

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

NOTICIAS



Nº 154 - Enero 2010 - Tercera Época - ISSN 0797 2805 - Órgano Oficial del Sindicato Médico del Uruguay

2010: UN SINDICATO DE PUERTAS ABIERTAS

Núcleos de base y sociedades científicas

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

Contenido

6 Dr. MANUEL LIBEROFF



21 Dr. CARLOS ROMERO



25 Dr. HENRY ENGLER



30 LA REVOLUCIÓN DE 1904



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

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

ENVIAR

SERVICIOS POSTALES

480 73 53

Editorial

Un nuevo año comienza y con él nuevas expectativas de concreción de proyectos. Este año que comienza no es uno más para la vida del Sindicato Médico del Uruguay, representa un año de necesaria renovación y reforma de sus estructuras que permitan cada vez más solidificar y sustentar la representatividad del gremio entre los colegas. Casi noventa años de vida avalan la vigencia de sus objetivos, de sus logros y de sus posiciones por dignificar la profesión y la realidad sanitaria de nuestro país. Las divisiones únicamente debilitan nuestras posiciones y en algunos casos permiten, al amparo de reivindicaciones válidas, la toma de medidas corporativas alejadas de las bases del profesionalismo médico. A través de los cambios buscaremos unificar al gremio médico, sustentar nuestras posiciones con un amplio respaldo y generar los mecanismos de discusión y decisión para que así suceda.

Los cambios deben ser el punto de partida para las negociaciones salariales y de condiciones de ejercicio profesional que tendremos este año: Consejo de Salarios, y Convenio con ASSE. El modelo actual no permite profundizar los cambios que la Reforma plantea, y en el proceso iniciado es

necesario tomar en cuenta la realidad médica de hoy en día. La necesidad de un laudo único público y privado es hoy materia pendiente y al mismo tiempo condición imprescindible para dar garantías reales de equidad a los usuarios y evitar entre otras cosas el riesgo muchas veces latente y otras veces real de falta de recursos humanos en algunas áreas. Acompañar este planteo significa además, comenzar a transitar nuevas formas de dedicación a nuestra profesión y fidelidad a las Instituciones donde ejercemos, significa comenzar a derribar viejos laudos que generan cargos irreales con dedicación semanal reducida, multifragmentando las distintas funciones que podemos realizar haciendo de nosotros un médico de dedicación parcial en la mayoría de los lugares donde trabajamos y sólo logrando la estabilidad necesaria luego de un largo camino que desgasta nuestra profesión, nuestra familia y entorno, y a nosotros mismos en lo que a calidad de vida se refiere.

El camino para lograrlo no será fácil y encontraremos algunos obstáculos. La agenda gubernamental debe entender que la salud es una condición necesaria para cualquier modelo de país que se piense. Un país



Dr. Julio Trostchansky

que piense en la excelencia, un país que piense en el progreso y que se proyecte como un país productivo y de conocimiento no puede hacerlo sin ser al mismo tiempo un país con ciudadanos sanos y saludables. No es un mero enunciado y es por ello que será también tarea del SMU poder transmitir estas convicciones y ponerlo a consideración de las gremiales médicas para su debate y definición. Quizás sea momento de agendar un nuevo encuentro de los médicos del Uruguay para poner el énfasis que estos temas requieren.

Un nuevo año nos espera y con él la esperanza de poder avanzar en los cambios comenzados. No es tarea fácil, pero siempre un nuevo año renueva las expectativas de lograrlo. Nuestro saludo a todos los colegas que con su dedicación y profesionalidad ayudan a construir un país mejor y más justo. Nuestro compromiso de poder ser el fiel representante de la profesión. ¡Feliz año, colegas!

Staff

Autoridades del SMU

Comité Ejecutivo 2009-2011

Presidente:

Dr. Julio Trostchansky.

Vicepresidente:

Dr. Martín Fraschini.

Secretario médico:

Dr. Enrique Soto.

Secretaría Estudiantil:

Br. Luciano Ramírez.

Tesorero:

Dr. Ignacio Amorín.

Vocales:

Dr. Martín Rebella,

Dra. Julia Galzerano,

Dr. Jorge Pomi,

Dr. Osvaldo Barrios,

Dr. Roberto Mantero,

Dra. Inés Vidal,

Br. Soledad Olivera,

Br. Daniel Márquez.

