. Alfredo Toledo y Dr. Juan Carlos Rodríguez Nigro: Mérito en el ejercicio profesional. **9.** Dr. Julio Trostchansky y Dr. Enrique Soto Durán: Mérito gremial y en el ejercicio profesional. **10.** Dr. Alejandro Cuesta y Dra. Estela Puig Quiruja: Mérito gremial y en el ejercicio profesional. **11.** Dr. Julio Trostchansky y Dr. Hugo Rodríguez Almada: Mérito científico, docente, gremial y en el ejercicio profesional



8



9



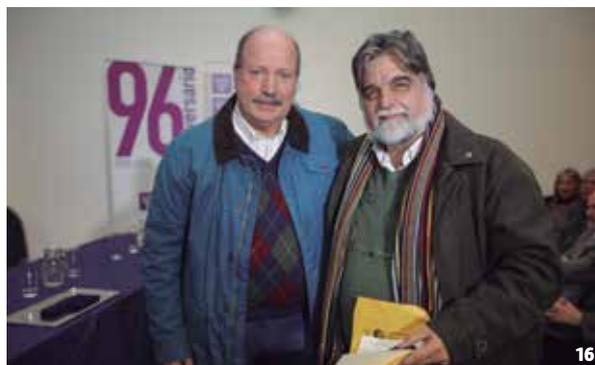
10



11



12. Dr. Alfredo Toledo y Dr. Nelson Suárez Suárez: Mérito gremial y en el ejercicio profesional. **13.** Dr. Martín Costas, Dr. Manuel Tejeira (socio honorario). **14.** Dr. Gonzalo Ferreira y Dr. Jorge Morillo García: Mérito docente y en el ejercicio profesional. **15.** Dr. Martín Bazzino y Dr. Pablo Matteucci Rinaldi: Mérito docente, científico y en el ejercicio profesional. **16.** Dr. Eduardo Lebrato y Dr. Álvaro Díaz Berenguer: Mérito científico, docente, gremial y en el ejercicio profesional. **17.** Dr. Alejandro Cuesta (secretario médico del SMU) y Dra. María Cristina Cavagnaro Obez: Mérito gremial y en el ejercicio profesional. **18.** Dr. Matías Pebet Arbin: Mérito científico, docente y en el ejercicio profesional y Dr. Martín Bazzino.



Ser del SMU

es tener **BENEFICIOS**

Nadie te cuida más

- Unidad de Negociación Colectiva
- Seguro de Responsabilidad Civil Profesional
- Biblioteca Virtual de la Salud
- Asesoramiento Legal (Administrativo, Civil, Laboral y Penal)
- Asesoramiento y acompañamiento en trámites jubilatorios
- Colonia de Vacaciones y Campo Deportivo
- Convenios y descuentos comerciales
- Alquileres de espacios para diversas actividades

**Vos ocupate de ejercer tranquilo.
Nosotros de que lo hagas seguro.**

**AFILIATE
AHORA**

**socios@smu.org.uy
2401 4701**



**Sindicato
Médico del
Uruguay**

**MÉDICOS
POR LA
CALIDAD**

**Nadie
te cuida más**



Br. Artigas 1569 - Facebook: /sindicatomedicouruguay
Telegram: /CanalSMU - Twitter: @smuruguay - Youtube: /smuruguay

En enfermedad venosa crónica y enfermedad hemorroidal...

daflon[®] 500

fracción flavonoica, purificada y **micronizada**

● el flebotónico superior



● **Eficacia clínica superior por su exclusivo proceso de micronización**

● **Mayor absorción**

● **Mayor rapidez de acción**

● **Mayor alivio para sus pacientes**



EFA LABORATORIOS
ANTIA, MOLL & CIA. S.A.

www.efa.com.uy

SERVIER

www.servier.com