



**LLAMADO
A LA UNIÓN**
97 años del SMU

**MUCHO
POR HACER**
Reforma de ASSE

**ANÁLISIS
A 10 AÑOS DE LA
REFORMA DE LA SALUD**



ser médico
REVISTA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

Deoflora

Saccharomyces boulardii

El probiótico adecuado para las diarreas
y con el mayor respaldo científico.



Indicaciones: Prevención y tratamiento de diarreas de diverso origen

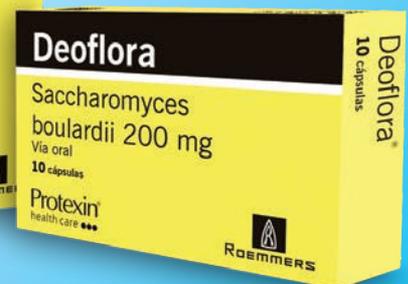
- Diarreas agudas y crónicas
- Diarrea post antibióticos
- Infecciones virales o bacterianas
- SII
- *Helicobacter pilori*



Los niños tienen por lo menos 1 o 2 episodios de diarrea en su primer año de vida. Es importante tratarlas por su incidencia en el crecimiento y desarrollo.



En adultos las diarreas más frecuentes son las asociadas al uso de antibióticos (DAA).



Cómoda
posología
cada

12hs.



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**



**Nadie
te cuida más**



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

Consejo editor

Dr. Gustavo Grecco
Dr. Martín Fraschini
Dr. Alejandro Cuesta
Dr. Felipe Schelotto
Br. Lucía Laborda

Nº 24 – Octubre 2017

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

Editor general

Eleonora Navatta
Depto. de Comunicación del SMU

Corrección

Magdalena Sagarra

Diseño

Jessica Stebniki

Fotografía

Leonardo Pose

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. Gustavo Grecco
Vicepresidente: Dr. Martín Fraschini
Secretario médico: Dr. Alejandro Cuesta
Tesorero: Dr. Felipe Schelotto
Secretario estudiantil: Br. Lucía Laborda

Vocales

Dr. Rodrigo Perna
Dr. Gerardo Eguren
Dra. Julia Galzerano
Dr. Rodrigo Perna
Dr. Luciano Ramírez
Dr. Daniel San Vicente
Dra. Josefina Tarigo
Br. Guilherme Abib
Br. Flavia Hernández

Arte de tapa

Ilustración de DANI SCHARF, para la nota "Cuestión de fondos" (página 30).



Sumario

4 DE LOCAL

2º Conferencia
Internacional de
Sindicatos Médicos

6 LLAMADO A LA UNIÓN

97 años del SMU

10 OTRA CABEZA

Nueva ley de salud
mental

12 EN TODAS PARTES

Alta dedicación en
medicina rural

14 AGENDA COMÚN

Presidente Vázquez se
reunió con el SMU

16 UN PASO NECESARIO

Funciones de alta
dedicación

18 TRIBUNA GREMIAL

Todas las voces

22 EN PROCESO

Negociaciones con
emergencias médicas
móviles

24 DATOS PARA AVANZAR

Agencia de evaluación
tecnológica

26 MINUTOS QUE VALEN ORO

Sistema Nacional de
Trauma y Emergencia

28 MUCHO POR HACER

Reforma de ASSE

30 NOTA DE TAPA

A diez años de la
reforma de la salud

34 SOCIALES

Nuevos doctores
Los socios decidieron
Un nuevo comienzo

Como en aquella antológica retirada de La Milonga Nacional de 1968, en la que en el recitado inicial el niño pregunta “¿Qué es una murga, mamá?”, parece que hoy el desafío consiste en definir, en el siglo XXI, qué es el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y responder a la pregunta: ¿para qué me sirve el sindicato?

Esa cuestión puede tener múltiples respuestas o interpretaciones según desde dónde se la mire. Seguramente, no es lo mismo para los colegas que recién se reciben, quienes en su mayoría desconocen el amparo gremial, legal, la defensa colectiva de los derechos, el seguro de responsabilidad, o no reconocen que sus problemas no son individuales sino que son comunes y están mejor defendidos al actuar como colectivo. Tal vez tiene otras respuestas para los colegas a quienes, aun jubilados, vemos participar activamente en la vida gremial, o para los de mediana edad, aquellos que en plena actividad laboral, en momentos de máximo rendimiento de su potencial laboral, académico y desarrollo personal y familiar, tienen problemas y conflictos muy distintos de los anteriores.

A todos ellos debemos darles respuestas. No se trata sólo de conducir desde el trabajo colectivo del Comité Ejecutivo los procesos que nos lleven a ellas, en todo el país, sino además comunicarlas adecuadamente y lograr que los médicos las tomen como propias. A modo de ejemplo, la reforma del trabajo médico, la lucha sin cuartel en los Consejos de Salarios, el asesoramiento legal o el proyecto de reconversión de la Colonia de Vacaciones.

Y todo esto, sin abdicar de analizar, proponer y defender el Sistema Nacional Integrado de Salud, pues, como marca el Código de Ética Médica, así como en lo individual debemos denunciar e intentar modificar las condiciones que consideramos que atentan contra la calidad de la atención médica en perjuicio de nuestros pacientes, en lo colectivo el SMU lo ha hecho prácticamente desde sus orígenes. Esa es la esencia de las convenciones médicas.

¿Cómo podemos avanzar hacia ese concepto? Es necesario que cada médico, desde su lugar en la vida y su espacio de trabajo, sienta que el SMU es

una institución de la que es dueño, a la que pertenece y que le pertenece. Que entienda y valore que su vida, su trabajo, su salario y el sistema de salud en el que se desempeña serían sustancialmente distintos si su sindicato no luchara día tras día por ellos, con aciertos y errores. Y que, por eso mismo, es imprescindible acercarse y participar, todos y cada uno, en la medida de sus posibilidades.

El fortalecimiento institucional, el ordenamiento económico, la consolidación de proyectos de largo plazo, generar mayores espacios de debate y participación, la optimización de la comunicación usando todas las herramientas tecnológicas disponibles, el combate al corporativismo, el enaltecimiento de la solidaridad y, por supuesto, la defensa de las condiciones de trabajo y salariales, la ética y la fraternidad, son nuestros objetivos y son, a la vez, medios y fines propuestos para lograrlo.

Entonces, del mismo modo en que la letra de Carlos Modernell describe en poesía lo que es la murga, construyamos en la poesía del día a día un sindicato mejor, para nosotros y, sobre todo, para los que vienen. ♦

De local

Los días 4 y 5 de abril el Sindicato Médico del Uruguay recibió en su Salón de Actos a varias delegaciones de gremiales homólogas de todo el mundo en el marco de la realización de la 2ª Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos. La primera, que se efectuó el año pasado en Berlín, había cubierto una ambiciosa agenda: las migraciones de los médicos y la organización de la jornada laboral. Sobre esto, representantes del equipo técnico del SMU expusieron sus experiencias basados en la reforma impulsada desde nuestra gremial, lo que fue reconocido por los demás concurrentes y llevó a que Uruguay fuese elegido como sede de la Conferencia que se desarrolló este año.

Participaron en la apertura del evento el ministro de Salud, Jorge Basso, y los entonces presidente y

vicepresidente del SMU Julio Trostchansky y Alfredo Toledo, entre otras autoridades. En dicha ocasión, Trostchansky destacó el papel de la salud como prioritario en el sentido de que su falta impide la ejecución de cualquier otro derecho “y, por lo tanto, es importante que como Sindicato estemos permanentemente ejerciendo también nuestro rol como promotores de cambios dentro de la sociedad”, afirmó. Por su parte, Basso resaltó los “conflictos de interés” inherentes al sector, y reconoció en este sentido el papel “muy importante” que ha jugado el SMU en su profundización.

La agenda pautada fue una continuación de lo que se había comenzado a tratar en el encuentro en Alemania. Así, durante la primera jornada se abordaron los problemas inherentes a las migraciones de



recursos humanos de la salud, con presentaciones de las delegaciones de Uruguay, Portugal y Chile, generando un rico debate entre los presentes.

A la hora de concluir, los participantes de la 2ª Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos decidieron apoyar “acciones afirmativas internacionales de intercambio profesional”, así como la aplicación del Código de Prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el reclutamiento internacional de personal de salud de 2010.

Se destacó, además, la necesidad de velar por el derecho a la libertad de movimiento inherente a todo ser humano, de vivir y trabajar en el país que se desee, estableciendo como fundamental que los países se beneficien por la migración profesional de forma “recíproca y equitativa,” resaltando ante esto la importancia de desarrollar estrategias colaborativas para que todos los países satisfagan sus necesidades. En este sentido, el lugar que les toca a las organizaciones de médicos es el de trabajar para que los migrantes gocen de las mismas condiciones laborales que los oriundos y para que no haya discriminación. Por otro lado, ante el derecho de los países de resguardar la calidad de la formación médica,

se buscará “compartir estándares mínimos exigibles y comparables en cada uno de nuestros países”.

Concretamente, los sindicatos asistentes a la Conferencia se comprometieron a desarrollar las herramientas necesarias para materializar este intercambio de información a presentar en la próxima conferencia, crear una red de coordinación sindical para encontrar apoyo en el país de destino y construir un sistema de información con indicadores de condiciones de trabajo, formación médica e idioma para los médicos que migren.

En tanto, el segundo día, que se dedicó a la jornada laboral, salarios y contratos colectivos, se acordó que la calidad de la atención sanitaria, la salud y seguridad de los médicos deben ser los principios básicos de cualquier normativa profesional médica. Se entendió que los horarios excesivos de trabajo, el empleo múltiple, las malas condiciones laborales y salarios representan “una amenaza para los usuarios, de salud general, y de los médicos en particular”, lo que genera una menor atracción de la profesión médica, que, en consecuencia, agrava la escasez de médicos en muchos países.

En este sentido, desde los sindicatos médicos, los participantes resolvieron solicitar a las autoridades responsables una mejora de las normas vigentes en materia de trabajo médico, y su aplicación acorde. También se reafirmó el compromiso de luchar contra cualquier intento de reducir las disposiciones de salud y seguridad en las regulaciones de tiempo y condiciones de trabajo y, asimismo, para reducir las largas jornadas laborales y mejorar los salarios y condiciones de trabajo, “especialmente en lo que respecta a una mejor conciliación de la vida laboral y personal de los profesionales”. Además, se prometió defender contratos laborales médicos que garanticen derechos sociales y del trabajo, y también desarrollar una base de datos entre los sindicatos y organizaciones médicas gremiales a los efectos comparativos y de desarrollo de estrategias de negociación y de temas a abordar en conferencias internacionales, particularmente sobre migración, trabajo médico y calidad de vida.

La tercera conferencia será en Portugal, con fecha aún por definir, y las delegaciones seguirán profundizando en estos dos grandes temas que atraviesan el trabajo de los médicos en la actualidad en todo el mundo. ♦



Llamado a la unión

Con la presencia de sus principales autoridades, además del ministro de Salud, doctor Jorge Basso, de la subsecretaria de la cartera, doctora Cristina Lustemberg, y del decano de la Facultad de Medicina, doctor Fernando Tomasina, se celebró el 10 de agosto el 97° aniversario del Sindicato Médico del Uruguay.

La velada comenzó con la palabra del presidente del SMU, el doctor Gustavo Grecco, quien esta vez, y dadas las circunstancias que atraviesa la gremial, realizó “un llamado a la unión de todos los médicos”, porque “todos juntos somos muchos más que uno a uno separados”.

Etimológicamente, la palabra *sindicato* significa “hacer justicia” y “ese ha sido uno de los cometidos del SMU”, afirmó Grecco. No obstante, consideró que es difícil transmitir ese mensaje, sobre todo a los más jóvenes —“los snapchateros, instagrameros y tuiteiros”—, y “tender un puente que los una con aquellos que son abuelos y hasta bisabuelos”.

