



AÑO II - Nº 5 - Publicación mensual del Sindicato Médico del Uruguay - Abril de 2003

Se renuevan las autoridades del Comité Ejecutivo del SMU, de la Junta Directiva del CASMU, del Fondo de Solidaridad Social, de la Colonia de Vacaciones y del Consejo Arbitral

Todo listo para las elecciones gremiales el 29 de mayo

- Los comicios se celebrarán en el local gremial de Br. Artigas.
- Las mesas receptoras de votos funcionarán en horario continuo.
- Se puede sufragar entre las 8 de la mañana y las 8 de la noche.
- Los resultados se conocerán al filo de la medianoche.

Escribe el Dr. Barrett Díaz

**LOS MÉDICOS
LE DICEN
NO A LA GUERRA**

Demandas por malap Praxis

**ANÁLISIS DE UN
PROBLEMA CRECIENTE**

**AVANCES
EN LA
EDUCACIÓN
MÉDICA
CONTINUA**

LUCHA CONTRA EL TABACO: LOS ADOLESCENTES DE NUEVA YORK EN PRIMERA FILA

CONVOCATORIA A ELECCIONES EN EL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

El Sindicato Médico del Uruguay en cumplimiento de lo que establecen sus Estatutos Sociales, las Bases Fundamentales del Centro de Asistencia, el Estatuto de la Colonia de Vacaciones y el Estatuto del Fondo de Solidaridad Social, **convoca a sus asociados médicos y estudiantes a Elecciones Generales para el jueves 29 de mayo de 2003.**

En este acto eleccionario deberán elegirse, en renovación total, los siguientes órdenes:

- **Comisión Fiscal** (5 cargos médicos)
- **Consejo Arbitral** (4 cargos médicos)
- **Comité Ejecutivo** (10 cargos médicos y 3 estudiantiles)
- **Junta Directiva del Centro de Asistencia** (9 cargos médicos)
- **Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones** (5 cargos médicos y 1 estudiantil)
- **Comisión Directiva del Fondo de Solidaridad Social** (3 cargos médicos y 1 estudiantil)

Las listas de candidatos deben llevar únicamente Lema, no aceptándose Lemas idénticos en listas distintas. Los candidatos deben dar su aquiescencia escrita para las listas en que figuren. Las listas constarán de doble número de nombres de los puestos a llenar para los lemas médicos y del triple para los estudiantiles. En el caso de la Colonia de Vacaciones se necesitarán el triple de nombres también en los lemas médicos (Artículo 4, Estatutos de la Colonia de Vacaciones).

La fecha de **recepción de listas**, cierre del período de inscripciones, será **hasta el 14 de mayo del corriente**, en la Secretaría de la Comisión Electoral (Br Artigas 1515).

El acto eleccionario se cumplirá en la fecha indicada en un período continuo que funcionarán las Mesas Receptoras de votos (Br Artigas 1521) de 08:00 a 20:00 horas.

La elección de los miembros de todos los organismos se hará mediante voto SECRETO.

Tendrán derecho a votar todos los afiliados que hayan ingresado al SMU por lo menos dos meses antes de la fecha de la elección (Artículo 30, inciso c de los Estatutos), excepto para la Junta Directiva del Centro de Asistencia que será electa por los socios médicos que cuenten con una antigüedad mayor a un año en el Registro Social. (Artículo 33 de las Bases Fundamentales del CASMU).

Los socios estudiantes pueden votar dentro de los Lemas Médicos a la Comisión Fiscal y Consejo Arbitral. A los demás organismos, excepto Junta Directiva del CASMU, votarán dentro de los Lemas Estudiantiles.

Dr. Ignacio Lezama
(Secretario)

Dr. Barrett Díaz Pose
(Presidente)

Educación Médica Continua

Me parece muy necesario y acertado insistir en el problema de la EMC ¿Qué problema en particular? Que ante el acortamiento de la entrada en obsolescencia de los conocimientos médicos (antes cifrada en aproximadamente cinco años), las opciones de acceder a algún tipo de EMC sean onerosas; aún más: que arriesguemos que la actividad sea invadida por corporaciones internacionales muy poderosas que ofrecen paquetes totalmente ajenos a las necesidades del médico en nuestro medio real y actual.

