

# Compromiso ético

*Palabras pronunciadas por el Dr. Julio Trostchansky en la Gala llevada a cabo en el Teatro Solís, celebrando el 90 aniversario de la fundación del SMU*

Autoridades Nacionales, colegas y amigos, muchas gracias por acompañarnos en este aniversario.

Hay dos formas de cumplir un aniversario: llorar los tiempos idos y alimentar el mito de que todo tiempo pasado fue mejor o mirar para adelante como actitud vital de construir y apropiarse de los tiempos por venir.

En el Sindicato Médico del Uruguay nos preocupa y nos ocupa el futuro. Trabajamos y nos sentimos protagonistas de nuestro futuro y del de nuestra sociedad, tal como lo hicieron quienes nos antecedieron en la dirección de la institución.

Trabajamos en la construcción de un futuro que nace de ese pasado, lo reconoce, se nutre y busca honrarlo en cada decisión. Hurgar en el pasado del SMU nos permite ver no solamente el compromiso de grandes personalidades en la defensa del colectivo médico, sino una gran vocación y un fuerte convencimiento de que defendiendo las condiciones en las que los médicos trabajamos, construimos una sociedad mejor, más justa, más sana y con más perspectivas de futuro.

El momento histórico que nos toca vivir nos impone a veces una mirada cortoplacista, vivimos en la era de la inmediatez, en un momento donde las permanencias se cuestionan y la única certeza es el cambio. Proyectar el futuro en este contexto se hace entonces mucho más difícil y desafiante. Las diferencias internas, esa diversidad de la que hablaba nuestro Vicepresidente, parece a veces ser más una amenaza que la riqueza que debe ser, para construir la unidad. Sin embargo creemos más que nunca que el diálogo, el escucharnos y escuchar a la sociedad a la que servimos, es cada vez más un compromiso ético.

Los cambios que estamos viviendo tienen su lado positivo también. Hoy la sociedad tiene mucho más acceso a la información que antes, hoy la sociedad está más comunicada y es más consciente de las problemáticas de salud. Eso hace que hoy el médico ya no es un señor todopoderoso que tiene la vida de la gente en sus manos, a veces la tenemos,

si, y vaya que es una responsabilidad, pero cada vez más los pacientes llegan con información y preguntando, exigiendo saber en una actitud mucho más activa. Eso es bueno, es el camino de la corresponsabilidad. No podemos ejercer nuestra profesión desde la soledad del conocimiento sino que debemos hacerlo desde el diálogo, la escucha, el compromiso y la responsabilidad. Eso es lo que aprendimos y lo que nos exige la sociedad. Lejos de ser un problema, esta nueva realidad es una gran oportunidad para construir todos juntos una sociedad más sana y saludable.

Pero no es posible escuchar, dialogar y exigirle a los pacientes que asuman la cuota parte de responsabilidad en su salud, si no logramos las condiciones adecuadas para un ejercicio profesional de calidad. Estamos en ese camino, hemos logrado mucho, pero mucho más nos queda por hacer.

Aquí hoy recordaremos algunos puntos clave de nuestra historia a través del arte, y elegimos destacar en



Dr. Julio Trostchansky

la invitación y en el nombre del espectáculo al Dr. Darnauchans, un médico que empuñó su maletín allá en Minas de Corrales y que recorría en su auto los caminos de tierras coloradas en el norte riverense. Uno de tantos héroes anónimos que esconde nuestra profesión.

Claro que lo recordamos y en su nombre al de tantos colegas de nuestra rica historia y de nuestro duro presente. Una realidad exigente que nos llama a redoblar los esfuerzos por cumplir con nuestro compromiso. Creo profundamente en nuestra capacidad de asumirlo, pero para ser exitosos tenemos que asumirlo como sociedad, no solo como colectivo de profesionales.

Creo que solamente podemos decirnos Feliz Cumpleaños y celebrarlo, si asumimos y reafirmamos nuestro compromiso. Ese es el motivo de esta convocatoria y de esta celebración. El compromiso está, ahora celebrémoslo.

## Staff

**Autoridades del SMU:** Comité Ejecutivo 2009-2011 **Presidente:** Dr. Julio Trostchansky. **Vicepresidente:** Dr. Martín Frascchini. **Secretario médico:** Dr. Martín Rebella. **Secretaría Estudiantil:** Br. Luciano Ramírez. **Tesorero:** Dr. Ignacio Amorín. **Vocales:** Dr. Enrique Soto, Dra. Julia Galzerano, Dr. Jorge Pomi, Dr. Osvaldo Barrios, Dr. Roberto Mantero, Dra. Inés Vidal, Br. Soledad Olivera, Br. Pedro Grosso. **Noticias 159 - Noviembre de 2010:** Tercera Época. Órgano oficial del Sindicato Médico del Uruguay. Fundado el 11 de agosto de 1920. Bulevar Artigas 1515, 11200 Montevideo. **Comisión de Publicaciones y Consejo Editorial:** Dr. Alarico Rodríguez (miembro responsable), Dr. Osvaldo Barrios (miembro responsable alterno), Daniel San Vicente, Carlos Etchegoyhen, Bres. Federico Melián y Pedro Grosso. **Editor General:** Milton Fornaro. **Prod. Editorial:** Monfilco S.A. Depto. Comercial: Colorado 2425. Tel.: 2480 7353 Int. 131. E-mail: comercial@enviar.com.uy **Entrevistas:** Lic. Victoria Alfaro **Fotos:** Est. de la Calle San Juan **Prod. Gráfica:** grafica/mente **Impresión:** Gráfica Mosca Depósito Legal: 345.336

# Los negociadores hablan de los acuerdos alcanzados

*Si bien las negociaciones para alcanzar acuerdos en los sectores público y privado respondieron a una estrategia trazada por el Sindicato Médico y a la cual aportaron muchos socios, las caras visibles del largo proceso que demandó innumerables reuniones fueron las del presidente Trostchansky, del*

*vicepresidente Fraschini, del secretario Rebella, y las de los asesores Lazarov y Lorente. En esta ocasión los Dres. Fraschini y Rebella y los asesores Ec. Lazarov y Esc. Julio Lorente se refieren a distintos aspectos del convenio con ASSE y del acuerdo en el Consejo de Salarios.*

## Dr. Martín Fraschini

### Los acuerdos salariales deben ir acompañados de la mejora del sistema de salud

*Para el vicepresidente del SMU, doctor Martín Fraschini, el acuerdo reciente es una continuidad del alcanzado en el 2008 con ASSE, marcando cambios históricos, pero que deben ser acompañados por el sistema de salud para ser efectivos en la mejora del trabajo médico y en la calidad de vida de los profesionales.*

“Es un acuerdo histórico de la misma magnitud que el acuerdo alcanzado en el año 2008 con ASSE. Creo que esto demuestra un camino en la construcción del cambio de modelo de trabajo médico dentro del sistema de salud” indicó Fraschini. “Eso va a traer aparejado dos cosas, una mejora en la calidad de asistencia y una mejora en la atención del usuario cuando concurre a atenderse. Esto genera las bases desde el punto de vista médico para dar una correcta asistencia” agregó.

“Sin embargo esta queda ensombrecida o no se visualiza los suficiente por el cuerpo médico, porque estamos con otros problemas que son de igual magnitud” aclaró Fraschini en referencia al tema de las Cajas de Auxilio. “Los médicos deberíamos estar festejando con champagne, pero el cuerpo médico esta preocupado por solucionar eso y no se está dando cuenta de los alcances de este convenio” indicó.

“El convenio tiene dos troncos, uno es el subsidio por enfermedad y el otro tronco es la pauta salarial, sin olvidarse de las condiciones de trabajo médico” agregó. “Hay dos que están semilaudadas y otra que está abierta que es el subsidio por enfermedad. Esto tiene implícito una comisión que está integrada por todos y debe expedirse antes del 15 de diciembre para tratar de fijar las líneas sobre los cambios del trabajo médico y que si no se hace se vuelve para atrás” aclaró Fraschini.

“El ajuste salarial habla de la magnitud de este convenio donde al final del quinquenio vamos a conseguir un 20% más por encima de la inflación” resaltó.



“Venimos trabajando fuerte dentro del SMU con unidad pero dentro de la diversidad. Generamos una pauta similar a la pública que implica disminuir la cantidad de pacientes que se atienden por hora; para las especialidades médicas a partir del 2013 son cuatro por hora, eso genera mas tiempo para ver al paciente y mejora la calidad de asistencia” explicó.

“Para la parte quirúrgica si se aumenta la cantidad de policlínica se aumenta la cantidad de horas de block, este convenio también prevé el pago por formación. El sistema tiene que poner dinero para eso” indicó. “Lo más importante es que para el 2014 todos los médicos del Uruguay van a tener un sistema único de trabajo, donde el médico que trabaja en el interior va a ganar lo mismo que el de Montevideo, por lo cual vamos a incorporar la administración de los recursos humanos”.

Hay especialidades como psiquiatría y neuropediatria que tendrán tres pacientes por hora, y durante las primeras consultas se reservarán dos números al final, para aumentar el tiempo de consulta.

“Lo que estamos dando son instrumentos a las instituciones para que puedan reformularse y mejorar la calidad de asistencia. Estamos sentando las bases para el cambio de modelo médico. Es un gran avance, pero el médico y el paciente están dentro de un sistema de salud que debe mejorar, para que todo esto que se está haciendo en lo público y en lo privado, el sistema no se encargue de hacerlo

pelota” afirmó Frascini. “Por ejemplo necesitamos mecanismos que evalúen la calidad de asistencia e indicadores, así como mejorar el control de la Junasa” agregó.

“Está todo muy lindo pero si tenés un sistema que destruye lo que hicimos, tampoco sirve, entonces lo que hay que planificar es ponerle el nombre a las cosas que están mal. Lo que tenemos hoy

en día es un Ministro que habla muy bien de la parte de financiación y técnica del sistema pero no traslada eso a la discusión global del sistema para que funcione” afirmó.

“El sistema sigue funcionando mal, tenemos un sistema público que compite deslealmente con el privado y la calidad no es la mejor, hay cosas que no están claras” afirmó el vicepresidente del SMU.