En este sentido, Grecco destacó que lo mejor es remitirse al origen. “Nunca podemos olvidar de dónde venimos”, dijo. “El Sindicato transcurrió por períodos muy turbulentos en la vida del país, pero quiero rescatar para los más jóvenes uno en particular: el papel que tomó en la dictadura, cuando fue la única institución gremial de profesionales universitarios intervenida por la dictadura que gobernó nuestro país entre 1973 y 1985”, recordó, dejando claro que “la pelea que dimos sirve de ejemplo para todos”. “De aquí venimos, vaya uno a saber hacia dónde vamos, pero tenemos que ir todos juntos”, agregó.

La necesidad de estar unidos también atraviesa el contexto actual, con el conflicto que se suscitó en Bella Unión, a raíz del encarcelamiento de una médica, a quien representantes del comité ejecutivo visitaron en los días previos a la celebración. “Cuando los más jóvenes me preguntan para qué sirve el Sindicato, yo tengo que decirles para esto: para respaldarse. No solo por el apoyo del estudio

jurídico, ni el seguro de responsabilidad civil, sino por la escucha. Ese es el mayor sentido: transmitir que había miles de colegas y amigos que estaban solidarizándose con la colega y la situación que estaba viviendo”, dijo Grecco.

En este sentido, el presidente del SMU también se refirió a la necesaria descentralización que tiene que llevar a cabo nuestro país, ya que “el 75% de los médicos estamos bien apretaditos acá en Montevideo”. “Es un fenómeno de siempre, pero que es hora de atender”, afirmó.

Grecco también dio cuenta de una “deuda histórica” que la institución mantiene con las mujeres, en referencia a la escasa representación que estas han tenido dentro del SMU en estos 97 años. “Hemos sido históricamente machistas. Somos todos hombres y eso fue siempre así, salvo una vez”, recordó, en referencia a la doctora Graciela Dighiero, que fue la única mujer en estos 97 años de vida de la institución en desempeñarse como presidenta. “Esa reivindicación, no solo con la colega sino con el género, nos tiene que poner a reflexionar qué colectivo queremos ser”, culminó, ofreciéndole el micrófono a la doctora Dighiero, que había sido convocada para dar un discurso.

“HEMOS SIDO HISTÓRICAMENTE MACHISTAS. SOMOS TODOS HOMBRES Y ESO FUE SIEMPRE ASÍ, SALVO UNA VEZ”.
DR. GUSTAVO GRECCO



1. Dr. Gustavo Grecco, presidente del SMU, Dr. Jorge Basso, Ministro de Salud, Dra. Cristina Lustemberg, subsecretaria de Salud.
2. Dr. Fernando Tomasina, Decano de la Facultad de Medicina, Dra. Cristina Lustemberg, Dr. Jorge Basso, Dra. Graciela Dighiero.
3. Dr. Julio Vignolo, Dr. Gonzalo Deleón, Presidente de la Caja de Profesionales Universitarios, Dr. Gerardo Eguren, Arq. Walter Corbo, secretario de la Caja de Profesionales Universitarios.
4. Dr. Carlos Oehninger, Dra. Inés Olaizola y Dr. Walter Alallón, socios honorarios del SMU.
5. Dr. Gustavo Grecco, Presidente del SMU.
6. Dr. Alfredo Toledo, Dr. Blauco Rodríguez y Dr. Luciano Ramírez.



Dighiero contó acerca de su fortuito nombramiento en 1989, en ocasión de la renuncia del presidente titular, doctor Alberto Cid, y animó a los presentes a gestionar el cambio. “En su momento me tomó por sorpresa, pero ahora, habiendo pasado 27 años [desde su presidencia], y teniendo en cuenta la cantidad de mujeres disponibles, es hora”, dijo. “Tenemos mujeres en el Poder Judicial, en el Ejecutivo y en el Parlamento, creo que este Sindicato puede encontrar a algunas que lo representen”, insistió.

También hubo lugar para las sorpresas, con la presentación de un video rescatado de los archivos, con motivo de la inauguración del Palacio Sindical Carlos María Fosalba en 1955, que fue recibido con

alegría y agradecimiento por parte de los invitados, muchos de los cuales fueron parte de los hechos que se estaban proyectando.

Antes del cierre del evento, que estuvo a cargo de la banda de cuerdas El Club de Tobi, se realizó como es usual año a año el reconocimiento a los médicos que cumplieron 40 años de membresía y que por ello pasan a formar parte de la categoría de Socios Honorarios del Sindicato. En esta ocasión, fue para los doctores Clotilde Acosta, Walter Alallón, Ricardo Badt, Juan Barreto, el ministro de Salud, Jorge Basso, Susana Braum, Eugenio Carlomagno, Diana Casteló, María Cristina Delacroix, Ana María Figueroa, Albanie López, Bernabé Medina, Santiago Morales, Carlos Oehninger, Inés Olaizola y Alba Rosa Oliva. ♦



- 7. Dr. Martín Rebella, Dra. Cristina Lustemberg, Dr. Federico Preve.
- 8. Dr. Santiago Morales, Dra. Diana Casteló, socios honorarios del SMU.
- 9. Br. Flavia Hernández, Br. Lucía Laborda, Br. Ignacio Jabib.
- 10. Dra. Graciela Dighiero, ex presidenta del SMU.

Otra cabeza

Desde el 9 de agosto, Uruguay tiene una nueva ley de salud mental. Esta ley propone un cambio de paradigma, basado en una perspectiva de derechos humanos y dignidad de las personas.

Entre los puntos más relevantes de la nueva normativa, que se estructura sobre el establecimiento de un nuevo modelo de atención en Salud Mental, se destaca la fijación de una fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y monovalentes fijada para 2025; además, la nueva ley también indica que la internación de los pacientes se haga en salas generales y no “psiquiátricas”.

Por otra parte, en la nueva ley se explicita que el abordaje del consumo problemático de drogas tiene que ser multidisciplinario. El doctor Federico Preve, director político de la Unidad de Negociación Colectiva del SMU (UNC), considera que el cierre progresivo de estructuras asilares monovalentes —exclusivamente psiquiátricas— que promueve la ley, “será un hito en la historia del país”.

También lo serán el cambio de modelo asistencial con red única, atención comunitaria (de cercanía e integración), coordinada con atención especializada de complejidad creciente, integral e interdisciplinaria, donde diversos técnicos, profesionales y cuidadores podrán interactuar en la conformación de equipos básicos y equipos especializados.

“Las redes y dispositivos residenciales asistidos como estructuras alternativas de atención, rehabilitación psicosocial (sanitarias, sociales y mixtas), de acuerdo con el proceso evolutivo y la complejidad de la situación de la persona, permitirán el desarrollo al máximo de sus capacidades y brindarán posibilidades mayores para la autonomía progresiva”, señaló Preve.

El director de la UNC agregó que esta es una “ley bisagra” para la historia de la salud mental en nuestro país, y que “ahora necesita de políticas estratégicas, programas y planes en la materia, orientación, rectoría, supervisión y contralor permanente del funcio-

namiento del sistema a cargo del Ministerio de Salud Pública y de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo”.

También se refirió a la nueva ley el presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Rafael Sibils. Según él, los orígenes de la nueva ley de salud mental deben rastrearse bastante atrás en el tiempo. “Podría decirse que los ejes conceptuales de esta ley comenzaron a trazarse por 1984, cuando a fines de la dictadura militar y en pleno entusiasmo por la democracia recuperada, múltiples organizaciones gremiales, de usuarios, de familiares, científicas y universitarias ligadas a la Salud Mental comenzaron a trabajar conjuntamente. Por entonces, se estableció una Comisión Asesora Técnica en el Ministerio de Salud Pública —la que hasta hoy se mantiene— y en 1986 se elaboró un Plan Nacional de Salud Mental que proponía un modelo de atención universal igualitario, integral y coordinado. Dicho plan tenía la esencia de la ley recién votada”, contó Sibils a **ser médico**.

El presidente de la Sociedad de Psiquiatría destacó, además, que la nueva ley hace suyos los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud: universalidad, equidad, accesibilidad y calidad, “que para la salud mental en muchos sentidos y lugares han quedado bastante relegados o directamente dejados de lado”.

Según Sibils, la nueva ley “no enfoca únicamente a los pacientes que tienen enfermedades graves —1% a 3% de la población— sino que plantea acciones para todas las personas. También enfatiza la protección de quienes tienen trastornos severos, proponiendo —además de atender su salud— políticas intersectoriales para brindarles acceso a vivienda, educación, trabajo, esparcimiento, integración social, seguridad y apoyo a sus familias. Para encaminar las transformaciones, la ley mandata elaborar un Plan Nacional de Salud Mental con objeto de generar progresivamente los cambios”.

Además, Sibils destacó que otro eje fundamental de esta ley “es la protección de los derechos humanos de las personas con trastorno mental, para reafirmar su autonomía y privacidad. Exige el consentimiento informado del paciente —o de su familia, si él no está en condiciones de darlo— ante cualquier acción terapéutica, y propone garantías y controles para todas las modalidades de atención. También anula la discriminatoria limitación de 30 días como plazo de hospitalización”.

Para Sibils, el límite marcado en 2025 para el cierre de las instituciones asilares es algo muy positivo, ya que estas “han demostrado ser ineficaces y perjudiciales en varios sentidos, y propone estructuras alternativas adaptadas a cada individuo y situación sociofamiliar”.

Por otra parte, el presidente de la Sociedad de Psiquiatría se manifestó en desacuerdo con el artículo 40 de la nueva ley, que crea la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, con el objeto de controlar, inspeccionar, supervisar, requerir información y generar recomendaciones y acciones para el cumplimiento de la ley. Esta Comisión deberá ser integrada por dos representantes del MSP, tres de la Universidad (facultades de Medicina, Psicología y Derecho), uno de los trabajadores, otro de las sociedades científicas, uno de los usuarios, otro de los familiares y uno de organizaciones de derechos humanos. Para Sibils, “sería lógico que en esta comisión participaran un psiquiatra pediátrico y otro de adultos: la supervisión de la atención de la Salud Mental requiere competencias y conocimientos por lo menos similares a los de quienes ejercen la asistencia; sin embargo, quienes elaboraron esta ley no lo entendieron así”.

Por último, Sibils recordó que más allá de la aprobación puntual de la ley, uno de los principales temas de referencia de los psiquiatras tanto en Uruguay como en el resto del mundo es el estigma hacia los pacientes portadores de trastorno mental.

“Esto afecta particularmente a los más graves, pero también a todos quienes tienen problemas psíquicos. Podría decirse que se trata de una ‘enfermedad sobregregada’ que adiciona una cuota injusta, inapropiada y en buena medida evitable al sufrimiento que de por sí implica la condición que lo determina. El estigma se estructura con visiones estereotipadas, prejuicios emocionales negativos y discriminación sustentada en relaciones de poder, y se manifiesta en actitudes de la población hacia las personas enfermas y sus familias”, concluyó. ♦

MÁS ALLÁ DE LA
APROBACIÓN
PUNTUAL DE LA
LEY, UNO DE LOS
PRINCIPALES
TEMAS DE
REFERENCIA DE
LOS PSIQUIATRAS
TANTO EN
URUGUAY COMO
EN EL RESTO DEL
MUNDO ES EL
ESTIGMA HACIA
LOS PACIENTES
PORTADORES
DE TRASTORNO
MENTAL.

En todas partes

De todos los profesionales que ejercen la medicina en Uruguay, solo 25% lo hace en el interior del país. Las razones para que esto ocurra son variadas, pero la necesidad de una distribución más equitativa de los médicos en todo el territorio es una cuestión urgente. Para intentar resolver esta asimetría, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Sindicato Médico del Uruguay firmaron un acuerdo en el que se propone la creación de funciones de alta dedicación para medicina rural.

El doctor Ramón Soto, presidente de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, y la doctora Marcela Cuadrado, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria, son dos médicos radicados en el ámbito rural casi desde que comenzaron el ejercicio de su profesión. Soto trabaja y vive desde hace 28 años en la localidad de Rincón de Valentín —ubicada en el departamento de Salto—, mientras que Cuadrado está radicada hace 12 años en San Ramón, en el departamento de Canelones.