No es nuevo el planteo del problema. Ya en 1974 la revista NOTICIAS del SMU, en su editorial de primera página, abordó el tema e introdujo en el Uruguay la entonces novedosa denominación: "Educación médica continua para graduados". Pero antes, los presidentes del SMU Roberto Berro (1925) y Abel Chifflet (1930), habían escrito en "ACCIÓN SINDICAL", sobre la necesidad de que "quienes una vez fuimos estudiantes seamos siempre estudiosos" y de facilitar al médico el estudio de la "práctica general, más allá del farrago de informaciones originadas en la investigación científica... ya que el ser humano que atendemos es mucho más que la suma de todos esos conocimientos, adicionados de las novedosas investigaciones y de la ignorancia esencial del destino del hombre".

Sucedo que en 1974 la OMS había alertado que las Escuelas de Medicina no preveían que el egresado continuara estudiando permanentemente. Y por cierto, el estudio de pregrado puede durar siete, ocho o algún año más, pero la práctica de la profesión abarcará luego varias décadas.

Fruto de esta situación, surge en el gremio médico el planteo de propuestas; una vez más el SMU debió asumir,

y asumió, la iniciativa del trabajo serio y responsable, elaborando **opciones** a los problemas del médico: rol insustituible que cimienta su reconocimiento nacional e internacional.

Gracias al rol del gremio médico se individualizaron tres problemas claves de la Educación Médica Continua. 1) La selección de temas, que usualmente en congresos o seminarios suele responder a los intereses del expositor, y que se procuró, en lo sucesivo, poner al servicio de los intereses del participante en la actividad. 2) Las metodologías educativas, que habitualmente eran extrapoladas de la actividad de pregrado, y que se trata de sustituir por otras, más participativas, propias de adultos experimentados en la materia. 3) La evaluación, usualmente ausente o relegada en los congresos y seminarios tradicionales. Por último, en el momento actual, el gremio médico procura introducir la telemática, como forma de democratizar el conocimiento, llevándolo a la casa del médico en el horario que éste disponga para las actividades de EMC.

En el año 1991 el Ministerio de Salud Pública decretó la recertificación médica. O sea que los títulos habilitan para el ejercicio de la profesión tuvieran una validez cronológicamente limitada, debiéndose renovar periódicamente. Como esta iniciativa no fue precedida de la instalación de un sistema de Educación Médica Continua, el gremio médico se opuso a esa forma de proceder. Se propuso trabajar en conjunto con la Facultad de Medicina y el MSP en la elaboración de un sistema de Educación Médica Continua de alcance nacional, **con accesibilidad garantizada**, que operara previamente a la entrada en vigencia del sistema de recertificación. Esta iniciativa legislativa está actualmente a punto de ser pro-

cesada en el Parlamento Nacional.

De esta forma estaremos adecuándonos al precepto establecido en el Art. 13 del Código de Ética Médica que resalta la necesidad de mantener actualizados los conocimientos y las habilidades profesionales del médico para su propia satisfacción y para garantía de la calidad del servicio que le brinda a sus pacientes.

Dr. Barrett Díaz Pose

ESE de Salud® es una publicación del Sindicato Médico del Uruguay, en conjunto con **El Diario Médico**.

Director: Dr. Barrett Díaz Pose.

Consejo Editorial:
Dr. Barrett Díaz Pose,
Dr. Eduardo Figueredo,
Dr. Ignacio Lezama,
Dra. Sara Méndez,
Br. Álvaro Danza,
Dr. Antonio L. Turnes.

Diagramación: MR Pepe.
Diseño: Marcovecchio & Guimaraens.

Circulación: Omar Díaz, Ciudadela 1365,
Tel. 902.2730. Carpeta MEC: En trámite, N° 1817.

Las notas publicadas no expresan necesariamente la opinión de la institución ni del Consejo Editorial de **ESE de Salud**.

Se autoriza la reproducción de los artículos siempre que se cite la fuente.