## Dr. Martín Rebella

### La participación de las Sociedades Científicas fue fundamental

El secretario del SMU, doctor Martín Rebella indicó que una de las cosas más destacables en este período de acuerdos en el sector público y en el privado más allá de lo que se logró en lo salarial y condiciones de trabajo, fue la participación de las sociedades científicas que dentro de su especificidad aportaron sus características para “aterrizar” los convenios en la realidad.

“Esto se inició cuando el Sindicato creó un grupo de trabajo con una pata política y una pata técnica, ahí se empezó a trabajar y a elaborar en vista de la negociación del sector público y el privado” explicó Rebella. “Lo primero que hicimos fue un documento general donde se pone el acento en el cambio de las condiciones de trabajo médico, porque estamos convencidos de que es necesario un cambio en las condiciones de trabajo que permita una mejora y un cambio en el ejercicio profesional mejorando la calidad del sistema” agregó.

“Que la reforma llegue al consultorio, que se traduzca en la mejora de la calidad de asistencia” puntualizó.

“Se creó un documento general donde se ponen arriba de la mesa una serie de aspectos que son: la tendencia a la concentración laboral, la racionalización de los pacientes que asistimos por hora en los distintos lugares de asistencia, tanto internación como en la policlínica y la formación en el desarrollo profesional continuo. Entender que el proceso asistencial no es lo mismo que en los años 60 y por lo tanto los cargos médicos tienen que contemplar los tiempos para la discusión”.

“Todo esta situación que lleva muchos años hace que la calidad de vida de los médicos sea muy mala con un grado de insatisfacción muy alto, por eso es necesario que los salarios sean acordes y la estabilidad laboral permita la concentración del trabajo” agregó.

Rebella hizo hincapié en otro logro: la educación médica continua, el tiempo dedicado a la formación remunerada. “Le llamamos horas no directamente asistenciales pero que están vinculados al proceso asistencial. Tiene que haber un momento en que me pueda sentar con un especialista X a conversar sobre la patología del paciente. Hoy se da, en el mejor de los casos, porque uno lo llama o él te llama y discutimos telefónicamente. Esto no puede quedar librado al voluntarismo, la medicina ha cambiado sustancialmente” afirmó.

“El segundo aspecto interesante de esta negociación es que lo hicimos con las sociedades científicas, porque la reforma del mercado de



trabajo tiene especificidades en cada disciplina y por eso convocamos a las sociedades a participar de este proceso” informó Rebella. “Por primera vez desde que estoy en el SMU las sociedades fueron parte viva del proceso y apostaron desde la especificidad. Todo lo que se resolvió desde el SMU fue con la participación de las sociedades científicas, tanto para la negociación pública como para la privada” agregó.

Para el dirigente los aspectos sustanciales a partir de ahora es que la reforma del trabajo médico debe instaurarse en todo el país. “Tiene que haber un laudo único nacional pero no en el discurso sino en los hechos, la forma de asistir al paciente no debe tener diferencias entre el sector público y el privado.

La forma de asistencia en este país era una salud pública pobre para pobres, sin embargo hoy en día dejó de ser pobre en la cantidad de ingresos que recibe ASSE, similar a la que recibe una mutualista por usuario, pero la calidad de la asistencia sigue siendo mala. Lo que decimos es que se tiene que ir hacia una organización única del sistema del trabajo público y privado, en Montevideo y el interior. Esto no quiere decir igual para todos, porque no es lo mismo un departamento de cirugía en una institución de 200.000 usuarios que en una de 20.000, tampoco es lo mismo resolver un problema de salud en Salto, en Artigas, o en Montevideo” precisó.

“Lo central es tender progresivamente a un laudo único nacional y que se efectivicen todas estas mejoras en las condiciones de trabajo médico y la reestructura del proceso de la calidad del trabajo. Así fue que llegamos en el sector público a una firma de un preacuerdo que habilita a alcanzar un acuerdo definitivo donde muchas de estas cosas están contempladas” aclaró.

“En el sector privado un punto es la pauta de incremento salarial, pensamos que es muy bueno, retroactivo a julio, que ronda un 20% de incremento salarial en el quinquenio, de hecho en el primer año

ya nos quedamos abajo de las proyecciones porque el indicador macro fue mayor del esperado” explicó Rebella.

“El segundo aspecto es el acento en las condiciones de trabajo, primero sabiendo que va a haber un período de transición, donde se va a respetar a quienes hoy están trabajando. Con ese escenario es que empezamos la negociación en el sector privado y la evaluación de los logros es muy satisfactorio, porque en el acuerdo firmado con el sector privado y con ASSE lo histórico que tiene, es el establecimiento de las bases para la reforma del mercado de trabajo” aclaró el secretario.

El SMU logró la racionalización de los números de pacientes que se ven por hora, “al 2013 progresivamente pasamos en todas las especialidades médicas a no ver más de 4 pacientes por hora, y en algunas especialidades se pasa a tres. A su vez se considera un tiempo mayor para la primera vez, y eso va a correr para todos los cargos médicos y policlínicas”.

Esto tiene un alcance nacional, el 15 de diciembre es el plazo para tener acordado el nuevo esquema de trabajo y remuneración de medicina general, pediatría, medicina familiar y ginecología. Esos cargos van a estar disponible a partir del 2011 con carácter nacional” aseguró Rebella.

Para el 2011 se diseñará con carácter nacional el nuevo esquema de condiciones de trabajo y remuneraciones para medicina interna e intensiva, y para el año siguiente para el resto de las especialidades. “Esto quiere decir que al 2013 vamos a haber discutido y trabajado plazos concretos para acordar con las empresas la reforma del mercado de trabajo y el diseño de los cargos médicos acorde para todas

las especialidades. Si no se cumple las partes pueden denunciar el convenio y este cae” indicó.

Un tercer aspecto es que para las especialidades de policlínica ya se establecen las cargas horarias progresivas y al 2014 pasa a ser obligatorio para todo el país, todos los cargos nuevos van a tender al aumento de la carga horaria de 88 horas mensuales.

“En resumen estos son los aspectos más importantes, vamos hacia el 2013 con una reforma del mercado de trabajo que va a tener una transición, no va a ser de un día para el otro, tendrá alcance nacional y respeta los derechos de los médicos que están trabajando y quieren seguir trabajando en el mismo régimen” aclaró el dirigente.

“Otro tema también importante es el subsidio por enfermedad. Logramos algo más, y es que el instrumento que va a manejar los subsidios por enfermedad serán las actuales Cajas de Auxilio, y cuando no existan se crearán. Los médicos van a seguir teniendo el 100% del subsidio por enfermedad, y pasa a ser obligatorio para todos” indicó.

“¿Por qué lo dijimos en el Consejo de Salarios?, porque llegado el caso, si al final de la transición hay que poner algo de dinero logramos que se vuelque un punto del salario del médico y un punto de las empresas al subsidio por enfermedad” precisó Rebella.

“Este proceso no termina acá, los médicos partimos de condiciones muy adversas, partimos de una esperanza de vida menor que el resto de la población, con las mayores tasas de suicidios entre los profesionales, una tasa de migración importante. Hay un montón de cosas por hacer y estudiar, pero tenemos una valoración positiva” afirmó.



**Neblic<sup>®</sup>**  
Nebivolol  
El  $\beta$ -Bloqueante  
de tercera generación

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

NEBLIC<sup>®</sup>  
Nebivolol 5 mg  
30 comprimidos

NEBLIC<sup>®</sup>  
Nebivolol 5 mg  
20 comprimidos

**L**  
LAZARS

## Ec. Luis Lazarov

### Un acuerdo con una visión estratégica

*El economista Luis Lazarov, asesor del SMU explicó que el proceso de negociación en el sector privado está íntimamente ligado al acuerdo con ASSE, sobre todo en vista de la mejora del trabajo médico, una larga aspiración del sindicato, y que ambos tienen características históricas. En el sector privado los cambios y las mejoras son sustanciales con un aumento salarial superior a lo esperado.*

“El primer punto del enfoque es que el SMU planteó una visión estratégica con respecto al mercado de trabajo con un conjunto de aspectos que caracterizaban ese cambio de modelo y con una visión y orientación que sin duda tiene sus dificultades, ya que son modelos que se arrastran desde hace mucho tiempo atrás y que tienen sus aspectos positivos, pero también tienen de los otros: multiempleo y baja concentración horaria”, indicó el economista.

“Al día de hoy uno puede decir que son pasos muy importantes e históricos en la medida en que se empiecen a implementar y que los compromisos establecidos empiecen a caminar”, agregó Lazarov.

El otro punto destacado es el llamado “Plan B” sobre la cobertura del seguro por enfermedad ante la eventualidad que se ponga en práctica a partir el año que viene el artículo 69 de la ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

“Hay un común denominador entre los sectores públicos y privados, una visión estratégica, la participación de las sociedades científicas en cuanto a su especificidad, con remuneraciones acordes en un proceso de cambio que es transicional”, afirmó. “No tiene una orientación que surgió al azar, sino una concepción cuya raíz está en las propuestas que el SMU viene haciendo desde hace muchos años y se articula con la reforma de la salud” agregó el profesional.

“Se podría dividir el Consejo de Salarios en tres grandes capítulos, uno relacionado a lo que tradicionalmente es el acuerdo de ajustes salariales, a las que se denominan pautas de los convenios que tienen que ver con la forma, la oportunidad en que se realizan esos ajustes y cuáles son sus componentes”, explicó.

“Un segundo capítulo está vinculado a los cambios en las relaciones laborales y en el trabajo médico, que también tiene unos componentes salariales pero que hacen más que nada a la configuración de lo que va a ser el mercado de trabajo; y un tercer capítulo que es el Plan B del subsidio por enfermedad” precisó Lazarov.

El economista explicó que el convenio es a cinco años. “No hay en la historia reciente de las últimas décadas antecedentes de plazos tan largos en el área de la salud. Implica un desafío y tomar riesgos, pero le da estabilidad al sector y al país, pero igualmente es un horizonte muy largo de tiempo” aclaró.

El factor crucial para la aceptación de un convenio a cinco años en esta etapa fue que junto a ese acuerdo hay un capítulo de cambio del trabajo médico. “Se crea una comisión para ir tomando un diseño más específico, en la medida que no se llegue a un acuerdo y el Consejo de Salarios no lo logre resolver en determinados plazos,



el convenio cae. No en su totalidad porque aquello que ya se haya acordado en el acuerdo permanece” aclaró.