Cuadrado recuerda el momento preciso en el que decidió irse de Montevideo, cuando estaba realizando su residencia en un barrio suburbano de la capital. Ella nació y se crió en el interior, en San Gregorio de Polanco, y ya se imaginaba practicando la medicina en el ámbito rural; sin embargo, recuerda que cuando llegó, no era consciente de lo que implicaba el ejercicio en la ruralidad.

“Había que tener sólida formación clínica para resolver todo tipo de problemas de salud y trabajar en distintos escenarios como los consultorios de consulta programada, urgencias, emergencias, domicilios lejanos con escasa accesibilidad a los servicios de salud, entre otros”, recuerda Cuadrado.

La historia de Soto fue distinta. Se fue al departamento de Salto, en principio por seis meses, y finalmente se quedó. “Hoy en día no me veo en otro lugar. Eso es lo que tiene el entorno rural: que una vez que venís, no te querés ir”, afirmó en diálogo con **ser médico**. “Me siento útil, con la posibilidad de

actuar en los determinantes sociales de la salud. Vivir en el lugar de trabajo implica conocer sus ritmos y cotidianidades, y eso te allana el trabajo en el consultorio”, comenta sobre una de las particularidades del trabajo médico en el ámbito rural. Cuadrado también coincide sobre este punto de vista: “Me gusta ver a la población que atiendo desde varios lugares: la escuela, las reuniones, los espectáculos públicos, de deportes. Me hace parte compartir con la comunidad de igual a igual”, afirma.

Sin embargo, además de los beneficios de la cercanía con los pacientes, los médicos rurales enfrentan también una enorme cantidad de trabas, que provienen en particular del propio sistema médico.

“Las carencias vienen por el lado de la formación, de una política de salud que respalde el trabajo en el territorio, acotando la cantidad de personas a atender así como la extensión territorial que a cada médico le corresponde, que procure coordinaciones reales entre los niveles de atención y facilite vehículos para los traslados”, consideran los médicos consultados para la nota.

Para atender una mejor planificación de los recursos humanos, el SMU acordó con ASSE un “nuevo régimen de trabajo” para la medicina rural, que comprende a “médicos generales o especialistas de la medicina familiar y comunitaria que residan y/o desempeñen sus funciones en centros urbanos menores a 5.000 habitantes y área rural dispersa”. Según el texto, el área geográfica no podrá exceder el radio de los 30 kilómetros de la policlínica rural central, y el límite de usuarios referenciados a cada cargo será de 1.000. También define una carga horaria de 48 horas semanales, que comprende horas de atención directa en policlínica, de urgencia y emergencia, llamados centralizados, atención domiciliaria, actividades dirigidas a la comunidad y horas de actividades institucionales de coordinación, planificación y formación. Por hora, los médicos cobrarán 984 pesos, lo que da un salario mensual de 205.664 pesos.



Marcela Cuadrado, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria, y Ramón Soto, presidente de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay. FOTO: FEDERICO GUTIÉRREZ

Para el doctor Federico Preve, del SMU, el acuerdo constituye “un gran avance en las reformas de trabajo médico en general” y de “una herramienta potente para radicar médicos en el interior profundo, que es una falta enorme que tiene el país, para brindarle no solo las condiciones de trabajo necesarias para su desarrollo sino un salario digno por el ejercicio profesional”. “Fue un proceso difícil que se trabajó durante dos años, pero si lo vemos bien es un acuerdo en el que todos ganan”, agregó Preve.

Por su parte, Soto consideró que “si bien no es una solución, sí es un eslabón de una larga escalera que vamos a tener que recorrer”. “Es una valoración muy importante en la que vamos a tener que seguir trabajando”. Para Cuadrado, el acuerdo firmado por ASSE y el SMU era una cuestión “necesaria y urgente”, por lo que se mostró agradecida con el paso dado, fundamentalmente porque “reconoce a los médicos que trabajamos en el primer nivel de atención”. Más allá de esto, recalcó la necesidad de implementarlo de manera coordinada: “Planificar dónde, cómo será el perfil, plantearlo respetando la dinámica del lugar de trabajo, dado que la ruralidad y las prestaciones

según el lugar son variables. Realizar un concurso de méritos, y si es necesario de oposición para ocupar esos lugares, dado que se requiere un médico formado para realmente velar por la salud de la población rural”, opinó.

“La mayoría de las decisiones a nivel político se toman con conceptualidad urbana, cuando la ruralidad tiene su propia lógica. En este sentido, y dada una necesidad a nivel nacional de repoblar las zonas rurales, la organización de la asistencia sanitaria es prioridad. Hacia allá vamos y esperamos que el acuerdo pueda dar los frutos que planeamos”, concluyó.

De todas maneras, en los hechos la implementación del acuerdo no está pudiendo realizarse. Al respecto, Preve dijo que “si bien el trabajo fue complejo y extenso y el marco conceptual normativo del laudo para los médicos que trabajan en el ámbito rural está firmado, luego de tres meses no se han realizado por parte de ASSE llamados para FAD en el medio rural, lo que genera gran preocupación en el SMU ya que existen problemas de cobertura y por lo tanto déficits asistenciales por falta de profesionales en el interior profundo”. ♦

ENCUENTRO EL PRESIDENTE TABARÉ VÁZQUEZ SE REUNIÓ CON EL SMU

Agenda común

El martes 27 de junio, el presidente de la República, doctor Tabaré Vázquez, recibió en la oficina presidencial de Suárez al presidente del SMU, doctor Gustavo Grecco, junto a los doctores Martín Fraschini, Alejandro Cuesta y Gonzalo Ferreira.

En dicha reunión, el presidente Vázquez y los representantes del SMU acordaron retomar la agenda del Grupo de Trabajo creado en 2016, formado por el propio presidente, los ministros de Salud y Trabajo y Seguridad Social y el SMU.

El presidente del SMU calificó la reunión como muy buena, ya que pudieron intercambiar opiniones sobre varios temas. El SMU transmitió

al presidente la necesidad de avanzar y dinamizar los cambios en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), impulsando, entre otras cosas, la universalización de la cobertura poblacional a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

También se abordó el tema de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). El doctor Grecco dijo que “ASSE necesita cambios muy profundos en su estructura de funcionamiento”, entre ellos, modificar el servicio descentralizado, pasando del artículo 220 de la Constitución al artículo 221, de modo tal de dotar de mayor flexibilidad presupuestal al organismo.



Dr. Vázquez, Dr. Gustavo Grecco, Dr. Gonzalo Ferreira, Dr. Alejandro Cuesta y Dr. Martín Fraschini.

La imposibilidad de contratar personal lleva a que existan las comisiones de apoyo, que el Sindicato propone tender a su cierre y eliminar de esta manera los vínculos laborales precarios con la Administración.

En cuanto a la equiparación salarial entre los sectores público y privado, el doctor Alejandro Cuesta dijo que “equiparar las condiciones de trabajo, no solo salariales, es necesario como condición para ir hacia la igualación de la calidad de asistencia entre el sector público y privado”.

Cuesta agregó: “La presupuestación de los médicos, la implementación de funciones de alta dedicación, el aumento de carga horaria o la creación de grupos de trabajo a nivel de las puertas de emergencia y en el primer nivel de atención son instrumentos para lograr la equiparación”.

Por su parte, el presidente de la República transmitió su preocupación sobre algunos temas importantes en la práctica médica actual, como son los tratamientos y estudios de alto costo, que están insumiendo un porcentaje creciente del presupuesto de la salud.

El SMU compartió su inquietud y volvió a plantear la necesidad de crear una agencia de evaluación tecnológica, que permita la racionalización, la incorporación, sustitución y modificación de estas prestaciones.

En el encuentro los representantes del SMU también le expresaron al presidente Vázquez su preocupación por los puestos de trabajo de los médicos que se desempeñan en ANCAP, así como la continuidad de los procesos asistenciales de los usuarios. La inquietud del SMU fue compartida por Vázquez, quien se comprometió, al igual que otros actores del gobierno, a la preservación de las fuentes de trabajo.

Pocos días más tarde, a comienzos de julio, se comunicó el acuerdo al que el SMU llegó con la Asociación Española, mediante el cual la mayor parte de los médicos que se desempeñaban en ANCAP pasaron a prestar servicios en esta institución. Paralelamente, desde el 1º de julio la Asociación Española comenzó a hacerse cargo de la asistencia de salud de funcionarios y jubilados de ANCAP vía Fonasa. ♦



Dr. Martín Fraschini, Dr. Gustavo Grecco y Dr. Alejandro Cuesta.

Un paso necesario

A fines de junio, el Sindicato Médico del Uruguay, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas firmaron la homologación de las Funciones de Alta Dedicación (FAD) a instaurarse en ASSE, ya implementadas en el sector privado.

Las especialidades comprendidas en el acuerdo son: Alergología, Anatomía Patológica, Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Emergencia, Endocrinología y Metabolismo, Enfermedades Infecciosas, Gastroenterología, Genetista, Geriátrica, Hematología, Hemoterapia y Medicina Transfusional, Laboratorio de Patología Clínica, Microbiología y Parasitología, Micología Médica, Medicina del Deporte, Medicina Rural, Neonatología, Nefrología, Neumología, Neurología, Neuropediátrica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Psiquiatría, Rehabilitación y Medicina Física y Reumatología.

Durante varios meses, el SMU ha trabajado en el ámbito de la Comisión Asesora Multipartita de ASSE en el diseño de las FAD para darles un marco y comenzar con su puesta en marcha en el sector público. En este mismo ámbito de la CAM ASSE se continuará revisando durante los próximos meses, a solicitud de cualquiera de las partes, alguno de los puntos del acuerdo. Por esta razón, es fundamental el trabajo de aquí en más en conjunto con las Sociedades Científicas para impulsar la implementación de estos cargos dentro de ASSE.

La firma de este acuerdo representó un hito de suma importancia para el Sindicato, ya que las FAD son una herramienta fundamental para lograr una mejora en la calidad de vida del profesional así como en el proceso asistencial. La reforma del mercado de trabajo ha sido una de las líneas estratégicas impulsadas por el SMU,

que surge como respuesta a los diagnósticos que indican que el diseño actual del sistema perjudica la calidad de vida de los médicos y condiciona negativamente la calidad asistencial.

Además, va en línea con uno de los puntos centrales de la Novena Convención Médica Nacional, que es la mejora de la calidad de la atención médica que encuentra un enemigo fundamental en el multiempleo, que ha sido históricamente la lógica del trabajo médico. La implementación efectiva de las FAD permitirá una mayor concentración horaria, un salario adecuado, un seguimiento longitudinal de los pacientes, que repercutirá directamente en una mejora de la calidad asistencial, además de optimizar las condiciones de trabajo para los profesionales médicos.

De todas maneras, a pesar de que el acuerdo entre las partes fue firmado a mediados de este año, la puesta en funcionamiento no se está realizando de forma adecuada. Según el doctor Federico Preve, quien viene siguiendo el proceso desde la firma del acuerdo, “ASSE ha presentado serias dificultades en la implementación y de hecho está incumpliendo con la meta 4, porque a junio de 2017 debería contar con 190 FAD y solamente cuenta al día de hoy —setiembre de 2017— con 22. Luego existen otros cargos de mayor dedicación horaria, pero que no están ajustados a la meta. Una cosa es el marco normativo y otra es el cumplimiento estricto en la meta 4, que es la que financia los cargos. ASSE está en un debe con ese tema”.

Esta situación lógicamente preocupa al SMU porque genera una continua fuga de recursos humanos del sector público al privado por las malas condiciones de trabajo y por situaciones salariales diferenciales, que en realidad no deberían existir, debido a que con la reforma del trabajo

médico los salarios del sector público deberían estar equiparados en los hechos con los del sector privado. “Hay un déficit de la gestión de la herramienta por parte de ASSE, que es en definitiva lo que provoca que haya vacíos asistenciales en más de 30 especialidades”, agregó Preve, quien además dijo que dentro de la Comisión Asesora Multipartita, que funciona como un apéndice del Consejo de Salarios, se continúa trabajando en el marco normativo de la reforma.