LAS DEMANDAS POR MALAPRAXIS

Las dos caras de una misma moneda

por el Dr. Antonio L. Turnes

Desde fines de la década del 60 se comenzó a ver, primero en los Estados Unidos, y años después en Europa, sobre todo en Francia, Alemania y el Reino Unido, el inicio de una costumbre nueva para enfrentar resultados adversos de los actos médicos: llevar a los médicos ante los tribunales, demandándoles resarcimiento económico por los supuestos daños derivados de su actuación profesional. Las demandas por MALAPRAXIS. Hasta este término, que fue impuesto en los Estados Unidos, y que nos rechinó durante tanto tiempo, se hizo corriente. Y escribese como se escriba, (malpraxis, mala praxis o malaproxis, mala práctica o malpractice) refiere a una misma realidad: la rotura de un vínculo afectivo en la relación médico-paciente, que hace transformar el encuentro "de una confianza con una conciencia", en algo pasible de ser indagado, tasado, indemnizado.

Ya en la década del 80, veinte años después, llegaron a Uruguay las primeras demandas, y pronto se hicieron sentir entre la comunidad médica, en todo el país, tanto en Montevideo, como en el Interior, con fuerza creciente.

En 1988 tuvo lugar la primera Jornada sobre Responsabilidad Médica, donde médicos, abogados, magistrados, personal de salud, directores técnicos de instituciones de todo el país, se reunieron para debatir abiertamente un tema que hasta allí sólo había infundido temor. Fue gracias al entonces profesor de la Cátedra de Medicina Legal, Dr. Guillermo

Mesa, y al también entonces abogado jefe del SMU-CASMU, Dr. Antonio Grille, que se generó esa primera reunión. Hubieron después de continuarse, con un intervalo más o menos largo, otras jornadas, que sí tomaron continuidad, y constituyeron una forma sistemática de abordar este y otros temas que hacen a la responsabilidad profesional y las medidas más idóneas para actuar frente a esta realidad.

En octubre de 2001 tuvo lugar en el SMU una conferencia del Ec. Alejandro Ramos, sobre "Aspectos económicos de la responsabilidad médica", cuya coordinación estuvo a cargo del Dr. Ramón Rodríguez de Armas, y que contó con la participación de comentaristas médicos y abogados, entre los que recordamos a los Dres. Alvaro Lista Varela, Hugo Rodríguez Almada, el abogado Ariel Apotheloz, y el suscrito.

Hace pocas semanas, el presidente George W. Bush, en medio de sus preparativos para la guerra, hizo su mensaje a la Nación, ante el Congreso, y destacó en su discurso (una pieza generalmente elaborada con fineza por sus asesores) la gran incidencia negativa que tenía en los costos de la salud en los EUA los reclamos por responsabilidad médica. Esto está siendo estudiado por comités especiales, incluso con una participación destacada de la American Medical Association (la AMA) que reúne a 650.000 de los médicos americanos.

En Uruguay no es menor la significación de este rubro en el encarecimiento de la atención médica,

porque las instituciones deben afrontar el pago de indemnizaciones, con cierta frecuencia, de montos importantes, derivadas de sentencias judiciales, o de acuerdos extrajudiciales, en el curso de las negociaciones por demandas entabladas.

Queremos referirnos hoy a la importancia de la MEDICINA DEFENSIVA, materia que expuso con brillantez y claridad el Dr. Hugo Rodríguez Almada, en la reunión mencionada. Sintetizando podríamos decir que: en esta materia, inciden dos tipos de factores: los VALUABLES (sentencias, acuerdos, pólizas de seguros), y los NO VALUABLES (la MEDICINA DEFENSIVA, en adelante MD).

La MD es la *conducta médica cuya motivación es el intento de protegerse de una acusación de malaproxis*. Ella no se justifica técnica ni éticamente, es ineficaz como protección, perjudicial para el paciente y genera costos adicionales.

Allí exponía el relator el caso de los estudios paraclínicos innecesarios, que buscan proteger al médico y no el derecho del paciente, siendo una estrategia totalmente ineficaz. Y exponía datos de la INAHTA (sigla en inglés de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías) que mencionaba casos como:

- **PRUEBAS PREOPERATORIAS (hemoglobina, hematocrito, coagulación) que indican el 95% de los médicos, el 31% las indica por MD, y el 74% las indica por MD en algunos casos. (Experiencia re-**

cogida por encuestas en Cataluña, España, año 2000).