El convenio tiene ajustes anuales con componentes importantes. En primer lugar se ajusta por inflación, con criterios que se venían utilizando en convenios anteriores, por inflación esperada. Cuando se llega al final de ese año y se vuelve a hacer el ajuste se corrige respecto al año anterior según lo que realmente pasó y se realiza la proyección para el siguiente año, y así durante los siguientes cinco años. “Además hay una cláusula gatillo ante la eventualidad de índices muy alto de inflación, que, si se excede el 13%, se corrige. Es una previsión frente a la eventualidad de un pico de inflación” indica el economista.

“El segundo componente importante es el crecimiento del salario. Allí tenemos en primer lugar una pérdida muy importante de salario en el período de la presidencia de Jorge Batlle, faltando por recuperar alrededor de un 11.6% de salario real” explicó Lazarov.

Durante la negociación, el Poder Ejecutivo planteó, como pauta de ajuste salarial, que para definir cuánto crece el salario real por encima de la inflación se definiera de acuerdo a cómo le va al país. Son dos indicadores, uno macro, definido por la marcha de toda la economía, y uno micro, que se refiere al sector salud. Combinando esos dos indicadores se determina cuál va a ser el aumento de salario real en cada uno de los ajustes.

“En caso de crisis se estableció que nadie puede quedar con un salario menor que en el punto de partida. Nosotros hicimos un planteo algo diferente y le dijimos que el piso para los cinco años sea un crecimiento del 11.6% que era lo que habíamos perdido en el quinquenio anterior. El convenio dice que el Ejecutivo se compromete a que en cada uno de los ajustes haya un crecimiento del salario real tal, que, cuando acumulemos todo, pasando al final de los cinco años se haya recuperado 9.4%”, indicó.

Por otra parte explicó que hay un compromiso de las empresas ante la eventualidad de que no se cumpla alguna proyección que está planteada en el acuerdo, las mutualistas darían hasta un aumento real del 1% en cada uno de los últimos dos ajustes: 2013 y 2014.

“Le planteamos al Poder Ejecutivo que queríamos que tuviera más peso el indicador país que el sectorial. Lo que hicimos fue negociar

ese proceso. Esos indicadores están contruidos sobre dos realidades distintas: el indicador país se hace sobre la base de expectativas. Algo parecido se va a hacer con el sector salud pero sobre valores históricos, y después hay que ajustarlo. Si uno proyecta ese

crecimiento para los cinco años se podría decir que promedia en un 3,5% de crecimiento. Esto lo voy a tener que corregir el año que viene porque es una proyección, pero la expectativa es que no caiga porque viene creciendo”, precisó el especialista.

## Esc. Julio Lorente

### Consejo de salarios y condiciones de trabajo médico

#### Introducción

Como periódicamente ocurre, al vencer el 30 de junio pasado el convenio existente que regulaba los ajustes de salarios para los médicos en el sector privado, fue convocada una nueva ronda de Consejos de Salarios, para fijar los ajustes futuros.

El Consejo de Salarios es un órgano tripartito para cada rama de actividad creado por ley, que está integrado por tres representantes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en nombre del Poder Ejecutivo, dos representantes de las empresas y dos representantes de los trabajadores. Así, cada rama de actividad en el ámbito privado, tiene un Consejo de Salarios. En la salud dicho Consejo está integrado además de los tres representantes del Ministerio de Trabajo, por una representación del Ministerio de Salud Pública, por la especificidad de los temas que en él se consideran y que están vinculados a su competencia. Eventualmente participa el Ministerio de Economía y Finanzas por su participación en la regulación de precios que existe para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En nombre de las empresas participa un representante de Montevideo que pertenece a UMU y otro representante de las instituciones de FEMI, normalmente asisten acompañados de un representante del Plenario de IAMC. Por el sector trabajador lo integran un representante de FUS por los trabajadores no médicos y un representante del SMU por los médicos, actuando como alterno el representante de FEMI Gremial.

El Consejo de Salarios se reúne en forma regular cada vez que vence un convenio de ajustes salariales, para considerar uno nuevo en el que se establecen los aumentos para el futuro por un plazo determinado por las partes, así como los criterios con los que se realizarán los mismos y su frecuencia. También constituye materia de los Consejos determinar los salarios mínimos por categoría y condiciones de trabajo, en el que interactúan los representantes sociales con los del Poder Ejecutivo. El acuerdo que se alcanza es obligatorio para toda la rama de actividad comprendida en el Grupo, en este caso toda la actividad vinculada a la salud de seres humanos en el sector privado.

En materia de ajustes de salarios así como lo vinculado al subsidio por enfermedad, es tratado en otro artículo de este mismo número de la Revista NOTICIAS, por lo cual consideraremos aquí exclusivamente los resultados alcanzados en el reciente Consejo de Salarios en lo referente a las condiciones de trabajo de los médicos.

Las condiciones de trabajo que rigen a los médicos hasta ahora, provienen en su mayoría de una regulación fijada en un Consejo de



Salarios hace más de cuarenta años. El SMU se propuso modificar esta situación y adecuar a la nueva realidad el trabajo médico, desde hace varios años. En los distintos acuerdos firmados se estableció la constitución de comisiones con este fin, no existiendo luego voluntad política por parte de los representantes de las empresas para hacer efectivo este propósito en los hechos, más allá de lo declarativo.

#### Preparación de la reciente ronda del Consejo de Salarios

Estos antecedentes llevaron al SMU a preparar con anticipación suficiente, una propuesta sobre el tema. Se constituyó una “Comisión de Trabajo Médico” que en forma sostenida fue elaborando las bases para su análisis en una forma más amplia. Las bases fundamentales apuntaban a la reducción del multiempleo en forma gradual, a partir de cargos de alta dedicación horaria, multi funcionales y con una retribución acorde, orientado hacia la aprobación de un laudo médico único nacional, lo cual se elaboraba en forma paralela, tanto para el sector público como para el privado.

A partir de ese primer esquema general, se convocó a las Sociedades Científicas que corresponden a las distintas especialidades, para transmitirles la intención del SMU de modificar en forma sustancial las condiciones de trabajo médico, lo cual era compartido por todas las especialidades que concurrieron en alto número a todas las convocatorias que se fueron haciendo en forma regular. A partir de un documento base que fue analizado y entregado a cada Sociedad, cada una de ellas hizo sus aportes, procediéndose a un nuevo diseño del documento que fue presentado al Consejo de Salarios como propuesta de negociación por parte del SMU. Algunas especialidades presentaron documentos muy detallados con determinación de cargos de horarios amplios, descripción de funciones y sus aspiraciones económicas en el marco de esta nueva forma de trabajo. Merece una mención especial la participación activa de las Sociedades Científicas, generando un espacio propio, participativo y con ricos aportes,

el que se manifestó, tendrá una forma reconocida en los Estatutos del SMU como un ámbito de toma de decisiones.

### **Convocatoria del Consejo de Salarios y los actores**

En esta situación el Poder Ejecutivo el 14 de junio último convocó al Consejo de Salario de la Salud, exponiendo los lineamientos presentados con carácter general a todas las ramas de actividad y que referían exclusivamente a los criterios para determinar los ajustes de salarios. El SMU manifestó su decisión de estar dispuesto a firmar un acuerdo a largo plazo si en él se incluía además de los ajustes de salarios periódicos una modificación sustancial de la forma en que los médicos prestan sus servicios en las instituciones y presentó el documento elaborado y acordado con las distintas sociedades científicas, expresando su condicionamiento de la firma a la inclusión de este aspecto.

Por su parte, el Ministro de Salud Pública había hecho saber a las autoridades del SMU su disposición de impulsar modificaciones en la forma de relación laboral de los médicos modificando las actuales y en un mismo sentido de las propuestas que formulaba el SMU. Las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ) suscribieron el documento presentado por el SMU y realizaron una serie de reclamos específicos que fueron agregados al mismo y presentado al Consejo de Salarios. Mientras tanto las empresas, sin formular ningún tipo de propuestas o aportes, se limitaban a expresar que estaban dispuestas a realizar los cambios si estos se encontraban financiados totalmente con un traslado a cuotas.

### **Creación de Grupo de Trabajo con el MSP**

Para estudiar específicamente el trabajo médico se creó, formando parte del Consejo de Salarios pero con una participación preponderante de la delegación del MSP, un Grupo de Trabajo con la participación de las gremiales médicas, las empresas y el Poder Ejecutivo. En él, la delegación del MSP presentó un documento con su punto de vista sobre el tema, a su vez distintas delegaciones de Sociedades Científicas participaron de dichas reuniones presentando las propuestas elaboradas conjuntamente con el SMU. Durante toda la etapa de este trabajo la delegación empresarial, solicitó tiempo para estudiar las propuestas, no realizó ningún aporte y reiteró en forma permanente que era necesaria la decisión del Poder Ejecutivo autorizando el traslado a precios de los costos que generaban las nuevas condiciones de trabajo.

Finalmente, tras un prolongado trabajo se constituyó un grupo técnico, con el fin de buscar una primera redacción del documento sobre el tema para ser sometido a la aprobación del Consejo de Salarios. En este grupo hubo avances y retrocesos, intensas negociaciones con los distintos actores políticos de cada una de las partes, en las que se discutía desde integración de comisiones, forma de votación en ellas, plazos para la incorporación gradual de los cambios, especialidades comprendidas, garantías en caso de incumplimiento, etc.

### **La firma del acuerdo en el Consejo de Salarios**

Finalmente el 3 de noviembre de 2010 se firmó el documento que, a pesar de su complejidad, trataremos de resumir en sus aspectos más destacados exclusivamente en cuanto refiere a condiciones de trabajo médico, en el marco de un convenio de cinco años (2010 – 2015):

### **Objetivos generales**

La parte operativa del acuerdo, esta precedida de una serie de lineamientos generales que describen los objetivos que pretenden alcanzarse a lo largo de la vigencia del convenio y a los que deben ajustarse necesariamente los cambios a introducir. Entre ellos se transcriben a continuación los que comprenden a todas las funciones médicas que deberán incorporar una “ampliación o adecuación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando el empleo”, y un “redimensionamiento de la actividad, incorporando en la carga horaria actividades que exceden la atención directa al paciente” como la realización de ateneos, desarrollo profesional médico continuo (DPMC), inter consultas, etc. como parte de la jornada de labor y en forma remunerada.