“Para nosotros, la reforma de trabajo médico es una de las principales líneas estratégicas y apunta a todo el sistema sanitario, tanto público como privado. En los hechos ya llevamos creados entre

600 y 700 cargos en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y solo 22 en ASSE. Hay una disparidad muy grande y es por esta razón que nosotros creemos que debería ser ASSE la institución que lidere este proceso. Es de suma importancia que avance en este tema, pero en realidad está a la retaguardia”, aseguró. Sobre las razones que entiende que son las que ocasionan esta situación, Preve dijo: “Hay una dificultad importante de gestión en ASSE que repercute directamente en la no implementación de los cargos. No está gestionando las posibilidades que tiene y además no está ejecutando dinero que dispone para salario médico”, sentenció. ♦

Coca-Cola Montevideo
Refrescos SRL



FOSALBA

Comenzó un nuevo período del SMU y construimos la mayoría necesaria para apoyar a quienes asumieron responsabilidades institucionales. Con la oposición fragmentada, la tarea fue difícil y el resultado no fue el ideal. Más allá de las personas, pensamos en mantener al SMU como una organización gremial proactiva, defensor del profesionalismo, del avance del SNIS y al servicio de la salud del país.

El Consejo Ejecutivo comenzó con una lluvia de reclamos de información y documentos, soslayando los temas de trabajo cotidiano. Cuando los obtienen y no son pasibles de crónica roja, quedan de lado. Pero estas situaciones consumieron recursos y tiempo del SMU.

Bajo el nuevo estatuto, quedó conformada la mesa. Rara vez funciona con más de cuatro miembros, como siempre. Pero impulsores del nuevo estatuto quieren ahora tomar allí resoluciones, algo que resulta paradójico.

Se presentó el informe de la situación financiera. Llegamos al equilibrio al final del período pasado y se proyecta superávit para este año. Además, se votó por unanimidad al director de la Unidad de Negociación, junto a un informe sobre definición, roles y objetivos.

La mejor noticia de estos meses es que se aprobó la nueva Ley de Salud Mental. También estamos logrando encaminar a buen paso las leyes de Centros de Referencia y el Sistema Nacional de Trauma. Un poco detrás, viene el marco para la complementación público privada.

Estamos en el seguimiento del acuerdo sobre derechos de género firmado el 21 de julio y convocando al consejo de salarios para seguir profundizándolo con nuestra plataforma.

Estamos convocando, además, a colegas de todas las especialidades por el avance de la alta dedicación y la reforma del trabajo médico.

Venimos trabajando con las emergencias móviles en varios frentes simultáneos: hacia el primer convenio colectivo del sector, el conflicto en UCM contra la tercerización y en el 105, sin diálogo y con ASSE paralizada.

El gobierno sigue sin priorizar al sector público en salud. La rendición de cuentas es un emergente de ello. Hasta que no se equiparen las condiciones con el sector privado y se realicen reformas estructurales el sistema seguirá sin funcionar como debe. Si no se posiciona al sistema público como buque insignia del SNIS será el lastre que lo hunda. ♦

GREMIALISMO AUTÉNTICO

Desde el SMU, Gremialismo Auténtico apoya las reivindicaciones de los distintos Núcleos de Base (NB) de las Unidades de Emergencia Móvil (UEM) y destacamos a los compañeros de SAME 105 y UCM, que sostienen sus conflictos y participan activamente en las decisiones del Sindicato.

Las demás UEM en Montevideo tienen planteos comunes y propios que intentan consolidar con sus empleadores. Salvo contadas excepciones, como lo son SUAT y Russomando, estamos todas las emergencias móviles de Montevideo representadas en los NB del SMU.

Necesitamos la participación activa de las UEM del interior y para eso queremos mejorar la comunicación y crear NB en los lugares donde no existan. Hoy las UEM tienen consignas claras, apuntan a mejorar las condiciones laborales de los médicos y, en consecuencia, la atención de los pacientes, exigen condiciones de trabajo adecuadas a la función que realizan y la difícil tarea de terminar con las relaciones de dependencia encubierta.

Estamos trabajando para conseguir un laudo en este sector que contemple en principio la realidad que hoy tenemos. Las propuestas llegadas a la mesa de negociación ofenden y en muchos puntos son insuficientes. Tendremos que apuntar más alto si queremos llegar a los acuerdos.

En el último paro, por primera vez, se implementó el instructivo para el derecho a huelga de las UEM y hay que seguir mejorando esta herramienta. La evaluación fue positiva en su implementación y pensamos que solo puede mejorar a medida que se den situaciones de conflicto.

Apostamos a trabajar entre todos y dignificar este sector. Para eso, necesitamos un gremio fuerte y unido con NB que participen y sean guía para llegar a los objetivos. ♦

MÉDICOS POR EL CAMBIO

Viva el cambio

Las pasadas elecciones del SMU mostraron un fuerte impulso por el cambio. Mientras que el oficialismo perdió 24% —casi un cuarto de su electorado—, las agrupaciones opositoras tradicionales lo hicieron otro tanto, superando Médicos por el Cambio a estas últimas. Las razones son muchas.

Existe, por un lado, la necesidad de renovación de liderazgos y cuadros gremiales, fruto del desgaste natural propio de una actividad muy extendida en el tiempo en varios casos. Por otro, afloró un hastío derivado de la frustración latente en cientos de votantes que no ven en los hechos aquella “oposición” que, con lógica, demandan con su voto. Lamentablemente, un acuerdo a espaldas de las urnas entre las agrupaciones Fosalba, Mi y Gremialismo Auténtico, dejó afuera de los cargos de contralor a Médicos por el Cambio, sentando un grave precedente histórico. Pero lo importante es que los grandes problemas de nuestra medicina siguen todos sin resolverse, profundizándose la crisis de nuestra realidad asistencial.

Mientras una dedicada médica del interior sigue increíblemente presa, los presos de alta peligrosidad son rescatados impunemente de los hospitales, cuyo personal milagrosamente no resultó herido. Si esta sola postal no pintara de cuerpo entero el panorama, debe recordarse los graves hechos de corrupción, amiguismo, despilfarro e ineficiencia que en la administración de salud se descubren todos los días. Mientras tanto, la realidad cotidiana del médico de a pie sigue entre sueldos insuficientes, impuestos abusivos, cargas burocráticas y pésimas condiciones de trabajo. El cuadro se completa con la situación aún no resuelta de decenas de colegas de ANCAP, mientras ya son varias las mutualistas que anuncian quitas a los sueldos médicos.

Ante todo este panorama, no asoman las soluciones desde un SMU sin rumbo y sin liderazgo, inconvenientemente atado a un gobierno ya agotado en su visión del porvenir. De todos depende que el cambio se concrete en los futuros desafíos. Con la responsabilidad de la hora, desde Médicos por el Cambio estamos trabajando para ello. ♦

MI

Un sistema de salud detenido

La reforma del sistema de salud ya cumplió sus primeros diez años y, si bien podemos enumerar aspectos positivos, tenemos la obligación de manifestar que no se ha cumplido con las expectativas del cuerpo médico.

Quizá con ópticas diferentes, pero se mantienen hasta hoy aspectos que deben modificarse y contemplarse en vistas a la próxima rendición de cuentas, como la reformulación de un único laudo médico nacional, la creación de una verdadera ley de residencias médicas, la incorporación y planificación de centros de referencia, reestructura de la red asistencial (en especial de ASSE) y la creación de una agencia que evalúe la ciencia, tecnología y la calidad de asistencia. Parece increíble pero los procesos asistenciales, lejos de poder cuantificarlos y controlarlos, hoy permiten aspectos negativos hacia nuestra profesión, profundizando cada vez más la judicialización, por la que el médico siempre es el principal responsable; y en este punto ejemplos nos sobran.

No existen excusas y lo que es evidente es la ausencia de liderazgos claros. El nivel de financiación del sistema de salud —que es similar a los del primer mundo— permite con una administración y gestión adecuadas mantener la transformación continua que el sistema necesita.

El cuerpo médico nacional hoy en día fragmentado por intereses bien definidos está ausente como un todo de esta discusión. Los médicos somos muy críticos con nuestro SMU, así como también con el resto de las organizaciones médicas, incluido el colegio. Existe una profunda crisis en la representación de la problemática de los médicos y de la medicina en sí. Estamos convencidos que desde nuestra agrupación, Médicos Independientes, podremos contribuir para cambiar esta realidad. Los procesos no son instantáneos, necesitan de dedicación, participación y construcción colectiva para lograrlos.

Que así sea. ♦

UGM**El nuevo presupuesto**

Hace dos meses comenzó a trabajar un nuevo Comité Ejecutivo y nuevas directivas en los órganos adscriptos del SMU.

El demos ha resuelto renovar la confianza a Fosalba, agrupación que con un número de votos bastante menguado respecto de la elección anterior, deberá conducir al SMU por los próximos dos años.

La agrupación UGM desde antes de la elección viene planteando la necesidad de conocer los números de entradas y salidas lo más al detalle posible, para ejercer la función primordial de la oposición, que es el control de la gestión. También está dentro de las funciones de la oposición la de proponer medidas lógicas de contención de gastos inútiles. Entre ellas la tan desprestigiada actualmente tarjeta corporativa en poder de asesores, y que ha sido defendida a ultranza por la actual mayoría directriz cuando intentamos eliminarla. También creemos necesario la renegociación de convenios de utilidad para el gremio en condiciones más ventajosas, e insistir en la cobranza de dineros cedidos en préstamos a instituciones como la Fundación Salud, etcétera.

Otra preocupación de UGM es el elevado valor de la cuota gremial, sobre todo en los sectores más jóvenes, de escasa capacidad de pago. No es justo que el valor de la cuota no tenga en cuenta la capacidad de pago del médico o estudiante.

En suma, podemos concluir que pondremos nuestra máxima atención en el pasado y futuro presupuesto del SMU, basados en los principios de austeridad y justicia, sin ánimo de lucro pero propendiendo a lograr un respiro económico que permita emprendimientos nuevos de interés gremial y un valor de cuota acorde con la realidad y que no represente una pesada carga al socio. ♦

MÉDICOS ASALARIADOS SOLIDARIOS (MAS)

Este período comienza con un basamento institucional muy sólido: el nuevo estatuto del SMU.

Este, cuya aprobación plebiscitaria lideró el MAS con el apoyo de otras agrupaciones, empodera al Comité Ejecutivo como el órgano máximo de la Democracia Representativa, a la Asamblea General como el órgano máximo de la Democracia Participativa e incorpora al Plenario de los Núcleos de Base y de las Sociedades Científicas como asesor del Ejecutivo.

El nuevo estatuto es la condición necesaria pero no suficiente para el empoderamiento del socio, la vigencia de la democracia participativa y representativa, la austeridad y la transparencia.

Deberemos sumar el apoyo de todas las agrupaciones y la participación de los socios.

Propusimos en el Ejecutivo y se votó por unanimidad la convocatoria al plenario de núcleos de base y sociedades científicas y a la Asamblea General por el tema de la rendición de cuentas. También logramos la convocatoria de un Ejecutivo extraordinario para conocer los gastos y votar el presupuesto anual del SMU, aún no realizado.

Plataforma:

- Laudo Médico Único Nacional Equitativo prioritario en negociaciones.
- Definir cargos de dedicación media para todos.
- Eliminación del trabajo por facturación.
- Salarización y no facturación.
- Apoyo a conflictos Same 105 y Coronaria.
- En ASSE urgente equiparación público privada.
- Defensa Centro Filtro.
- Defensa de Responsable Núcleo C de la Costa, perseguida por sindicalista.
- Defensa de ASSE y el Mutualismo. No a la privatización ni a la tercerización.
- Exigir cumplimiento de número de pacientes por hora.
- Eliminación del adicional y reducción del Fondo de Solidaridad.
- Transparencia y austeridad en SMU. Estudiar rebaja de la cuota.
- Sala de acondicionamiento físico para los socios.
- Mejoramiento acuerdo SMU-CASMU. ♦

1958 AEM

Unidades Curriculares vs Previaturas

Este es el principal tema que se encuentra en discusión en la Facultad de Medicina y el orden estudiantil tiene que tomar postura.

A nuestro entender, las Unidades Curriculares sirven para organizar las distintas asignaturas y que se puedan ir salvando contenidos aprobados por partes, pero ¿necesariamente implica que se generen previaturas entre estas?