- **ECG y Rx de tórax en pacientes asintomáticos: sus principales indicaciones son excesivas, y sólo el 2% cambia la conducta a seguir con el paciente. (Experiencia recogida en Gran Bretaña, año 2000).**
- **UN USO RACIONAL de estos estudios AHORRARÍA US\$ 29.000.000 por año, y un 53% del gasto quirúrgico. (Experiencia en Suecia, año 2000).**

En noviembre de 2002, una Comisión especial del SMU integrada por distinguidos cirujanos y ginecologistas, con asesoramientos especializados, examinó resultados de las demandas y su incidencia, llegando a la conclusión de que existía un crecimiento preocupante, desde 1995, del número de demandas recibidas por los médicos del grupo asegurado, que es el único del que se dispone datos. En varios gráficos elaborados al respecto, y que aquí no se publican por razones de espacio, se muestran:

- **La distribución de demandas por especialidad.**
- **Los montos generados por demandas contra especialidades quirúrgicas y médicas, agrupadas por separado.**
- **Evolución de la cantidad de demandas, año tras año.**

SOLUCIONES: Muy rápidamente puede decirse que encarar soluciones depende también de un control de muy diversas variables:

1. Una práctica médica (en cual-

quier disciplina) la que resulta incompatible con el actual sistema de trabajo, basado en el multiempleo y la cada día más dificultosa relación médico-paciente, por la escasez de tiempo dedicado al diálogo con el paciente y su familia.

2. Mejorar la comunicación médico-paciente-familia.
3. Involucrar a las instituciones y autoridades de salud, incluso a los legisladores, en la regulación de estas demandas, limitando por ejemplo, el tiempo de vigencia de los reclamos, que por el Código Civil otorga el derecho durante 20 años a presentar reclamaciones, lo que tal vez estaba justificado en 1867 cuando Tristán Narvaja redactó el texto legal, se viajaba en carreta o diligencia, y la expectativa de vida y los medios que la Medicina ofrecía, eran muy otros.
4. CUBRIR EL RIESGO, mediante contratación de seguro específico, que ofrece amplia cobertura, proporcionada a los distintos tipos de práctica profesional.
5. Participar activamente en la prevención de riesgos, en ocasión de organizarse actividades específicas.
6. Mantener una línea de asesoramiento profesional permanente.
7. Aunar esfuerzos entre las gremiales médicas para proteger efectivamente a los médicos de todo el país contra esta modalidad, cada día más preocupante.

Adolescentes de Estados Unidos enfrentados a las tabacaleras

Nueva York, NY - Los neoyorquinos que forman parte del Reality Chek, movimiento juvenil contra el tabaquismo en el estado de Nueva York, solicitaron que Estados Unidos asuma una postura de apoyo decidido al Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA). Esto, en el marco de una manifestación de protesta que los jóvenes realizaron en el lado del Brooklyn Bridge del City Hall Park, el miércoles 19 de febrero de 2003.

Reality Chek es un movimiento juvenil que busca proporcionar información a los jóvenes con respecto a las prácticas de manipulación que emplean las empresas tabacaleras para comercializar sus productos y con ello fomentar el tabaquismo entre los adolescentes. Este movimiento espera que Estados Unidos adopte una postura conjunta con otras naciones que apoyan la prohibición internacional, en los términos más integrales posibles, de la publicidad de cigarrillos; ello desalentará a las empresas tabacaleras que a la fecha utilizan imágenes de la Ciudad de Nueva York en los anuncios de cigarrillos en distintos países.

Jessica Harvey señala: "La industria tabacalera utiliza el perfil de la ciudad y sus imágenes en anuncios panorámicos, carteles y material publicitario en todo el mundo. No podemos seguir tolerando que se utilicen imágenes de nuestra ciudad para que se

siga comercializando un producto fatal en todo el mundo". Jessica forma parte del Comité de Acción Internacional del Reality Chek.