### **Comisión tripartita**

A los efectos de acordar e incorporar los cambios se creó una Comisión tripartita en la cual “la representación médica estará integrada por el SMU como titular y secretariado gremial de FEMI como alterno”, debiendo cuando se traten temas vinculados a una especialidad, convocar a un representante de la misma y tratándose de una especialidad anestésico quirúrgica a la Mesa de la SAQ (MSAQ). Dicha Comisión deberá resolver por consenso de médicos y empresas de lo que debe dar cuenta al Consejo de Salarios, de no existir consenso podrá elevar dos informes para la decisión del Consejo.

### **Cometidos de la Comisión**

1. Diseñar antes del 15 de diciembre de 2010 con carácter nacional, los cambios de condiciones de trabajo y remuneraciones en los cargos de Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Geriátrica y Ginecología (en este último caso, en la actividad ambulatoria de policlínica y la atención domiciliaria en programas específicos previamente acordados. El 1º de enero de 2011 las instituciones podrán tener a disposición estos nuevos cargos.
2. Al 30 de junio de 2011 con carácter nacional, debe hacer lo propio con los cargos de Medicina Interna, Medicina Intensiva de Adultos y Pediátrica. A partir del 1º de julio de 2011 las instituciones podrán tener a disposición estos nuevos cargos.
3. El resto de las especialidades no mencionadas deberán estar acordadas antes del 30 de junio de 2012.
4. Respecto a las especialidades Anestésico Quirúrgicas deberá proponer antes del 30 de junio de 2011, la actualización de la categorización para los actos quirúrgicos, contemplando expresamente su “clasificación y pago de las urgencias, la incorporación de los actos endoscópicos así como la posibilidad de creación de nuevas categorías o modificación de las existentes”.

El incumplimiento de algunas de las condiciones establecidas o el no acuerdo entre médicos y empresas en los plazos que se fijan para la Comisión o Consejo de Salarios, habilita la denuncia del mismo.

### **Período de transición**

La transición en los cargos tendrá un cronograma que se extiende desde el 1º de julio de 2011 al 30 de junio de 2014 según el siguiente detalle:

Los cargos de Policlínica de Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Geriátrica y Ginecología que se creen en dicho período extenderán su carga horaria a 44 horas mensuales. Al año siguiente, los médicos comprendidos en esa situación extenderán su carga horaria a 88 horas mensuales.

La nueva forma de contratación comenzará a regir con carácter nacional, a partir del 1° de julio de 2014.

### **Número máximo de pacientes por hora en Policlínica**

Respecto a este punto se estableció:

1. A partir del 1° de marzo de 2011 el número máximo de atención de pacientes será de cinco pacientes por hora, para Medicina General, Medicina Familiar, Ginecología, Pediatría y Geriátrica. Las empresas pueden establecer un cronograma de implementación hasta el 30 de agosto de 2011.
2. El resto de las especialidades tendrán un máximo de cinco pacientes por hora desde el 1° de setiembre de 2011, plazo que podrá ser extendido hasta el 30 de junio de 2012.
3. A partir del 1° de julio de 2013 el número máximo de atención de pacientes será de cuatro por hora, para todas las especialidades, exceptuando de este último las Anestésico Quirúrgicas, con excepción de Ginecología. Dicho plazo se podrá extender hasta el 31 de diciembre de 2013.
4. Desde el 1° de julio de 2013 los pacientes por hora serán tres para Psiquiatría, Psiquiatría Infantil, Neurología, Neuropediatría, Fisiología y Geriátrica.

5. En la primera a consulta, se extenderá el tiempo de consulta a dos turnos de los que correspondan según la especialidad a partir del 1° de abril de 2011.

6. A los efectos del pago del complemento variable, se establecerán franjas proporcionales a las actuales para la labor de policlínica.

### **El futuro inmediato**

Después de cinco meses de prolongadas y difíciles negociaciones que intentamos reseñar, se alcanzó el Acuerdo, que estuvo jalonado de coincidencias y desencuentros, logros y concesiones, pero esto no es el final sino sólo el comienzo de una nueva etapa.

Se alcanzó el diseño de los objetivos que el SMU se había propuesto desde el principio. Ahora la Comisión dispone de plazos exigüos para concretarlo. El SMU tiene las propuestas acordadas con las distintas especialidades para presentar e instrumentar. Las empresas deberán confirmar en los hechos lo que tantas veces han dicho respecto a la necesidad de modificar el trabajo médico y el Poder Ejecutivo a impulsarlo con medidas en este sentido.

El esfuerzo llama a todos a participar en lo próximos meses de las actividades necesarias para lograr el objetivo final que se propuso el SMU en beneficio de la atención y salud de la población y de las condiciones en que los médicos desarrollan su actividad profesional. De la voluntad y decisión de todos los médicos para impulsar los cambios, depende el éxito para alcanzarlo.

TU BIENESTAR ES EL MOTIVO QUE NOS UNE



Caja de Jubilaciones y Pensiones  
de Profesionales Universitarios

Andes 1521  
TELÉFONO: 2902 8941  
[www.cjpu.org.uy](http://www.cjpu.org.uy)

# Agrupaciones

## MÉDICOS ASALARIADOS SOLIDARIOS

**A 90 AÑOS DE SU CREACION CAMBIEMOS EL RUMBO DEL SMU POR UN SINDICATO MEDICO PARA TODOS NO AL CORPORATIVISMO SECTORIAL EXCLUYENTE**

HOY, ES NECESARIO CAMBIAR EL RUMBO DEL GREMIO DETERMINADO POR LA MAYORÍA DEL COMITÉ EJECUTIVO cuya responsabilidad corresponde a la Agrupación Fosalba (Presidente y Secretario), y a la Agrupación UGM (Vicepresidente y Tesorero).

Esta conducción tanto a nivel del sector público como del privado ha sido desacertada, privilegiando intereses sectoriales en detrimento de las necesidades de la mayoría de los médicos. Esta política se ha implementado con un estilo verticalista acentuando la escasa participación médica, generando un clima de malestar y división en el gremio.

En la negociación con ASSE, la mayoría del Comité Ejecutivo, en mayo, impidió la entrada a la negociación a los representantes legítimos de la Asamblea General del SMU, luego se levanta de la mesa de negociaciones para finalmente firmar un "preacuerdo" que privilegia a 200 nuevos y futuros cargos médicos con sueldos de \$120000, relegando las reivindicaciones de los 4000 médicos de ASSE.

**LOS MEDICOS DE ASSE NO VAN A RECIBIR UN PESO DE AUMENTO EN LOS CINCO AÑOS DE ESTE GOBIERNO, ASI LO DETERMINA EL "PREACUERDO". TAMPOCO LE PERMITIRAN A TODOS LOS MEDICOS TRABAJAR UN MINIMO DE 24 HS SEMANALES, NI LE PAGARAN A LOS MEDICOS DE EMERGENCIA LA NOCTURNIDAD QUE MARCA LA LEY. PERO SI HAY PLATA PARA SUELDOS PRIVILEGIADOS.**

Resulta evidente que en este "entendimiento" han primado amistades políticas e intereses corporativos sepultando las necesidades de aquellos a quienes se dicen representar: LOS MEDICOS DE ASSE.

Este "preacuerdo" fue firmado con el directorio de ASSE que además no ha vacilado en barrer arbitrariamente a las direcciones médicas de innumerables hospitales, muchas veces por personal no médico sin calificación a la par de aumentar el número y sueldo de los cargos de confianza política.

**TODO PREACUERDO EN DEMOCRACIA PRECISA SER RATIFICADO POR EL COLECTIVO IMPLICADO EN ESTE CASO LOS MEDICOS DE ASSE, SEA UN PLEBISCITO O UNA ASAMBLEA GENERAL PORQUE DE LO CONTRARIO NO QUEDA LEGITIMADO.**

En el sector privado la conducción ha sido también desacertada dado que no se impuso una pauta de recuperación del salario real confundiendo la negociación salarial con planteos de reforma del trabajo médico propuestas más de largo plazo para realizarlas en otro ámbito distinto al consejo de salarios.

No se planteó la problemática acuciante de los médicos tercerizados de las emergencias móviles y de algunas mutualistas especialmente en lo atinente a su precariedad laboral.

**UNO DE LOS DEBES MÁS IMPORTANTES LO CONSTITUYÓ LA DEBILIDAD EN LA DEFENSA DE LAS CAJAS DE AUXILIO Y EN LAS PRESTACIONES SOCIALES QUE BRINDA ESPECIALMENTE EL SEGURO DE ENFERMEDAD SOBRE EL 100% DEL SUELDO.**

Exigimos la defensa irrestricta de este derecho humano fundamental. **CAMBIEMOS DE RUMBO AL SMU PARA QUE DEFIENDA A TODOS LOS MEDICOS Y NO SOLO A UN PUÑADO.**

## ESTUDIANTES INDEPENDIENTES

**JUNTO A LOS ESTUDIANTES, SIEMPRE**

Culminábamos nuestras líneas en la edición anterior de Noticias adelantando la realización de un nuevo congreso de practicantes. Con alegría, podemos transmitir hoy nuestra satisfacción por la concreción de una nueva instancia de formación académica.

Es así que en el mes de septiembre se llevó a cabo el decimoprimer Congreso Nacional de Practicantes. Con la presencia del Vicepresidente del SMU Dr. Martín Frascchini, el Secretario estudiantil Br. Luciano Ramírez y unos 150 estudiantes se dio paso una vez más al ya tradicional espacio de capacitación y camaradería que nos convoca año a año.

Con el marco de la Colonia de Vacaciones del SMU y el apoyo invaluable de la Cátedra de Emergencia del Hospital de Clínicas se convivió entre trabajo académico y esparcimiento. La Comisión de Practicantes en tanto, transmite que el saldo de las jornadas fue altamente positivo, siendo valorado por los estudiantes como muy fructífero y ciertamente recomendable. De igual forma fue estimado por los docentes, quienes afirmaron que instancias de este tipo son enriquecedoras para los estudiantes y el cuerpo docente por igual. Para unos, porque nuestra facultad lamentablemente no cumple con todo lo que debería en cuanto a nuestra formación práctica; para otros porque brinda una instancia de ensayo de nuevas técnicas de enseñanza-aprendizaje.