A nosotros nos parece que no; se puede organizar el mismo contenido en Unidades Curriculares sin generar esta limitación para los estudiantes. Creemos que esta forma de organización responde a otro problema que trae la Facultad, que es la sobrepoblación estudiantil, que a nuestro entender, es algo positivo, ya que cada vez más estudiantes están pudiendo acceder a un nivel terciario.

En cuanto a la forma de organizar las UC, como principio es fundamental que no se genere un “filtro” en el primer semestre. Los compañeros recién se están empezando a acostumbrar a esta nueva forma de aprendizaje y cortar con sus expectativas tan pronto puede significar que no vuelvan a cursar.

Por otra parte, vemos que el plan está cambiando. No es el mismo que en 2008, ya que en su espíritu estaba contemplado la formación comunitaria y hoy en día no se le da importancia. Sabemos que estaba mal implementado, pero en ningún momento se buscó mejorarlo, simplemente se eliminó. Hoy llegamos a la clínica sin una base de semiología y tenemos tres años de práctica y un año de internado para aprender todo lo que hace a esta profesión, y sinceramente parece poco.

Teniendo en cuenta esto, el CBCC tendría que cambiar de nombre, ya que se centra en el aprendizaje de materias que llamamos básicas, por lo que el ciclo clínico básico comunitario sería solamente ciclo básico.

Es importante que todos los estudiantes pensemos lo que está en juego, no solo por nosotros y por nuestros compañeros sino también por las próximas generaciones. ♦



Ser del SMU

es tener BENEFICIOS

MÁS DE 9000 PROFESIONALES YA LOS TIENEN

- Defendemos los intereses de nuestros afiliados y de todos los médicos del Uruguay.
- Solucionamos las cuestiones económicas y profesionales en relación al cuerpo médico.
- Mejoramos, por medios legales, el ejercicio profesional y la situación del médico y del estudiante de Medicina.
- Contribuimos al permanente estudio y perfeccionamiento de las estructuras de salud del país.
- Estimulamos el desarrollo de la actividad gremial entre sus afiliados, propiciando la creación de organizaciones de afinidad profesional.

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

En conjunto con el Banco de Seguros del Estado, el Sindicato Médico del Uruguay brinda una póliza que proporciona cobertura por reclamos de Responsabilidad Civil Profesional que deriven en actos de mala praxis causados a pacientes y terceras personas.

El hecho de ejercer la medicina, en una sociedad cada vez más exigente e informada, conlleva más responsabilidades para los profesionales y las instituciones donde trabajan. Todos estamos expuestos a enfrentar situaciones inesperadas en el desarrollo de nuestra actividad.

Siendo afiliado del SMU tenés cobertura total del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional diseñado especialmente y sin costo adicional.

LA TRANQUILIDAD NECESARIA PARA EJERCER LA MEDICINA.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿QUÉ TIPO DE COBERTURA JURÍDICA BRINDA EL SMU?

Desde hace más de 20 años el Sindicato Médico te ofrece patrocinio legal a nivel laboral, civil y penal para casos vinculados al ejercicio de la profesión. A partir de octubre de 2016 se suma el beneficio del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

¿CUÁNDO DEBO SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?

Sólo corresponde ante situaciones vinculadas al ejercicio de la profesión médica que puedan desencadenar una acción civil y/o penal por parte de los pacientes o sus familiares.

¿QUIÉN ES EL ASEGURADOR?

El asegurador es el Banco de Seguros del Estado. El Sindicato contrata una póliza del BSE y brinda este beneficio a sus socios.

¿QUIÉN BRINDA EL PATROCINIO JURÍDICO DEL MÉDICO?

La cobertura del Seguro de Responsabilidad Civil está sujeta a que la defensa en juicio sea realizada por los estudios jurídicos contratados por el SMU.

¿CUÁL ES EL MONTO DE LA COBERTURA?

U\$S 50.000 máximo por evento, con un límite acumulado anual máximo de U\$S 100.000, sin importar el número de eventos.

¿A QUIÉNES CUBRE?

A todos los médicos en ejercicio afiliados al SMU que estén al día con la cuota social y a socios estudiantes en las mismas condiciones*

(*son los estudiantes que a partir de cuarto año de facultad solicitaron el cambio de categoría de socio cooperador a socio estudiante)

¿ESTE SERVICIO TENDRÁ COSTO LUEGO DEL PRIMER AÑO?

No, se accede solamente siendo afiliado y no tiene costos adicionales en ningún momento.

¿SE DEBE REALIZAR ALGÚN TRÁMITE PARA ACCEDER AL SEGURO?

No, simplemente con estar al día con la cuota social en caso de ser socio estás cubierto o realizando el trámite de afiliación a través del formulario disponible en el portal web del SMU. www.smu.org.uy/socios2017/afiliacion

¿DÓNDE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE NECESITAR HACER USO DEL SEGURO?

Hay que llamar al SMU todos los días hábiles al 2401 4701 Int. 102 en el horario de 12:30 a 18:00 hs. Fuera de ese horario se dispuso un número de emergencia para sucesos relacionados con casos de mala praxis. Este número es el: 099887588.



Nadie te cuida más

ASESORÍA LEGAL

Laboral, penal, investigaciones administrativas y/o recursos en el sector público, ante situaciones ocurridas en el ejercicio de la profesión.

ASESORAMIENTO TRIBUTARIO

Por una pequeña cuota mensual el socio del SMU puede acceder al cálculo de los anticipos bimestrales de IVA e IRPF y mensuales de FONASA, así como las distintas Cajas, ASSE y UDELAR.

UNIDAD DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Equipo de trabajo multidisciplinario con una gran trayectoria y experiencia en asuntos gremiales, que brega por los derechos de los profesionales y la calidad de trabajo de los médicos en el ámbito público y privado, representando y asesorando a los mismos en situaciones particulares y/o negociando mejores condiciones laborales y salariales de todo el colectivo médico del país

Un sector a regular e integrar

Especialistas consultados por **ser médico** celebraron que se estén realizando negociaciones entre el Sindicato Médico del Uruguay y la Cámara de Emergencias Médicas Móviles para regular el sector, especialmente en cuanto al trabajo de los profesionales, y empezar a delinear su incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El secretario del SMU, doctor Alejandro Cuesta, planteó que el de las emergencias móviles es un sector que a nivel laboral “está totalmente desregulado”, en el que “hay una enorme heterogeneidad en la forma y los montos de remuneración”. Hay algunos médicos que están muy conformes con lo que cobran y otros que no; en algunos casos hay empresas que pagan solamente 100 pesos por hora a los trabajadores médicos. A su vez, también se registraron muchos casos en los que profesionales que se desempeñaban de forma dependiente facturaban por su servicio como si fueran trabajadores independientes.

Estas negociaciones comenzaron en 2015, cuando un grupo de médicos agremiados de emergencias móviles plantearon al SMU la necesidad de llevarlas adelante para conseguir una serie de modificaciones en las condiciones de trabajo y la remuneración.

En las negociaciones entre el SMU y las empresas del sector se busca cumplir con dos objetivos, indicó Cuesta. El primero es “lograr por primera vez a nivel del consejo de salarios establecer un laudo”, de forma tal que se empiece a homogeneizar la situación y tener un punto de partida para “seguir trabajando para lograr las mismas condiciones laborales” en todas las empresas. El segundo objetivo es formalizar la relación de dependencia que se presenta en la mayoría de las situaciones, aunque sean tan usuales las facturaciones. Como ejemplo, Cuesta

mencionó que en la Unidad Coronaria Móvil, donde tuvo lugar un conflicto que se extendió por varios meses, 70% de los médicos facturan, lo que les hace perder muchos derechos, como la licencia o el aguinaldo.

En la misma línea, el vicepresidente del SMU, doctor Martín Frascini, señaló que hay “una disparidad enorme” entre la remuneración de un médico de ambulancia y la que percibe uno de radio de una mutualista, por ejemplo, así como en las condiciones de trabajo. Entre otras cosas, enumeró la cantidad de horas de corrido, las facilidades que se deben otorgar para cumplir con esas horas, cómo son los descansos y si la formación se incluye en ese horario. Las emergencias móviles presentan “diferentes remuneraciones y formas de trabajo” a las otorgadas por los servicios integrados al SNIS, a tal punto que pueden presentarse casos que pueden llegar a ser considerados competencia desleal.

Tanto Cuesta como Frascini señalaron que las obligaciones que enfrentan las emergencias móviles y los servicios incorporados al SNIS son muy desiguales, especialmente en cuanto a los trabajadores, y por eso se dan condiciones para una competencia desleal. Esto sucede, sobre todo, desde que las emergencias móviles dejaron de atender exclusivamente casos urgentes y fueron incorporando “una atención mucho más amplia” para sus clientes, indicó Frascini. Esta multiplicidad de servicios provenientes de empresas que no están integradas al SNIS implica varias cosas, entre ellas un aspecto vinculado a la atención en salud: “no hay una continuidad” en la atención médica de los pacientes, agregó el vicepresidente del SMU.

Frascini dijo que las negociaciones entre las partes están avanzando y que el SMU busca “que los médicos tengan un trabajo digno que tenga

garantizadas todas las condiciones laborales necesarias para el correcto desempeño de la función”, así como “que los contratos sean regulares y que el trabajo sea estable, sea en una institución integrada al SNIS como en una emergencia móvil”. Además, subrayó que es necesario definir “el rol de las emergencias dentro del SNIS”, para que dejen de duplicarse los servicios que se brindan a los pacientes y pasen a complementarse. En esta línea, mencionó las empresas de emergencia móvil que están asociadas a mutualistas brindando atención complementaria.

En este sentido, Cuesta señaló que “no están claramente establecidos los roles que deben cumplir las emergencias móviles”, en particular, “no está claro cuáles son sus potestades para el desarrollo de policlínicas de medicina general o de especialidades, por ejemplo”. Así, se han convertido en una “competencia natural” de los servicios de salud integrados en el SNIS, algo que consideró que “no debería ocurrir”, porque “no sería lógico permitir dos sistemas separados: uno regulado y otro desregulado”.

Distintos escenarios

Un escenario particular es el que se presenta en pequeñas localidades del interior del país, donde la emergencia móvil puede ser en muchos casos la única forma de acceso rápido a un servicio de salud. Cuesta indicó que este tipo de casos son usuales, ya que a veces la propia ASSE reconoce que las ambulancias de una emergencia son los únicos móviles disponibles para un traslado o que un local de ese servicio es el único prestador en salud del lugar. El secretario médico del SMU indicó que esos serían los mejores casos “para empezar a pensar la emergencia móvil como un servicio complementario que incluya al sistema público y al privado”, ya que en esas pequeñas

localidades “los problemas de escala parecen ser mucho menores”. Cuesta indicó que buscar esa complementariedad es necesario para escapar de “la lógica actual, en la que la viabilidad de la empresa de la emergencia móvil está dada por los salarios de hambre de los médicos y los funcionarios no médicos”. ♦

Datos para avanzar

La idea de dar los pasos hacia la instauración de una agencia de evaluación tecnológica es uno de los planteos más importantes que surgió de la Novena Convención Médica organizada por el SMU.

En el marco de la evaluación que los médicos realizaron sobre el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se llegó a la conclusión de que el actual sistema no cumple con los estándares de calidad.

“Los médicos entendemos que lo que tiene que guiar las políticas de salud en este país son aquellos lineamientos que surjan de parámetros objetivos, de indicadores y de datos certeros, a partir de los cuales se puedan tomar las decisiones”, afirmó el doctor Gustavo Grecco, presidente del SMU.

“Hoy la tecnología, las técnicas, los fármacos de alto costo y toda la medicina que tiene un alto impacto económico en el sistema es evaluada por el propio Ministerio de Salud (MS), con asesoramiento de la Universidad de la República sí, pero la palabra final la tiene el Ministerio. El MS preside el Fondo Nacional de Recursos, lo financia, entonces ahí tenemos un conflicto. La misma entidad que evalúa la tecnología y la evidencia es la que determina qué entra en la canasta de prestaciones y qué no, y a la vez en esa evaluación se corre el riesgo de terminar encareciendo tus propias responsabilidades como regulador del sistema”, agregó.