El evento fue coauspiciado por Essential Action, organización que tiene su base en Washington, D.C. y cuya tarea es vigilar el comportamiento responsable de las corporaciones. Anna White, integrante de Essential Action señala que: "Las empresas tabacaleras mundiales, como Philip Morris (o Altria) y British American Tobacco lucran para sí con el concepto del 'sueño americano'." La propia Anna comenta que en Georgia, el país, la estatua de la libertad funciona como logotipo de la marca de cigarrillos "American Dream". En Hungría, British American Tobacco se dirige a la población joven a través de su marca de cigarrillos "New York Party Arena", mientras que en Polonia también se utiliza la imagen de la estatua de la libertad, pero sosteniendo una cajetilla de cigarrillos Winchester.

Aquí en nuestro país Phillip Morris, a través de su marca Marlboro, muestra la asociación naturaleza, campo, llanura "americana", pleno de aire puro, con el "placer" de usar el mayor contaminante del mundo y primera causa de muerte evitable: el cigarrillo.

Ken Dahlgren, uno de los coordinadores adultos del Reality Check señala: "Lo verdaderamen-

te irónico de todo esto es que la Ciudad de Nueva York es líder internacional en la protección contra la contaminación del humo de cigarrillo. Gracias a un bando que aprobó hace algunos meses el alcalde Bloomberg, en la Ciudad de Nueva York quedará prohibido fumar en todos los lugares de trabajo, incluidos restaurantes y bares, los cuales muy pronto estarán libres del humo de cigarrillo".

La mejor forma de enfrentar el problema de la publicidad de cigarrillos es que los países instrumenten la prohibición amplia e integral de toda promoción de publicidad o patrocinio proveniente de las empresas tabacaleras. Esta semana, representantes de más de 50 países se encuentran reunidos en la ciudad de Ginebra participando en la sexta y última ronda de negociaciones del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA). La prohibición internacional de publicidad de cigarrillos reduciría las posibilidades de promover el tabaquismo entre la población joven en todo el mundo, lo mismo que a reducir el impresionante número de defunciones relacionadas con enfermedades asociadas al tabaquismo. La delegación de Estados Unidos ante las negociaciones del CMLA se opone a dicha prohibición.

Adriana Menéndez, de la Comisión de Tabaquismo del Sindicato Médico del Uruguay señala

que "Los Estados Unidos deben revisar su posición respecto al Convenio Marco, que permita la realización de un tratado estricto y eficaz. Si no es capaz de participar en estas condiciones, debería plantearse su retiro del mismo para no obstaculizar su correcta definición, que lo convierta en un tratado útil para frenar la abrumadora mortalidad producida por el tabaquismo. Similar posición adoptada por este país respecto a la Corte Penal Internacional".

"Estados Unidos se unió con bombo y platillo a la campaña internacional para asistir a las víctimas del SIDA en África. De esa misma forma, ya es tiempo que se una a la campaña internacional para responder con eficacia a los un mil millones de fumadores en todo el mundo y a los cinco millones de personas que anualmente mueren a manos del tabaquismo".

Varios grupos que promueven el antitabaquismo en la Ciudad de Nueva York apoyaron la manifestación juvenil, entre los grupos se encuentran: American Lung Association de la Ciudad de New York, la New York's Asian American and Pacific Islander Tobacco Control Network, NYC Coalition for a Smoke Free City, New York Public Interest Research Group, SmokeFree Educational Services y South Bronx Concerned Citizens Against Tobacco.

NO A LA GUERRA

El Sindicato Médico del Uruguay ha expresado, en reiteradas ocasiones durante las últimas semanas, su firme oposición a la guerra que desató el gobierno de Estados Unidos, con la complicidad de Inglaterra y España, contra Irak. Varios carteles repudiando la aventura bélica fueron colocados en la sede.

El Comité Ejecutivo, en la sesión siguiente al 20 de marzo, analizó la grave coyuntura internacional. El Dr. Barrett Díaz escribió, a propósito del tema, en su espacio web "La columna del Presidente", el texto que sigue:

"No podía guardar silencio en un momento como este. En nombre de los médicos uruguayos, elevo una voz con dolor y sin resignación, que confluye con el clamor universal de repudio a la barbarie, a la avaricia, al genocidio... a la guerra.

Un gobernante de fenotipo tragicómico (como en su momento lo tuvo Adolfo Hitler) ha desmoronado una oportunidad de liderazgo, cosechando la alarmada repulsa de sus más importantes aliados y de la comunidad internacional.

¿Será que "Dios vuelve soberbios a quienes va a destruir"?