De esta forma, renovamos nuestro trabajo en lo que año a año ha sido un compromiso asumido con todos los estudiantes. No queremos olvidar el apoyo de los laboratorios y el Sindicato Médico en esta labor. En otro orden, en lo que refiere a los diferentes frentes de movilización abiertos por parte del SMU, decir que nuestra postura siempre será la de estar del lado de lo que es bueno para los médicos y estudiantes todos. Sin cálculos corporativos, con la firmeza para defender lo que corresponde a una profesión tan noble como la que nos une, *Independientes* ha seguido de cerca los conflictos por las Cajas de Auxilio, así como el diferendo planteado con anestesiólogos y el Gobierno. En el primero, decir que rechazamos las indefiniciones sobre las Cajas de Auxilio y el subsidio de enfermedad que al día de hoy se presentan por parte del Gobierno.

Por otra parte, queremos brindar nuestro apoyo a los Residentes de Ginecología del Hospital Pereira Rossell, quienes se ven menoscabados en cuanto a su formación académica debido al conflicto de los anestesiólogos y son quienes en muchas circunstancias no cuentan con todas las garantías que debieran.

Desde *Independientes* continuaremos transitando juntos, siendo firmes defensores de lo que es justo y apostando a la concreción de logros tangibles para los estudiantes. Contamos contigo.

# Salvando las Cajas, defendiendo el subsidio por enfermedad

Dr. Martín Odriozola\*

Los tiempos de edición de la revista hacen que lo que escriba hoy (23/10/10) pueda perder vigencia al momento en que los colegas lean esta nota. Para esta fecha, en un sentido o en otro, el destino sobre nuestras Cajas de Auxilio estará sellado y confío que haya sido el que todos deseamos, y por el que todos trabajamos y luchamos, el que garantice a TODOS los colegas que no pueden trabajar por encontrarse enfermos que puedan cobrar su remuneración, como mínimo, la misma cobertura económica que hoy tienen en sus Cajas de Auxilio.

La historia de encuentros y desencuentros entre los médicos y sus gremiales por este tema, lamentable historia de desunión, no será abordada aquí y cada uno sacará las conclusiones que crea más acertadas, y, a modo de filtro, decantará para sí de esa profusa producción de agravios y discusiones, el resultado final.

La presente propuesta surge como plan alternativo de salida y tiene la particularidad que a pesar de surgir como un eventual plan "B", tiene mejoras respecto al plan "A", cubre a quienes hoy tienen el beneficio y lo extiende a aquellos que trabajando en relación de dependencia en el sector privado hoy no lo tienen..

Lamentablemente, siguen quedando de momento fuera (como siempre lo estuvieron, aún con la Cajas) los colegas tercerizados del sector privado, cuyo tratamiento debería ser uno de los objetivos prioritarios del SMU para el siguiente período, y al menos su inclusión al FONASA abre posibilidades para su acceso a las cajas.

El origen de la propuesta está en una decisión responsable del SMU de ir preparando una propuesta alternativa viable, ante la eventualidad de que la primera no saliera, para evitar que la aplicación del artículo 69 de la Ley 18.211 del 5 de diciembre de 2007, nos encuentre a los médicos sin una solución al cobro de subsidio por enfermedad.

Tal posibilidad parte del dato de la realidad, de que luego de reiteradas reuniones y contactos con las bancadas parlamentarias y los ministerios (Economía, Salud Pública y Trabajo) se nos informó que no había margen para una propuesta que no integre los aportes de trabajadores al FONASA como está previsto que evolucione toda la población y como lo hace ya la gran mayoría de ésta.

La propuesta surge de la necesidad de encontrar soluciones y parte de la base de garantizar que el colega enfermo pueda cobrar como mínimo lo mismo que hoy cobra por su caja de auxilio.

\* Sobre este tema también se le solicitó al Dr. José Luis Iraola que brindara su opinión, quien declinó hacerlo.

Logra el compromiso del gobierno en contribuir a la solución:

- aceptando que así como durante los 3 años que lleva la reforma las Cajas estuvieron fuera del sistema, durante un nuevo período de transición, el gobierno acepte que parte del dinero de la recaudación sea volcado a las Cajas para hacer posible la continuidad de la del subsidio por enfermedad.
- durante ese período de transición, el BPS aumentaría progresivamente el inaceptablemente bajo tope por subsidio que hoy brinda a toda la población (3 BPC aprox. \$ 6.000) a 8 BPC (más de \$16.000) lo que implica (además del beneficio a toda la población cubierta por el BPS) una diferencia menor a cubrir por las cajas. Durante ese período de transición, llegaríamos al 100% por la suma de financiamiento de BPS + Cajas (financiadas con parte de lo que se debería destinar al FONASA)
- pasado el período de transición, cuando se llegue al momento en que no habría aporte a las Cajas del dinero destinado al FONASA, y cuando ya el BPS se encuentre pagando con el máximo tope medido en BPC que determine el Parlamento, el 100% se lograría con el financiamiento del BPS (para ese entonces con un tope superior a los \$ 16.000) y las Cajas que recibirían recursos de las empresas y trabajadores como ahora. A diferencia de la propuesta original del Poder Ejecutivo, durante la negociación del Consejo de Salarios, se lograría que nuestro aumento de salario real para el período, fuera aproximadamente del 19 % más el aporte para financiar el complemento de las cajas, de modo que el resultado neto de la negociación en el Consejo de Salarios nos permitiría: recuperar salario real, cubrir inflación, aumentar salario real y financiar el complemento necesario para las cajas.

Más allá que se planteen etapas en el modelo de financiación, en lo referente a la asistencia, de cumplirse el cronograma establecido y de lograr concreción en el Consejo de Salarios y celeridad en el Poder Legislativo, la cobertura no debería tener solución de continuidad con lo que las Cajas estarían salvadas y los médicos que las necesiten estarían cubiertos.

Termino esta nota con la incertidumbre que quienes la lean ya no tendrán ya que como decía al inicio, todo este complejo trabajo de elaboración y negociación, a la fecha de salida de la revista probablemente esté en vías de concreción para lo cual se requiere aún la aprobación de nuestro colectivo, el éxito en el consejo de salarios y la aprobación parlamentaria.

# Profesor Dr. Carlos Gómez Haedo (1924-2010)

Dr. Jorge Basso

En las últimas semanas tuvimos la pérdida del compañero Profesor Carlos Gómez Haedo. Sin lugar a dudas vivió intensamente 86 años, con total lucidez hasta pocos días antes de su fallecimiento, incluso participando en el último Iro de Mayo donde siempre concurría.

Quienes tuvimos el privilegio de conocerlo y verlo actuar en muchas de esas facetas en donde nunca pasó desapercibido por la vida, aprendimos a respetarlo, escucharlo y admirarlo. Se desempeñó en múltiples cargos docentes, como Ayudante de Clínica junto al doctor García Otero, como Adjunto de Clínica Médica, Asistente de Clínica Médica, Jefe de Clínica Externa y Jefe de Clínica en el Servicio de Guardia Médica del Hospital de Clínicas. También Profesor Adjunto de Clínica Médica en el Hospital Maciel y Profesor de la Clínica "B", Fue nombrado Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, miembro de la Comisión de Evaluación Docente, de la Asamblea del Claustro, de la Comisión que propuso modificaciones al Plan de Estudios de Pregrado en Medicina y de la Comisión de Ética y Conducta Universitaria.

Como profesor de Clínica Médica, conocimos de su disciplina y metodología de trabajo, no en vano dedicaba mucho tiempo a enseñar semiología para no abusar en la sobre utilización de la paraclínica. También de su cariño por los pacientes, lo que quiere decir siempre y en estos tiempos más que nunca, brindar dedicación y tiempo a escuchar al enfermo. En su actividad docente a promover un diálogo docente-estudiantil basado en el estudio y la actualización permanente.

Todos quienes lo visitamos en la casona de Sayago, conocimos su copiosa biblioteca donde se juntaba a estudiar sistemáticamente con conocidos colegas con los cuales compartió muchas horas de análisis sistemáticos de diversos temas vinculados a la medicina a los temas de la Ética Médica y los vinculados a los dilemas de la Bioética,

Entre los habitué a dichos encuentros, por mencionar algunos debemos nombrar al Dr. Cirilo, al Dr. Etoarena, el desaparecido Dr. Avellanal, el Dr. Baccino, el Dr. Sadi y el Dr. Giraldoni. Se trataba siempre de visualizar la necesidad de transformar el modelo de atención a la salud, de avanzar en la atención integral, en donde el factor económico no fuera una limitante para la accesibilidad a los servicios. Sin lugar a dudas, temas de enorme actualidad en nuestro país referidas a la Reforma y a iniciada y en la cual participara también.



Qué decir de su faceta gremial, desde sus primeros vínculos como delegado estudiantil en el Consejo de la Facultad en épocas del Decano Mario Cassinoni, pasando luego por sus múltiples responsabilidades en el Sindicato Médico en varios periodos. Nunca faltaba en su análisis la importancia que le asignaba a lo que denominaba Movimiento Médico Gremial Estudiantil uruguayo. Entendía con mucho conocimiento, que esa generación cumplió un destacado papel en proponer y sostener, a diferencia de las experiencias en otros países, un compromiso universitario con una visión comprometida con los cambios, no ajena a las reivindicaciones sociales por una sociedad más justa, y más democrática.

Participó en todas las Convenciones Médicas Nacionales, de la Tercera a la Octava, presidiendo él mismo la Séptima, en 1984 durante la Dictadura.

También en el propio Casmu dejó su huella. Primero como Médico de Zona, también como Presidente e integrante de múltiples Comisiones de Trabajo donde siempre se manejó con total coherencia. Sus pacientes, que concurrían de diversos lugares de Montevideo e incluso del interior, comentaban con orgullo que eran atendidos por el profesor.

En estos tiempos en que hablamos de la importancia de la atención de primer nivel, desde hace varias décadas desde el propio Casmu el Prof. Gómez Haedo proponía y ponía en funcionamiento un plan de medicina zonal con un encare moderno de médico tratante o de referencia, para aplicarse en diversas zonas de Montevideo comenzando con un plan piloto en su propia zona. Ciertamente no existía en marcha un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Entre las Comisiones desde donde participó, jerarquiza el trabajo con las afiliaciones colectivas, en el entendido que la participación de los usuarios organizados encontraba en dichos ámbitos un escenario desde donde ir acumulando experiencia.