La pretensión del SMU es la de avanzar hacia una modalidad similar a la que funciona en los países del primer mundo, en los que una institución —que puede ser una agencia, un instituto, la denominación varía según el caso— conformada por expertos con suficiente respaldo académico son los encargados de analizar en forma objetiva, despojada de intereses económicos y políticos, la

evidencia científica sobre los avances de la medicina, ya sean fármacos o tecnologías.

A partir de ese análisis, los expertos, respaldados por el aval científico, son los que determinan qué es lo más adecuado para los pacientes, la incorporación de determinado fármaco o tecnología para mejorar su calidad de vida o su supervivencia. En función de los resultados de sus investigaciones, esta agencia es la que evalúa si debe ser aplicado o no, pero la decisión final corre por cuenta del MS.

Esta agencia, además de evaluar las tecnologías, también tendría que ser la que recopile la información para mejorar la calidad asistencial. Lo que no está claro es bajo qué órbita funcionaría. Para el doctor Martín Fraschini, vicepresidente del SMU, hay dos opciones. “Una manera podría ser que tenga un funcionamiento independiente con control parlamentario. Otra es que sea dentro de la estructura del Poder Ejecutivo, como una dependencia de la Presidencia de la República, que debería dotar a esta nueva entidad de un presupuesto, de una estructura física y que permita, mediante un sistema de evaluación constante, nutrir a un grupo de expertos y de profesionales para que evalúen la calidad de los procesos asistenciales. Esto en los hechos consiste en evaluar los resultados que se obtienen a partir de los medios que tienen los médicos”, consideró.

Una vez que esta agencia comience su funcionamiento, todo el sistema de salud deberá ser evaluado en tiempo real con indicadores, agregó Fraschini: “Para hacer una descripción más gráfica en términos quirúrgicos: si operamos diez pacientes con determinadas patologías, tenemos que saber cuáles son los resultados que se obtuvieron con los diez, para de esa manera evaluar. Ese es el control que el sistema necesita. Y esos sistemas de control se deben crear a partir de

donde está la atención médica y deben estar en todos los niveles de atención. Tiene que haber un control, un nivel de cumplimiento y un compromiso de gestión. Debe haber, además, políticas de Estado para nuclear las patologías, para establecer planes de prevención primaria y secundaria de patologías complejas y de alto impacto en la mortalidad en Uruguay, como lo son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los siniestros de tránsito y todas sus derivaciones. También debe existir un análisis profundo en el tercer nivel, que examine todo el proceso asistencial. Actualmente tenemos indicadores de calidad de asistencia, pero no los podemos analizar en tiempo real”.

De acuerdo al planteo del SMU, la generación de indicadores de todo tipo, en el área clínica, en gestión, va a generar un gran nivel de información que debe ser centralizado para poder realizar las evaluaciones que permitan perfeccionar y hacer las correcciones pertinentes dentro del sistema de salud.

Según Frascchini, esto puede darse, por ejemplo, “si una determinada patología está causando un impacto negativo en el sistema, porque las instituciones no pueden asumir, ya sea por razones económicas o asistenciales, esas patologías. Entonces habría que tratarlas en un centro de referencia, porque hay un impacto negativo en el sistema desde el punto de vista financiero y también en la calidad asistencial. En este caso, habría que incorporar tecnología en esos centros de referencia y a su vez hay que evaluarla para poder cumplir con las metas asistenciales que se pretenden. Entonces, esta agencia les va a dar las herramientas a las instituciones y los sistemas para que avancen en tecnología, en ciencia y sobre todo en el cumplimiento de los procesos asistenciales para mejorar la atención de los pacientes”. ♦

“LOS MÉDICOS ENTENDEMOS QUE LO QUE TIENE QUE GUIAR LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ESTE PAÍS SON AQUELLOS LINEAMIENTOS QUE SURJAN DE PARÁMETROS OBJETIVOS, DE INDICADORES Y DE DATOS CERTEROS, A PARTIR DE LOS CUALES SE PUEDAN TOMAR LAS DECISIONES”, AFIRMÓ EL DOCTOR GUSTAVO GRECCO, PRESIDENTE DEL SMU.

Minutos que valen oro

La rápida y adecuada atención de pacientes con traumas en siniestros de tránsito es uno de los cometidos del proyecto de ley que promueve el Sindicato Médico del Uruguay. Una de las claves para la implementación del Sistema Nacional de Trauma y Emergencia es la redistribución de recursos humanos y materiales, que ya están disponibles, pero que no están debidamente articulados.

La creación de este sistema es muy importante, debido a que los siniestros de tránsito son la primera causa de muerte y discapacidad en menores de 40 años en Uruguay. Desde el punto de vista epidemiológico, el trauma es la tercera causa de muerte, solamente por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. A causa de los siniestros de tránsito, hay pérdidas importantes de vidas, en especial de jóvenes, secuelas temporales y definitivas, incapacidades psicológicas y físicas, además de elevados costos hospitalarios y un alto porcentaje de ausentismo laboral.

Para el doctor Federico Preve, “en Uruguay [los siniestros de tránsito] son un problema, por el crecimiento del parque automotor y la falta de infraestructura. En las rutas nacionales hay una alta tasa de mortalidad”. El profesional aseguró que en este tipo de incidentes “el tiempo es oro, porque vale cada minuto de asistencia, por lo que perder tiempo puede ser potencialmente mortal”. Los accidentes de tránsito tienen 25% de mortalidad en las primeras cuatro horas del trauma y entre 40% a 50% pasadas las seis horas.

Además de crear políticas de prevención, la idea es desarrollar un sistema de asistencia prehospitalaria y hospitalaria, además de abrir centros de rehabilitación en todo el país. La ley pretende aprovechar y “procurar recursos humanos y materiales que ya están disponibles”, dijo Preve, “articulándolos en el sistema público y en el privado”.

Lo ideal sería evitar demoras innecesarias en la atención de las personas que sufrieron algún tipo de trauma en accidentes y realizar un solo traslado. “Ahora lo que se hace es llevar a la persona al lugar más cercano sin tener en consideración si cuenta con las instalaciones adecuadas para el trauma. Al hacer un nuevo traslado, se duplica la mortalidad. La idea es reorganizar los centros y hacer una categorización por regiones”, aseguró Preve, quien dijo, además, que nuestro país cuenta con la infraestructura y los recursos necesarios, y solo falta una adecuada redistribución. “Es parte de los derechos de los pacientes: recibir atención en equidad en todo el país”, afirmó.

El proyecto de ley también prevé la creación de protocolos de asistencia hospitalaria, un sistema terrestre y aéreo que sirva para trasladar pacientes a centros adecuados y la creación de subáreas que estén coordinadas con otros actores para el control y prevención de accidentes.

Otro punto que propone el anteproyecto es la creación de una comisión técnica conformada por tres personas y un consejo directivo de nueve integrantes. La comisión será asesora, de carácter honorario, y planificará políticas a mediano y largo plazo. El consejo será el ejecutor de los planes. Estos equipos estarían bajo la órbita del Poder Ejecutivo, asociado al Ministerio de Salud (MS).

Los mecanismos para disminuir estos porcentajes son campañas de prevención de accidentes, rápida atención prehospitalaria, rápido transporte, evaluación de lesiones secundarias, nivel de preparación, calidad del equipo médico, además de la correcta atención en la emergencia.

El proyecto de ley que promueve el SMU fue elaborado en colaboración con la Unidad Nacional de Seguridad Vial (Unasev) y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Gerardo Barrios, presidente de la Unasev, explicó a **ser médico** que

la Unidad viene trabajando con el SMU y con la cátedra de emergencia del Hospital de Clínicas en el proyecto de ley.

Con relación a la importancia del trabajo con el Sindicato, Barrios dijo: “Estuve durante muchos años en la Comisión de Prevención de Siniestros de Tránsito del SMU, que fue el origen de la Unasev. Ese es un rasgo importante, porque a veces las personas se olvidan de dónde salen las cosas”.

Sobre el proyecto que crea el Sistema Nacional de Trauma y Emergencia, Barrios aseguró que hubo muchas iniciativas para crearlo, pero que “no terminaba de cerrar”, porque falta un marco legal que lo habilite. Sobre su importancia, aseguró que en los países que tienen sistemas organizados la mortalidad disminuye entre 20% y 30%.

El anteproyecto está pensado para que los pacientes sean trasladados en un tiempo razonable al Centro de Trauma y Emergencia Médica que corresponde, además de recibir asistencia para la rehabilitación, cuidados paliativos y ser atendido por trabajadores capacitados en trauma y emergencias médicas. También es importante que, en la medida de lo posible, se le informe al paciente sobre su estado de salud y se le solicite el correspondiente consentimiento para el tratamiento.

En síntesis, el sistema de trauma se centraliza en la atención médica, incluye una etapa de atención prehospitalaria, *triage* (clasificación de la gravedad en el lugar del hecho), transporte, atención hospitalaria y una etapa de rehabilitación poshospitalaria.

Las ambulancias de emergencia deberán tener un equipo médico especializado, equipamiento moderno, para realizar una completa y correcta reanimación cardiorrespiratoria, metabólica, neurológica, y deben ser concebidas como un minihospital. La atención en los primeros momentos reduce en forma notoria las secuelas y la invalidez, y permite acortar el tiempo de internación y de recuperación.

En zonas urbanas el paciente debe recibir una atención rápida (levantar y llevar), porque el tiempo de traslado es mucho menor; por el contrario, en zonas suburbanas en grandes ciudades, y sobre todo en zonas rurales, el tratamiento inicial debe realizarse en el lugar del hecho. Para trayectos cortos y medianos, las unidades de traslado serán ambulancias medicalizadas, pero para recorridos de más de 200 kilómetros se usarán aviones o helicópteros.

Está demostrado que los centros de trauma bajan las tasas de mortalidad y disminuyen la incidencia de enfermedades y secuelas. Sin este tipo de recursos, el porcentaje de fallecidos seguirá aumentando. Para tener una idea cabal, vale mencionar cifras de San Diego, California (Estados Unidos). Los accidentes por automóviles en San Diego, donde funciona un Centro de Trauma, tienen 15% anual de mortalidad en relación al 19% del resto del país, donde no hay un sistema. ♦

Mucho por hacer

Para el Sindicato Médico del Uruguay, ASSE necesita una profunda reforma que la convierta en un prestador de salud que pueda competir con las mutualistas.

El vicepresidente del SMU, doctor Martín Fraschini, dijo a **ser médico** que la reforma de ASSE está “anquilosada”. “ASSE debería ser el lugar donde la reforma tendría que avanzar con mayor ímpetu, generar cambios en la atención, tanto en la calidad de los servicios como en la formación de recursos humanos. El diagnóstico es que algo se ha hecho, pero la reforma de la salud en ASSE está detenida”, afirmó.

Por su parte, el doctor Federico Preve, integrante de la Unidad de Negociación Colectiva del SMU, aseguró que ASSE “quedó rezagada con relación a los prestadores privados. Está claramente en desigualdad de condiciones frente al sistema mutual. Debería ser la locomotora y es un vagón de media tabla”, afirmó.

ASSE es el principal prestador del Sistema Nacional Integrado de Salud, es la institución que tiene el mayor volumen de usuarios (1.200.000 personas) y, además, es la única red asistencial que funciona en todo el país. No obstante, “muchos de esos usuarios no están dentro del Fondo Nacional de Salud (Fonasa)”, afirmó Fraschini.

Preve aseguró que, del total de usuarios de ASSE, solo 400.000 son los afiliados a través del Fonasa. Uno de los puntos que el SMU propone modificar es que todas las personas que se atienden en ASSE lo hagan por medio del Fondo. De esta manera, se incrementaría el presupuesto de la institución en 10% o 15%, ya que pasaría a cobrar las cápitas por edad y sexo.

En cuanto a los recursos humanos, desde el SMU aseguran que hay que presupuestar las Comisiones de Apoyo y regularizar los 3.500 vínculos laborales que dependen de estas, “lo que implica que los funcionarios tengan asegurado el aguinaldo, el salario vacacional y los beneficios para las mujeres embarazadas”, dijo el vicepresidente del SMU.

Tanto Fraschini como Preve aclararon que no se trata de 3.500 funcionarios, ya que algunos profesionales tienen varios contratos, por lo que el número total es menor.

Fraschini también se refirió a la asimetría entre las horas trabajadas y los salarios. “No hay una proporcionalidad en la estructura de ASSE. No es lo mismo trabajar 12 horas que 24. El que trabaja más gana mucho menos. Eso hace que los colegas opten por disminuir la cantidad de horas, porque es mucho más beneficioso trabajar 12 o 16 horas que 24”.

Otro factor que va en detrimento de la buena atención en ASSE son las Funciones de Alta Dedicación que, según el vicepresidente del SMU, “se usan para mejorar el salario, pero no han elevado la calidad de asistencia porque no hay una reestructura profunda en el sistema”. Por su parte, Preve dijo que una de las aspiraciones es que “el trabajo médico tenga un laudo único y que las Funciones de Alta Dedicación sirvan para fidelizar a los médicos en ASSE”.

Con relación a la administración, Fraschini expresó: “Creemos que ASSE debe tener una mayor autonomía. Tiene que pasar a ser un ente autónomo”. Para hacer esto, tiene que estar amparada en el artículo 221 de la Constitución. El texto dice: “Los presupuestos de los Entes Industriales o Comerciales del Estado serán proyectados por cada uno de estos y elevados al Poder Ejecutivo y al Tribunal de Cuentas cinco meses antes del comienzo de cada ejercicio, con excepción del siguiente al año electoral, en que podrán ser presentados en cualquier momento”. Según explicó Preve, “en la actualidad ASSE tiene tres bolsas de dinero: una para sueldos, otra para inversiones y la tercera para los gastos de funcionamiento. Entre esos tres paquetes no se pueden hacer transferencias y eso genera mucha rigidez en el presupuesto. Con un régimen más flexible se va a poder competir mejor con el sector mutual”.

Fraschini, por su parte, dijo que este cambio formal aseguraría que el dinero que no se gasta en un ejercicio no vaya a Rentas Generales, sino que pueda ser

reutilizado. “Eso es fundamental para que ASSE tenga más libertad en la gestión”, aseveró.

Otro aspecto en el que no se ha avanzado es en la creación de los Centros de Referencia (ver recuadro). Fraschini resaltó que tampoco en la evaluación del sistema con indicadores en tiempo real. “Hoy no tenemos una información fidedigna sobre la calidad de asistencia. Lo que más se evalúa es el Fondo Nacional de Recursos que necesita indicadores porque es un lugar en el que la tecnificación, la ciencia y la tecnología van de la mano de los resultados y requiere una evaluación constante. Hasta ahora no tenemos una evaluación de lo que estamos haciendo, por eso el sistema está quieto”, sostuvo. El profesional explicó que sin esto no se puede cumplir con los compromisos de gestión. “Tenemos problemas salariales, de recursos humanos y por eso es necesario que la red asistencial de ASSE se rediseñe. Hay que ver en qué lugar ponemos al Hospital Policial y al Militar y dónde colocamos el rol de las emergencias móviles. Estamos convencidos de que el presupuesto es enorme, pero necesitamos que aumente porque queremos mejorar los salarios que hace tiempo que no se suben, pero pensamos que es un presupuesto importante y hay que administrarlo mejor. El objetivo final es lograr que ASSE pueda brindar la misma capacidad de atención, el mismo salario y condiciones de trabajo que los prestadores privados. Hoy nos encontramos con una reforma detenida y con alteración grave en los recursos humanos. El 90% de las instituciones compiten dentro del mismo fondo y pagan diferentes salarios, y si uno mira el interior la diferencia es todavía mayor que en Montevideo. Esas son las inequidades que tenemos que corregir. El SMU tiene que patear el cajón, hacer mover la rueda y generar que la reforma siga avanzando”, concluyó. ♦

CENTROS DE REFERENCIA, OTRA LEY QUE ESPERA

Entre las leyes importantes que siguen a la espera de ser aprobadas está la de los centros de referencia, que actualmente está siendo discutida en la Comisión de Salud del Senado.

El SMU tiene una postura muy firme y decidida en el impulso de esta ley, porque su implementación sin dudas va a generar un beneficio en la calidad asistencial para determinadas patologías, de baja prevalencia y de alta complejidad.

En este sentido, el doctor Federico Preve afirmó que la aprobación de esta ley “es una de las grandes conclusiones que salieron desde la Convención Médica Nacional impulsada por el SMU, que de alguna forma marcó la agenda en este gobierno”.

El tema viene siendo tratado por los diversos actores implicados y Preve señaló algunas diferencias con el Ministerio de Salud (MS) sobre el proyecto de ley.

“Tenemos alguna diferencia con el MS en el tema del financiamiento de los centros de referencia”, dijo Preve, que agregó: “Para nosotros, debería ser a través de un porcentaje de la cuota del Fonasa, directamente desde las instituciones. El MS plantea que esto sea así, pero que actúe como intermediario el Fondo Nacional de Recursos, y que sea el Fondo el que les pague a las mutualistas, algo que a nosotros nos parece innecesario”.

Para el SMU, otro punto fundamental que debe estar incluido en la ley en estudio es la obligación de la formación de recursos humanos para evitar que estos centros de referencia se conviertan en centros de poder donde se decide directamente si se forman personas o no.

“La formación debería ser obligatoria y a su vez nosotros pensamos que el régimen de trabajo en estos centros debería ser de alta dedicación. Además, la idea debería ser concentrar allí el trabajo de los médicos que tengan experiencia en determinadas patologías”, sentenció Preve.

“Para el SMU, la aprobación de esta ley es una cuestión urgente para mejorar la asistencia en el país. Lo ideal sería que fuera votada antes del final de este año. La propia ley va a crear una comisión que será la encargada de evaluar las postulaciones de los centros que pretendan ser de referencia. Un país de pocos habitantes como el nuestro debe concentrar en un solo lugar la atención de determinadas enfermedades poco prevalentes para evitar la duplicación de recursos. La finalidad es que se brinde una atención de calidad, y además la ley da un marco de equidad para todos los usuarios del sistema, tanto público como privado”, concluyó. ♦

Cuestión de fondos

En el décimo aniversario de la reforma de la salud, mediante la que se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, les propusimos al presidente del Sindicato Médico del Uruguay, doctor Gustavo Grecco, y al vicepresidente, doctor Martín Fraschini, evaluar su financiamiento, a fin de saber si es suficiente y si está bien administrado.

Uruguay invierte en salud unos 4.500 millones de dólares, más de 9% de su Producto Interno Bruto, según datos oficiales. Este porcentaje está por encima de lo que invierten en salud otros países de la región, de acuerdo con la información del Banco Mundial, como Colombia o Argentina, y en un nivel similar al de algunos países europeos.

Tanto Grecco como Fraschini consideraron que los recursos invertidos en la salud en Uruguay son suficientes, pero manifestaron preocupación con respecto a la administración y a la eficiencia de la gestión de las distintas instituciones que integran el SNIS. “A todas luces se requiere de una mayor eficiencia para la ejecución del presupuesto en salud, porque con esa cantidad de recursos debería ser posible brindar una atención mucho mejor”, aseguró Grecco. Por su parte, Fraschini opinó que es necesario “rediseñar y readministrar” los recursos destinados al SNIS, especialmente en la red asistencial de la ASSE, porque “con el nivel de inversión que se tiene hoy en día el sistema debería estar mucho mejor de lo que está”.

En cuanto al presupuesto de los servicios de salud brindados por ASSE, Grecco indicó que desde el SMU se desconoce con qué criterios se otorgan esos recursos y consideró que no son los mismos que se aplican en el sistema privado, que se definen mediante cápitas del Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con la cantidad de usuarios que atienden las instituciones. “Sería deseable que la asignación de recursos siguiera los mismos criterios para el público y el privado, porque esta-

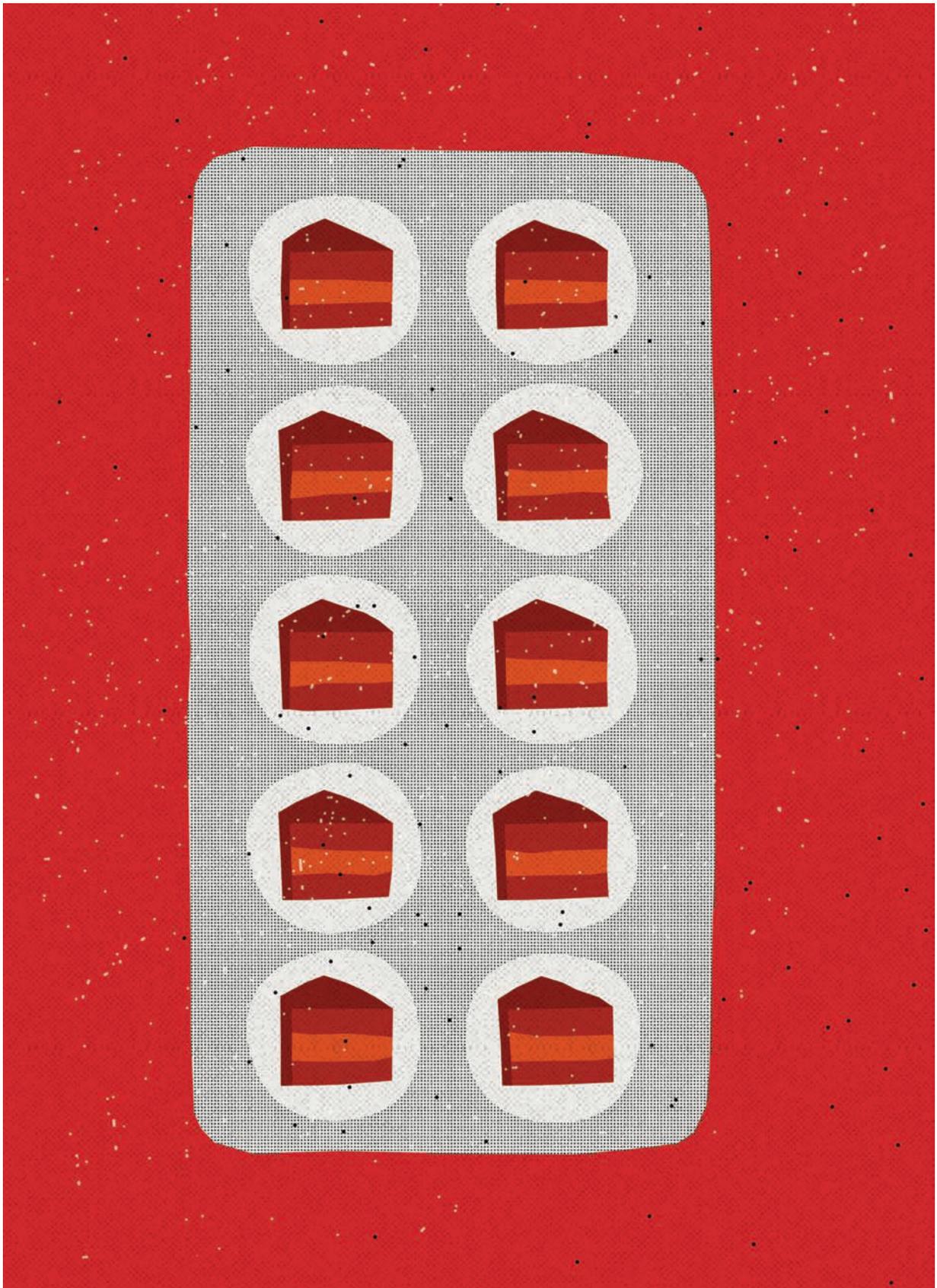
mos hablando de un sistema de salud en igualdad de condiciones”, indicó el presidente del SMU.