En su actividad política, hombre de principios socialistas en toda su vida, acompañó siempre las peripecias del Frente Amplio participando como responsable en varias Comisiones Programáticas y en la Comisión de Disciplina, antes y después del 2005 en que el Dr. Tabaré Vazquez asumió como Presidente. En la Comisión de Salud durante 5 años estuvo concurriendo todos los martes, siempre en una actitud organizadora y articuladora. Desfilaron por dicha comisión centenares de profesionales que colaboraron con el programa de salud que luego fuera aprobado en el plan de gobierno y que votara la ciudadanía. En forma incansable su voz firme y fuerte era un factor de síntesis de las distintas opiniones que se vertían.

En ese gobierno, desde que la Dra. María J. Muñoz asumió como Ministra, fue invitado a participar, en carácter honorario junto a otro conjunto de profesionales referentes de la medicina nacional, en el Ministerio de Salud Pública presidiendo la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención. Con un trabajo tenaz y perseverante, todos los jueves de todos los meses se reunió dicha Comisión y un

trabajo de hormiga concretó lo que luego sería el Decreto. 379/08 que regula la investigación con seres humanos. Asimismo, colaborando con la Junta Nacional de Salud, dicha Comisión trabajó en la reglamentación de la Ley N° 18.335, que regula los derechos de los usuarios y los pacientes. Se vinculó a la temática de los usuarios y su participación en los temas de la salud durante estos años desde varias iniciativas de charlas, ponencias e intercambio, donde el tema del componente ético del equipo de salud en su relación asistencial fue su tema privilegiado.

En el gobierno actual, su participación y su involucramiento se mantuvo y propuso al actual Ministro Daniel Olesker un conjunto de temas aún pendientes. Entre otros la reglamentación de la ley 18335; que pasaba por el anteproyecto de ley sobre Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC), impulsado por el SMU, FEMI, MSP, Academia de Medicina y la Facultad de Medicina; la necesidad de incorporar a la Bioética en la temática de la meta capacitación; la necesidad de garantizar recursos presupuestales a la comisión para cumplir con sus objetivos y planes y de trabajar fuertemente con la Facultad de Medicina para la incorporación de la bioética en la currícula de grado.-

No somos imprescindibles, nadie lo es, pero compañeros médicos como el Profesor Gómez Haedo siempre nos harán falta.

In memoriam: Dr. Méndez Chiodi

## A Rodolfo

Elsa Méndez Chiodi

El llanto del viento, lo guarda el rocío  
Pero el llanto del hombre, se diluye en la pena  
Porque guardabas celoso, triturando nostalgias  
La angustia suprema, que la vida redime,

Crucificada en la sombra, hoy se eleva tu figura  
Allí donde el silencio, hace luz el recuerdo  
Allí quedó tu obra entre enfermos y el gremialismo.

Aquí vibra en tu hijo, la gloria de un mañana  
Aquí la noche es más oscura, porque tiene la forma  
Del silencio que oculta tu sufrimiento.

Al saber que te ibas, dejando para siempre  
La grandeza del hombre, que calló su dolor  
Para hacer luz su camino, en las manos de Dios.



# Dr. Roberto Crossa: “De neurocirugía vascular no se habla, mucho no se sabe y no se quiere hablar”

Lic. Victoria Alfaro

*El doctor Roberto Crossa es neurocirujano vascular especializado en niños, tiene 35 años y en su constante formación ha recorrido 28 centros en todo el mundo, porque entre otras cosas Uruguay no tiene una especialización al respecto. A pesar de que las aneurismas son más comunes de lo que se cree y sus consecuencias son graves, en nuestro país no existe una política sanitaria al respecto. El único centro que existe es privado y es más fácil acceder desde salud pública que de una mutualista, donde no es una prestación obligatoria, dejando a los pacientes sin atención y al borde la muerte.*



## -¿Cuál es el origen de su vocación?

-Nunca descubrí el origen de mi vocación, nací en Montevideo pero me crié en San José y a veces he tratado de pensar por qué soy médico. Hay un poco de todo, tenía un familiar que ya falleció que fue estudiante de medicina y en el interior todavía se tenía ese respeto hacia el médico. Esa relación rara donde todo el mundo salía para afuera del cuarto cuando llegaba el doctor, incluso te tenías que bañar y estar presentable.

Eso quizás me dio un poco de admiración y respeto, lo que generaba el médico que además te curaba. Era como una especie de mago sin serlo, esa era mi visión de niño. Cuando empecé la facultad en el año 1993 no tenía muy claro lo que era la Medicina y como está planificada, uno no se da cuenta hasta que llega a cuarto año y empieza a ir a los hospitales.

## -¿Cómo cambió esa visión infantil de la Medicina?

-Es que no sé si cambio mucho, creo que se hace más ruda y adulta, con el tiempo uno se da cuenta que no es un mago, es una persona que utiliza elementos de la ciencia mezclándolo con el arte de hacer medicina porque tiene un poco de artístico. Ahí está la diferencia.

Dos médicos pueden saber casi lo mismo y haber diferencia entre los dos, hay un debate si la Medicina es una ciencia, un arte o un arte ciencia, creo que hay un poquito de los dos.

## -¿También la diferencia radica en la forma de tratar a los pacientes?

-Sí, por supuesto, eso es esencial, no creo que uno tenga que ser simpático, eso no, pero primero tiene que estar bien

convencido de lo que hace y dice, para luego tratar de convencer al paciente explicándole todo.

No soy de los simpáticos con los pacientes, a veces paso como demasiado duro, porque hay que explicarle a un niño o a un familiar, qué es lo se quiere tratar. Que uno llega a un límite en el cual si uno continúa lo expone a complicaciones serias, es mucho más fácil ser complaciente.

Para relacionarse con el paciente uno tiene que tener una buena relación de respeto, no es solo el hecho de la simpatía, el caer bien. Lo más importante es que el paciente se sienta contenido por el médico, y que le crea.

Ese problema lo siento permanentemente, soy cirujano me dedico a la neurocirugía vascular en niños. Cuando llegan los pacientes, sobre todo padres con hijos cada vez que voy a tratar a un niño piden (por mi pinta) con mi socia, porque la ven mayor.

Siempre tengo ese problema, me cuesta convencerlos. Cuando le entregas el niño curado o sin complicaciones es recién cuando se empieza a establecer ese vínculo real, eso lo tengo en contra porque me ven como un niño. Trato con personas más grandes que vienen con sus hijos y cuando te lo van a entregar no te lo sueltan así nomás.

## -¿Cómo está la neurocirugía en Uruguay?

-Creo que nos cuesta seguir el paso de la neurocirugía a nivel internacional. He estado en varios servicios neuroquirúrgicos en el mundo, ahora acabo de venir de uno de los mejores del mundo. Veo que desde el punto de vista manual y práctico, Uruguay está muy bien, no hay mucha diferencia en cómo opera un neurocirujano en Uruguay de cómo opera en Finlandia, inclusive en Estados Unidos,

aunque siempre hablando de la media. No estoy hablando de los números uno, que son los fuera de serie y no hay en Uruguay. Y es lógico porque los volúmenes de pacientes que tienen algunas personas, son imposibles en un país con tres millones de habitantes.

### **-¿La experticia es muy importante?**

-Por supuesto, el volumen de pacientes es extremadamente importante y más si uno hace las cosas bien. Porque también hay volumen haciendo las cosas mal, pero en nuestro país no es tan fácil.

Hace poco me preguntó uno de los mejores neurocirujanos vasculares del mundo, (para mí es el mejor), el profesor Juha Hernesniemi, profesor de la Universidad de Helsinki, sobre cuántos neurocirujanos había en Uruguay y cuántos centros, y es casi lo mismo.

Eso hace que el volumen de pacientes por patología y neurocirujano sea escaso.

### **-¿Debería haber más centros de neurocirugía o menos neurocirujanos?**

-Creo que el número de neurocirujanos está bien y no es algo que me gustaría discutir

### **-¿Por qué escogió la neurocirugía?**

- Empecé por ir al Hospital Pasteur muy temprano y ahí fue que me enamoré de la Medicina. Estaba en un lugar donde estaban los internos, los residentes, los estudiantes más avanzados que hablaban en un idioma que parecía chino. Y fui aprendiendo el idioma de médico antes de tener la parte teórica, fui 6 años de corrido al Pasteur sin parar, dos veces por semana, hasta llegué a mudarme cerca del hospital. Estuve viviendo en la calle Serrato arriba de la feria permanente.

Fue una de las experiencias más lindas y una de las más traumáticas viviendo sobre la feria, dónde después de las 18 horas no podías salir porque te violaban. Convencí a un par de amigos de hacer lo mismo y éramos tres enfermos psiquiátricos que estábamos ahí permanentemente. La guardia del Pasteur era como una familia, ahí nació mi vocación sería de hacer medicina.

Dentro de todas las ramas de la medicina la que más me gustaba era la neurología, pero tuve la suerte de ver una charla de neurocirugía, con el doctor Álvaro Villar cuando era residente y me encantó

En medicina hay especialidades que no te las enseñan, no están dentro de las materias básicas, neurocirugía es una de las cosas completamente nuevas para los médicos que se forman y reciben, es como empezar una carrera nueva.

La neurocirugía es más radical que la neurología, uno está más cerca de curar, por lo menos desde mi punto de vista. Si bien estamos hablando de enfermedades diferentes y no son comparables. Estoy hablando desde la visión del estudiante y no la del neurocirujano de hoy.

### **-¿Cuál es su visión ahora como neurocirujano?**

-Es diferente, es más pura la visión del estudiante. Hoy en día el respeto que se tenía se ha ido al otro extremo y sobre todo en Montevideo. Yo no lo siento tanto porque los pacientes vienen derivados por los profesores o algún médico especialista. Pero tengo amigos que trabajan en policlínicas o en emergencias y veo cómo son tratados por los pacientes.

Eso cuando era niño no lo veía y eso que fui a hospitales públicos, donde se trataba al médico con respeto y se exigía que este tratara con respeto al paciente.

### **-¿Quizás el médico perdió ese respeto?**

-Puede ser, hay varios factores que pueden haber influido, por ejemplo el tema del multiempleo, es algo que la gente no entiende. No es mi caso, pero conozco amigos que trabajan en 7 u 8 lugares, inclusive neurocirujanos.

Cuando uno es paciente piensa y exige con razón, que tal especialista lo atienda como si fuera el único caso que ha visto desde hace un mes, y no es así. Desde el punto de vista humano es difícil manejar eso.

El médico como profesión era respetado porque te podía curar. En esto también influyó la alarma que se generó en los medios de comunicación sobre algunos "casos" de mala praxis que ni siquiera resultaron ciertos, pero quedaron en el imaginario colectivo.

No quiero excusar a los médicos, yo soy muy crítico, pienso que no se debería volver a la reverencia, pero sí al respeto.

Mi visión actual es mucho más sesgada y especializada, no podría hablar de otras especialidades. La neurocirugía vez va hacia la sub-especialización, antes lo veía como algo malo, porque pensaba que se necesitaba mucho más cantidad de especialistas, pero después me di cuenta que no.

Si se juntan las patologías neuroquirúrgicas que existen hoy en día, se llega a un número inferior a la cantidad de neurocirujanos que hay en Uruguay. Creo que uno tiene que tratar de ser bueno en algo. Si eso te permite vivir sería lo ideal, pero muchas veces no es la realidad.

Quizás por eso en la neurocirugía uruguaya no están desarrolladas las sub-especialidades, es muy difícil para un profesional decir que se va a dedicar a hacer solamente algunas cosas.

### **-Desde el SMU se maneja la eliminación del multiempleo y un nuevo contrato social entre los médicos y la población, ¿está de acuerdo con esto?**

-Depende de los casos, quizás en medicina general y otras ramas está bien, pero en lo que a mí me toca, por ejemplo puedes tener un cirujano que es especialista en operar determinada patología y se reconoce que es el mejor del país, inclusive el mejor de Latinoamérica. Y son personas que tratan patologías que si te operan mal puedes morir y realmente es

así, no se puede socializar esos conocimientos. Si yo tengo esa patología quiero que esa persona me opere y cualquiera va a querer que lo opere el mejor, no uno de los veinte.

Hay un doble discurso con respecto a eso, es muy fácil desde el punto de vista económico decir yo tengo 20 especialistas de esta rama los distribuyo y se terminó el problema. Pero siempre hay uno que es mucho mejor que el otro.

En mi caso somos dos personas que trabajamos en un centro que es Cediva (Centro de Diagnóstico e Intervención Vascular) donde los neurocirujanos de todo el país mandan sus casos, qué pasaría si fuéramos de Impasa y solo pudiéramos tratar pacientes de ahí.

Qué pasa si estás en otra mutualista y del neurocirujano que te va a tratar no tenés las mejores referencias, vas a querer que a ti o a quien sea lo traten en el mejor centro.

Eso es así, son técnicas en donde estás mucho más cerca del límite entre la vida y la muerte. La cirugía cerebral vascular depende mucho de la habilidad, de la experiencia y de la formación del neurocirujano que hace la cirugía cerebral.

#### -¿Cómo llegó a las neurocirugía vascular?

-Me gustaban mucho las patologías cerebrales neurovasculares, las aneurismas, las malformaciones arterio-endo-venosas, las fistulas, todo lo que tiene que ver con venas y arterias en el cerebro era lo que más me atraía.

Dentro de la neurocirugía uno de los cimientos mayores es la cirugía neurovascular, mucho de los padres de la cirugía moderna fueron neurocirujanos vasculares, yo diría que la mayoría de los que uno recuerda lo fueron.

#### -¿Cuáles fueron sus referentes en la Facultad de Medicina?

-Mi referente principal como neurocirujano fue el profesor Eduardo Wilson.

#### -¿Hacia dónde quiere enfocar su carrera profesional, cuáles son sus objetivos a mediano y largo plazo?

-Hoy en día existen dos formas de tratar patologías cerebrales vasculares, existe la cirugía clásica abierta y la cirugía neurovascular, que es lo que hago. Por suerte puedo vivir de esto, tuve la suerte de ser invitado para entrar en este centro que es privado cuando era estudiante de neurocirugía en tercer año de la residencia.

Eso me permitió seguir neurocirugía y a la misma vez comenzar a viajar y hacer mi formación en neurocirugía vascular que la hice en París, Italia, EEUU y en varios lugares, he pasado por más de 28 centros a nivel mundial.

Eso también me abrió la visión de lo que estaba pasando, porque uno cuando llega de la neurocirugía y ve aquello que tampoco sabe lo que es. Era como te decía cuando ter-



**farmashop**  
CALIDAD DE VIDA

Variedad

Más cerca

24 hs

Atención  
Farmacéutica

Farmacard

HACERTE PARTE DE FARMACARD,  
NUESTRO PROGRAMA DE BENEFICIOS  
CON EL QUE VAS GENERANDO FARMAPUNTOS®  
PARA QUE TUS COMPRAS PUEDAN SER GRATIS

**ES CUIDAR**  
TU CALIDAD DE VIDA.



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

[www.farmashop.com.uy](http://www.farmashop.com.uy)

miné medicina me di cuenta de que la neurocirugía era un tema nuevo.

Cuando estaba en la mitad de la especialización entré en neurocirugía vascular, es importante destacar que no hay ninguna cátedra, ni servicio que te enseñe este tema.

Me tuve que ir a este centro privado y ahí empecé a aprender otro idioma. La neurocirugía vascular no tiene nada que ver con la clásica, si bien son las mismas patologías la forma de llegar es diferente.

El 80% de mi formación fue en París con el referente mundial en patología vascular en pediatría Pierre Lasjaunias, estuve en otro centro con el profesor Moret y con Casasco en Italia. Si pudiera buscar un referente y un ídolo es Pierre, falleció hace dos años en un simposio en Suiza.

Lo peor es que dejó un agujero bastante grande, la neurocirugía vascular en pediatría es algo que se desarrolló en muy poco tiempo, y una de las pocas personas que se dedicó a los niños era él. Era el consultante mundial para estos temas. Un gran pensador.

La patología vascular se puede tratar por dos puntos, en cirugía abierta o endovascular, hoy en día las dos son necesarias. Hay un debate mundial desde hace años sobre qué es mejor pero está mal, porque en realidad depende del caso y quién lo hace.

Tu responsabilidad hacia el paciente es ser lo mejor posible de verdad, no es "lo que hay valor", sino tener el techo bien alto. Eso es lo más importante, lo mismo la neurocirugía vascular, muchas veces es necesario perder territorio en otros lugares para llegar a tener un nivel internacional reconocible, con buenas cifras de morbi-mortalidad para poder llegar a ser lo mejor posible.

No alcanza con decir: esto lo sé hacer y, bueno, la voy llevando, eso no está bien. Estas patologías son graves, muy costosas para la salud en cualquier parte del mundo porque son enfermedades que dejan secuelas cuando mueren los pacientes, y graves: son invalidantes. Tienen que ser resueltas por personas que están dedicadas.

Hay muchos aneurismas y malformaciones que solo se pueden resolver por la técnica abierta y otros tantos que solo se pueden hacer por endovascular. Entonces llama la atención cómo en Uruguay hay un solo centro privado que se dedica a hacer esto.

Los volúmenes no son escasos, no es una patología rara, se calcula que de cada 100 personas 5 tienen aneurismas. Es cierto, la mayoría no se rompe, pero cuando se rompe la mitad se muere y la otra mitad depende de la experiencia y habilidad del centro que lo trata y del cirujano que lo trata.

Hoy en día existen las guías internacionales sobre el manejo y tratamiento de las hemorragias, que es lo que produce los aneurismas. Allí se especifica basado en la evidencia, que por cada paciente deberían existir las dos opciones y tener el neurocirujano vascular y el abierto, los dos discutiendo por el paciente. Y no es lo que pasa hoy en día en Uruguay.

Salud Pública no tiene neurocirugía endovascular, el 90% de las malformaciones que se van a tratar comienza por esta endovascular, no es tan infrecuente. ¿Por qué no hay neurocirugía vascular en Salud Pública, no hay una cátedra y tampoco hay en otros lugares privados?

Porque es un centro privado donde el neurocirujano manda el paciente y después tiene que empezar a discutir si lo paga porque es privado y caro.

### -¿No lo financia el Fondo Nacional de Recursos (FNR)?

-No, estamos buscando que lo financie el FNR porque no hay otra técnica que tenga similares resultados, te puedo nombrar patologías que no se pueden operar de otra forma y no hay discusión.

Me pasa muchas veces, es muy desagradable y son patologías graves, si uno tiene un tumor cerebral (a pesar de que suena horrible) uno tiene un poco más de tiempo. Pero cuando reventó una arteria en el cerebro no hay tiempo. Un aneurisma que se rompió, en las primeras 24 horas se vuelve a romper y te mata, sin embargo del centro vascular salís con el tratamiento, no pasa lo mismo en otros lugares y eso que el aneurisma es una bomba de tiempo.

Le voy a contar algo: generalmente esta técnica no está dentro de la canasta básica de las prestaciones de las mutualistas, por lo tanto no la cubren. El paciente llega muchas veces llorando y la empresa le dice bueno esto vale tanto, pero yo no tengo este dinero, dicen; y si no se hace cargo la mutualista o Salud Pública es complicado.

A veces los familiares no tienen plata, y a veces el Centro ha hecho las cosas gratis pero no es lo ideal, porque no se sustenta haciendo eso.

Generalmente estas patologías aparecen de noche cuando los bancos ya cerraron, muchos te dicen tengo este dinero pero lo tengo en el banco, la empresa dice: no, esto es por adelantado porque le hacemos el tratamiento ahora. Hay un tema duro que son los gastos materiales: 5.000 dólares.

Cualquier cirugía te sale un plata, lo que pasa es que lo paga el Estado o la mutualista y estamos hablando de cirugía súper especializada con materiales importados de EEUU, no puedes usar cualquier cosa, usamos exactamente lo mismo que se utiliza en los mejores centros.

Apunto a que esto se conozca, que las personas que tienen que tomar conciencia la tomen, estas patologías son importantes, hay que informar a los pacientes sobre el tema y estos deben exigir y tener.

Tampoco sirve de mucho decirte se te puede hacer esto, pero sé que no podés pagarlo, porque te estoy complicando más de lo que te estoy ayudando. Los centros de Salud Pública y las mutualistas deberían estar obligadas a realizar este tratamiento.