En referencia a las cápitas, Grecco también mencionó que “es imprescindible mantener un equilibrio financiero y económico del SNIS”, para que las instituciones y la atención en salud no se vean afectadas. Además, señaló que hay una Comisión de Cápitas que funciona en la Junta Nacional de Salud, en la que se debate la fórmula por medio de la cual se determina cuánto se pagará a las instituciones por cada paciente y subrayó que en esa comisión los trabajadores no están representados, ni a través del SMU ni de la Federación Uruguaya de la Salud. En esa comisión, el Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas, discute con las empresas para fijar distintos criterios en negociaciones que han tenido diferentes resultados. “Obviamente que nos gustaría participar y aportar en esa comisión, pero no hemos tenido la oportunidad”, lamentó.

En todo caso, gran parte de la preocupación por el financiamiento reside en “cómo se gestiona” el dinero y “cómo se miden” los resultados para definir las inversiones que se realizan, indicó Grecco, que al igual que Fraschini insistió en “la necesidad de un programa nacional de calidad que monitoree indicadores u objetivos de gestión y que sea el sustento científico de la toma de decisiones políticas”.

De esta forma, también se evitaría duplicar recursos, aplicando la complementariedad: “Tenemos que buscar la manera más inteligente de articular para que, contemplando las necesidades de cada sector, se llegue a una situación en la que optimicemos el gasto en salud”, dijo Grecco, antes de subrayar que “todo parece reducirse a no gastar en exceso para tener el mismo resultado”.

Sin embargo, para que este cambio se concrete y se avance en la complementación —ya sea entre públicos y privados o entre privados—, es nece-



sario no solo trabajar en la articulación política y financiera sino también en lo cultural, apuntó Grecco. La mejor utilización de los recursos en salud no es que cada institución brinde todos los servicios, sino que exista complementariedad entre los distintos prestadores, opinó. “Esto quiere decir que puede ocurrir que los usuarios del hospital vayan a atenderse a la mutualista o que los de la mutualista vayan a las policlínicas de ASSE, por ejemplo”, agregó. Este cambio debería implementarse con un marco regulatorio particular que contemple desde las relaciones laborales hasta los acuerdos económicos y políticos, lo que implica “tener una mirada muy a largo plazo” y atender “el interés general más allá del particular”.

Tiempos más cortos

Otro de los principales problemas del financiamiento actual del SNIS es que no dispone de mecanismos internos de ajuste, sino que se armó un diseño económico de acuerdo con la realidad de 2007 y la información disponible en ese momento, creando una especie de paramétrica para determinar las cápitas y los pagos fijos y variables, que son ajustados de acuerdo con la inflación.

Pero, a diez años de su instalación, esas fórmulas nunca fueron readecuadas, lo cual termina perjudicando a las instituciones. “Parece razonable que tengamos mecanismos objetivos de ajuste periódico que nos permitan optimizar el manejo de los recursos financieros del sistema”, indicó Grecco, aunque reconoció que las instituciones también deberían mejorar “su eficiencia en el manejo de esos fondos”. En los últimos diez años no solamente la salud atravesó un montón de cambios, muchos de los cuales están asociados a mayores costos, como los tecnológicos, sino que además se recolectó más información acerca de los costos asociados a la salud con el sistema actual.

Solo por dar un ejemplo, Grecco recordó que en 2008 se incorporaron al SNIS los fármacos de alto costo. Esta posibilidad no había estado planteada cuando se discutió la reforma de la salud y su inclusión ha tenido “un impacto brutal en la economía del sistema”. “Es una muestra de lo dinámica que es la salud y cómo la incorporación de las novedades hace que se produzcan cambios importantes en su financiamiento. El costo de salud crece exponencialmente y los recursos financieros para brindar la asistencia son los mismos”, agregó.

Más y mejor

Una alternativa para aumentar el financiamiento del SNIS sería incorporar a los que permanecen fuera del sistema, tanto a nivel de usuarios como de instituciones. Frascini se refirió a las emergencias médicas y a los seguros de asistencia, que están por fuera del SNIS. Por su parte, Grecco apuntó a policías, militares y trabajadores municipales, que también lo están. “Un gran desafío que tiene el SNIS a diez años de su implementación es completar la incorporación de distintos colectivos”, como sucedió con los jubilados en su momento o hace solo unos meses con los trabajadores de ANCAP, indicó Grecco. De esta forma, se podría “converger hacia un sistema igualitario, en el que todos los uruguayos tengamos el mismo piso de beneficios, que tiene que asegurar una serie de derechos, así como determinada calidad en las prestaciones de salud”, agregó. En este sentido, indicó que el financiamiento de los sistemas sanitarios de la Policía y las Fuerzas Armadas, por ejemplo, no es transparente y depende de otros organismos, como el Ministerio del Interior y el de Defensa Nacional, respectivamente. “¿Con qué criterio se asigna el presupuesto del Hospital Policial?”, se preguntó.

Desde 2007 hasta ahora el Fonasa ha aumentado exponencialmente el número de usuarios que aportan a él. Pasó de tener entre 700.000 y 800.000 en 2007 a contar con casi 2.5 millones en 2017, indicó Grecco, y destacó que eso ha permitido que se reduzca el gasto individual de cada uruguayo en salud. En la misma línea, Frascini señaló que la implementación de la reforma de la salud, y en particular la creación del Fonasa, “era necesaria para Uruguay, para concentrar la inversión dentro del sistema de salud, y es bueno que esté, porque asegura un cumplimiento de pago a las instituciones”.

Por su parte, Grecco también consideró positiva la implementación de la reforma de la salud y celebró el crecimiento del número de usuarios que se atienden a través del SNIS. “Sin dudas, tenemos una mejor salud que antes, pero podríamos tener una mucho mejor si mejoráramos en eficiencia”, concluyó. ♦



Biblioteca
Virtual en
Salud

30 DÍAS GRATIS



La única Biblioteca Virtual en Salud en Uruguay que cuenta con las herramientas online **Dynamed Plus** y **Clinical Key** para la formación, consulta y crecimiento profesional a nivel nacional, regional e internacional.

DynaMed Plus®

Herramienta de referencia clínica elaborada por y para médicos pensada para usarse en la consulta con el paciente.

NUEVA
PLATAFORMA

ClinicalKey®

El motor de búsqueda clínico diseñado para dar respuestas con la mayor colección de recursos médicos.

AHORA EN
ESPAÑOL

PROBALAS GRATIS AHORA



Ingresá con el código QR o en esta dirección:
www.smu.org.uy/socios/afiliacion/promobvs
completá el formulario y accedé a todas las herramientas fundamentales para tu profesión

Al finalizar la suscripción automáticamente quedarás afiliado al SMU para poder acceder a todos los beneficios que te brindamos. En caso de no querer continuar con la afiliación deberás enviar un mail a socios@smu.org.uy. Tres días antes de la finalización de la suscripción te enviaremos un mail recordatorio.

www.bvssmu.org.uy



Sindicato
Médico del
Uruguay



Nadie
te cuida más



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

SOCIALES FESTEJO

Nuevos doctores

¡Felicitaciones a los nuevos médicos y médicas! Como es tradicional, el 31 de julio pasado una nueva generación de estudiantes culminó la carrera. El SMU estuvo presente en los festejos, acompañando a los jóvenes doctores en esta nueva etapa que comienzan.





Los socios decidieron

El jueves 25 de mayo se realizaron las elecciones generales del Sindicato Médico del Uruguay. La Agrupación Fosalba obtuvo cuatro cargos en el Comité Ejecutivo, mientras que Médicos por el Cambio obtuvo dos y MI, Gremialismo Auténtico, UGM y MAS un cargo cada una. En el orden estudiantil, Estudiantes Independientes resultó ganadora; tendrá dos cargos en el Comité Ejecutivo y 1958 AEM tendrá uno.





7



8



9



10



11



12

1. Los socios participan en el acto eleccionario.
2. Dr. Gustavo Grecco, presidente electo del SMU.
3. Dr. Julio Trostchansky, presidente saliente del SMU.
- 4-6. Momentos de la jornada electoral.
7. Dr. Rodrigo Perna, Dr. Martín Fraschini y Dr. Gustavo Grecco
8. Dr. Daniel San Vicente, Dr. Escandor EL Ters, Dr. Richard Millán, director general de ASSE.
- 9-10. Escrutinio.
11. Presidente electo y presidente saliente se saludan tras el resultado del escrutinio.
12. La agrupación Fosalba obtuvo la mayoría de votos.

Un nuevo comienzo

El miércoles 7 de junio asumieron funciones los nuevos integrantes del Comité Ejecutivo del SMU quienes votaron al doctor Gustavo Grecco como presidente de la institución.



1



2



3

1. Integrantes del nuevo Comité Ejecutivo.
2. Dr. Jorge Basso, ministro de Salud, y Dr. Gustavo Grecco, presidente del SMU.
3. Dr. Gustavo Grecco junto a integrantes de la Comisión del Reencuentro y la Amistad.
4. Dr. Pedro Koyounian, Dr. Martín Fraschini, Dra. Carina Almirón, Dr. Luis Miguel Gómez, Dr. Álvaro Dendi, Dr. Nicolás de Paula, Dr. Luis Pacheco, Dra. Cristina Mayado.
5. Dr. Julio Braidá, Dra. Josefina Tarigo, Dr. Martín Salgado, Dr. Luis Pacheco, Dr. Alarico Rodríguez, Dr. Gustavo Grecco, Dr. Federico Martiarena, Dr. Fabio Grill, Dr. Martín Odriozola.



5



6

Ser del SMU

es crecer hacia al FUTURO



Un gran proyecto de reconversión transformará en poco tiempo nuestra colonia de vacaciones en un **Nuevo Hotel y Centro de Convenciones** sin perder el espíritu que lo caracteriza.

NUEVO HOTEL ALCION

Con el objetivo de seguir creciendo y brindar más beneficios a nuestros socios proyectamos una gran reforma de la colonia que contempla la incorporación de energías renovables con paneles solares, 84 habitaciones con 184 plazas a nuevo, 12 habitaciones de lujo con balcones, nuevas instalaciones eléctricas y sanitarias, remodelación de vestuarios, gimnasio, salas de juego, guardería y piscina, rediseño de los espacios interiores y la incorporación de 2 salas de convenciones para más de 250 personas.

Hacete Socio SBA y disfrutá de todos los beneficios EXTRA que tenemos para vos.

Este proyecto se financia con el Sistema Básico de Alojamiento (SBA)

Plan de beneficios para socios SBA

Hasta 20% de descuento en el Hotel del Lago Punta del Este Golf & Resort

Hasta 40% de descuentos en Centro de Hoteleros y Restaurantes de Piriápolis

5 % de descuento en Guamatúr

10% de descuento sobre la mejor tarifa disponible para la fecha solicitada en Altos del Arapey (www.altosdelarapey.com)



Sindicato Médico del Uruguay



Nadie te cuida más

Informate más en www.sermedico.com.uy

Seguinos en    



Disfruta de **máxima velocidad**
con la **mejor cobertura LTE**

Nuevos planes

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.

los primeros 12 meses



luego \$690 IVA inc. por mes

3 GIGAS

5 destinos gratis

5 números amigos

Descuento en la compra del terminal
Plan Con Límite

los primeros 12 meses



luego \$990 IVA inc. por mes

10 GIGAS

6 destinos gratis

5 números amigos

10.000 SMS a móviles de Antel

Descuento en la compra del terminal
Plan Sin Límite

los primeros 12 meses



luego \$1590 IVA inc. por mes

15 GIGAS

10 destinos gratis

5 números amigos

10.000 SMS a móviles de Antel

Descuento en la compra del terminal
Plan Sin Límite

Por más información sobre estos y otros planes con convenio:
0800 2030, empresas@antel.com.uy o Centros Comerciales de Antel.

AntelDeTodos     antel.com.uy



avanzamos
juntos

www.cjppu.org.uy



Estamos cambiando para que ganes tiempo

A través de nuestra web www.cjppu.org.uy tendrás la posibilidad de agendarte para realizar trámites o hacerlos allí directamente, efectuar pagos en línea, realizar consultas e informarte sobre las últimas novedades de la Caja.

**QUEREMOS ESTAR CERCA. SEGUIMOS TRABAJANDO
PARA ESTAR CADA VEZ MÁS COMUNICADOS.**



Caja de Profesionales
Universitarios

Andes 1521 - Tel.: 2902 8941

**Somos tu caja,
estamos contigo**