Hoy en día el Casmu está haciendo todo lo posible para poder llegar a hacer un centro de neurocirugía endovascular y en Salud Pública también, por parte del Hospital Maciel.

Cuando uno habla de patologías uno tiende a verla importancia de la patología según la cantidad, y eso es cierto a medias, porque cuando a ti te toca pensás en el 100%.

No son patologías infrecuentes, la cifra de aneurismas rotos en Uruguay es superior a 300 pacientes por año. Seguramente hay más de 100 malformaciones anuales rotas, a eso hay que sumarle una cantidad cada vez mayor de aneurismas que se detectan antes del sangrado y que muchas veces hay que tratarlos.

Si uno suma las patologías vasculares supera las 500 personas por año, es un disparate de pacientes con patología vascular tratable. La mitad de estos pacientes seguramente deba hacerse tratamiento endovascular y están en una isla desierta donde estamos como los tres monitos: no se habla mucho, no se sabe y no se quiere hablar.

A mí me llama la atención, ¿por qué Salud Pública no obliga a que den este servicio? Sin embargo Salud Pública en cierta forma está obligada porque es mucho más fácil que un paciente de Salud Pública llegue al Cediva, porque Salud Pública se hace cargo, cuando alguna mutualista reconocida no lo hace.

Eso es así, imagínese lo que es sentarse frente a un grupo de familiares llorando que te dicen trátemelo, y uno como médico le dice sí yo se lo trato, pero tienen que hablar con la administración, es espantoso pero es así.

A veces me pasa hacerme cargo como médico y lo he hecho, cubrir los gastos del paciente porque no tienen el dinero y sé que van a pagar. La empresa no sabe si va a pagar y está bien, porque tienen que hacer números. No se puede hacer filantropía y decir vengan todos los que quieran: lo hacemos gratis porque no llegan a los 15 días, hay que mantener el personal, el equipo y toda la infraestructura.

No es que uno haga negocio, es que el negocio existe y es así. Está en Salud Pública y en todos lados, le guste a quien le guste, hay gente que no le gusta hablar de dinero cuando se habla de medicina pero hay que hacerlo porque la medicina cuesta dinero.

No es más económico no hacer esta técnica, porque sale más caro lo otro, como los días de internación en el CTI. Esto sin tomar en cuenta los costos sociales, las pensiones, gente sin trabajar y eso pasa permanentemente, además de todo el trauma que genera una muerte en la familia.

Apuntamos a hacer centros Stroke (accidentes cerebro vasculares), que son de resorte endovascular porque antes se pensaba que esta patología se debía a tres cosas, el corazón, las placas de grasa en las carótidas básicamente. O alguna enfermedad donde la sangre coagulara más de lo normal.

Hoy en día se sabe que a esas tres se le agregaron 10 más, hoy en día los mejores centros de Stroke utilizan la angiografía diagnóstica. Uruguay tiene una gran ventaja para tener un centro de estos, una muy buena cobertura de ambulancias y una población concentrada y con todos los hospitales cerca. Debería ser muy fácil y parte de la política de salud.

Lo mismo se hace con el corazón, llegan con un dolor en el pecho e inmediatamente se comunican los centros y se realizan técnicas endovasculares en el mismo momento de hacer el diagnóstico, esto es una política de salud. En la parte del cerebro es igual.

Los infartos en el cerebro son una de las patologías más prevalentes que hay, con consecuencias terribles, sin embargo no se tiene la misma celeridad que en los infartos del corazón.

No son parte de la canasta básica de prestaciones, en Uruguay es la persona la que tiene que pagar la técnica. Es una lucha que tenemos porque estamos ahí en el medio, los familiares la sufren cuando la viven, pero los administrativos están por fuera, donde este problema es uno más de tantos.

### Misceláneas

## Exitoso Tour de Ajedrez SMU

Se realizó el 3 abierto de ajedrez que comprende parte del ciclo Tour Ajedrez 2010 SMU.

Participaron en él 18 competidores, siendo el campeón el joven candidato a maestro nacional Leonardo Vaz, en segundo puesto terminó Fernando Martínez Fernández, el tercer puesto se repartió entre tres jugadores: Antonio Acerenza, Gonzalo Nakle y Bruno Buzzi.

Como es sabido, el Tour viene colaborando con la Clínica Quirúrgica B del Hospital de Clínicas, y en esta oportunidad se entregó la segunda parte de la donación, que corresponde a una cámara filmadora digital Multilaser con accesorios.

Los organizadores del certamen, miembros de la Sub Comisión de Ajedrez del Sindicato Médico del Uruguay, han manifestado su orgullo de haber concretado con éxito este, que fue el primer proyecto de la mencionada Sub Comisión.

Asimismo agradecen a todos quienes confiaron en ellos, y particularmente desean dejar constancia de su agradecimiento a los auspiciantes que colaboraron con el Tour: **Residencial Agee, Dame, Avances Clínicos, Casi Mil Informática, Rt Carlos Monet, Garaje Cassinoni, Distrito Equipamientos. Nau 64, Podio Trofeos, Mundo Pirotécnico y Casmu.**

# XI Congreso Nacional de Practicantes

El pasado 25 y 26 de septiembre se llevó a cabo en las instalaciones de la Colonia de Vacaciones del SMU el XI Congreso Nacional de Practicantes.

Con la participación del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas y la organización de la Comisión de Practicantes del SMU se logró llevar adelante una vez más esta instancia formativa valorada por los estudiantes de forma muy positiva en el desarrollo académico de su profesión.

El Congreso contó con el auspicio del Sindicato Médico del Uruguay y el apoyo de la Colonia de Vacaciones como ya es tradición.



Ejercicios de Extricación.



Ejercicios de extricación con la presencia del Dr. Fernando Machado.

Vale destacar que en esta oportunidad asistieron al Congreso 150 estudiantes de Medicina, mayoritariamente pertenecientes a los ciclos CIMI, CICLIPA I y II.

Entre la temática que se abordó en esta oportunidad cabe resaltar que existió un eje de trabajo abocado al “manejo y asistencia de múltiples víctimas” en donde se trabajó en talleres y ejercicios de simulación.

Desde la organización existe una evaluación muy favorable de las jornadas, hecho que se sustenta en las expresiones de los estudiantes y los comentarios obtenidas al finalizar el Congreso.

Es sabido que nuestra Casa de Estudios no brinda instancias de este tipo y el que se puedan concretar con el esfuerzo comprometido de los estudiantes es ampliamente respaldado y alentado por parte de los docentes participantes.

Por último, es interés de la Comisión agradecer especialmente a los docentes que participaron del Congreso, los laboratorios que aportaron al mismo, así como al Sindicato Médico y los estudiantes todos.



## Curso de Cineantropometría 2011 Nivel 1, Nivel 2 y Recertificación

Dirigido a: Médicos, Lic. en Nutrición y profesionales en Ciencias del Deporte en general.

Dictado y evaluado por el Mg. Francis Holway de Argentina.

Certificación internacional entregada por ISAK (International Society in Advancement in Kineanthropometry) de Nueva Zelanda.



Informes: [www.nutriguia.com.uy](http://www.nutriguia.com.uy)  
Florida 1520 / 302 | Tel.: (598) 2901 0159  
[nutriguia@nutriguia.com.uy](mailto:nutriguia@nutriguia.com.uy)



Taller de permeabilidad de vía aérea.



Maniobras de Enfermería: punción venosa.



Taller de RCP.

# ENFERMERÍA ACREDITADA a nivel del MERCOSUR



“Garantía de calidad a nivel regional”



Universidad Católica  
DAMASO A. LARRAÑAGA • URUGUAY



# Colonia de Vacaciones del SMU

Próximamente la Colonia de Vacaciones del Sindicato Médico del Uruguay cumplirá 50 años. Fruto de la visión y trabajo de destacados gremialistas, los médicos disponemos de un lugar excepcional para el descanso y el reencuentro.

A lo largo de los años ha ido cambiando el perfil de quienes concurrimos. Gracias a la creación del Sistema Básico de Alojamiento (SBA) se acercaron miles de jóvenes médicos y estudiantes, con sus familias, que conocen y disfrutan sus instalaciones.

Pero también hay dificultades... La separación del Casmu del SMU hizo que los aportes que recibe la Colonia sean menores. Los problemas edilicios estructurales persisten y deben ser solucionados.

Hemos desarrollado distintas alternativas para paliar esta situación, entre las que destacamos:

## 1. Estudiantes socios del SMU

Hemos advertido que gran cantidad de estudiantes, socios o no socios del SMU, desconocían la existencia de la Colonia y la posibilidad de integrar el Sistema Básico de Alojamiento. En oportunidad del XI Congreso Nacional de Practicantes los funcionarios de la Colonia han colaborado en la difusión de los beneficios de estar afiliados a nuestro sindicato y –mediante distintas promociones– hemos ampliado también nuestros adherentes. Se instauró la promoción del SBA (\$ 80/mes, durante 6 meses) y la posibilidad de acceder al usufructo anticipado de la estadía.

## 2. Socios honorarios y SBA

Se han diseñado planes de recuperación de beneficiarios. Muchos colegas, luego de su retiro laboral, inadvertida y automáticamente dejaron de ser aportantes. Con un trabajo personalizado por parte de los funcionarios de la Colonia, se está procediendo a su regularización. Con un aporte de \$ 120 mensuales al SBA se adquiere el derecho a 2 días de alojamiento en alta temporada o 4 días en baja.

## 3. Actividades médicas científicas

Agradecemos a todas las Sociedades Científicas y grupos médicos de Montevideo y del Interior del país que nos eligieron para desarrollar sus reuniones en nuestras instalaciones.



Nuestra prioridad es conservar y preservar el patrimonio gremial del Sindicato, haciéndolo cada vez más atractivo para los socios. Pero es imprescindible que sea sustentable. Es por eso que se debieron ampliar los convenios con instituciones públicas y privadas y son los Eventos organizados los que ayudan al mantenimiento.

Conocemos el interés manifestado por muchos colegas para colaborar activamente con la Comisión y es por eso que los convocamos para trabajar en forma conjunta en el diseño de nuevas estrategias y la instrumentación de las que están en curso. Les agradecemos se comuniquen con nosotros para fijar la primera reunión.

No es un hotel, es la Colonia de Vacaciones del Sindicato Médico y sin el aporte de todos será más difícil lograr la prestación de calidad que nos merecemos.