Noticias 154

Enero de 2010

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

Comisión de Publicaciones y

Consejo Editorial:

Dres. Enrique Soto

(miembro responsable),

Ignacio Amorín

(miembro responsable alterno),

Daniel San Vicente,

Carlos Etchegoyhen,

Bres. Federico Melián

y Daniel Márquez.

Editor General:

Milton Fornaro.

Secretaría Administrativa:

Virginia Velasco

Prod. Editorial:

Monfilco S.A.

Depto. Comercial:

Colorado 2425

Tel.: 480 7353 Int. 131

E-mail:

comercial@enviar.com.uy

Fotos:

Est. de la Calle San Juan

Producción Gráfica:

grafica/mente

Impresión:

Gráfica Mosca

Depósito Legal: 345.336

Un sindicato de puertas abiertas

Lic. Victoria Alfaro

La capacidad de propuesta del SMU depende de la participación de sus socios. Cada médico tiene en el SMU, su casa. Es allí en donde discutimos sobre todos los aspectos que hacen a la profesión médica. El análisis y los reclamos de las condiciones laborales y salariales, la educación médica continua, los recursos de actualización profesional y el desarrollo de los ámbitos de recreación (como la Colonia de Vacaciones). Todos ellos tienen un común denominador: nuestro interés de participar en el SMU. Desea-mos seguir avanzando.

Queremos un sindicato de puertas abiertas en donde participen las sociedades científicas, los núcleos de base y todos aquellos que sientan la necesidad de construir un proyecto colectivo en beneficio de todos los médicos y la sociedad.

Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva: la lucha hacia un laudo único

“A nivel científico la sociedad ha tenido varios logros y se realizaron diversas actividades como el XI Congreso de Medicina Intensiva, con 900 participantes y 42 invitados extranjeros en el mes de noviembre” informó el presidente de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI), doctor Gustavo Grecco.

La SUMI realizó varios cursos de formación por parte del Comité de Educación Médica Continua de la Sociedad. Varios fueron los temas que se trataron, entre ellos: ventilación mecánica, monitoreo hermodinámico, nefrología crítica, manejo de quemados y bioética.

Por otra parte se continuó con la edición de la revista “Paciente crítico” y se realizó un curso para instructores del Fundamental Critical Care Support (FCCS), con el aval de la Society of Critical Care Medicine de Estados Unidos.

Para el 2010 la SUMI tiene prevista la realización de las Jornadas de Medicina Intensiva en el Interior, que se realizarán en La Paloma.

“Nuestra sociedad quiere posicionarse en docencia sobre la asistencia al paciente crítico, en base a la educación médica continua.



El año que viene continuaremos con las ediciones de nuestra revista, que sale tres veces al año y cuya publicación fue retomada en el 2007” indicó Grecco.

Dentro de la actividad científica, la Sociedad realizó un trabajo multicéntrico sobre el impacto de la pandemia a virus Influenza A H1N1, en el que recopiló datos de treinta CTI públicos y privados de todo el país, entre los meses de julio a septiembre. Los resultados fueron entregados al MSP en diciembre del 2009.

En otro marco relativo al trabajo médico, se realizaron jornadas sobre la situación histórica y actual de la medicina intensiva. Los beneficios y contradicciones de esta especialidad, se verificó la necesidad de implementar cambios en los modelos de gestión de forma inmediata.

La SUMI entiende que el modelo de gestión actual derivó de un crecimiento no regulado de las décadas de los 80 y 90.

“Actualmente estamos presos de un modelo que impone condiciones inadecuadas para un buen desempeño, generando multiempleo e inestabilidad laboral y falta de regulación en el volumen de horas continuas de trabajo de un intensivista” explicó el intensivista.

Por otra parte Grecco destacó que se ingresa a la especialidad mediante guardias de terapia intensiva.

El promedio de edad de los médicos de guardias está por encima de los 40 años, situación que no se considera correcta porque la calidad de vida del intensivista no es buena. “No tenemos tiempo para dedicarle a nuestras familias, tampoco para estudiar, es preciso mejorar nuestra calidad de vida” aseguró Grecco.

La SUMI tiene una propuesta modelo que tiende hacia la alta dedicación horaria en un lugar de trabajo y la compensación por la misma. Es preciso regular las guardias y el generar cargos alternativos que permitan una salida al régimen de guardias. Así como incentivar el retiro anticipado por trabajo insalubre.

Estos lineamientos generales surgieron de estas jornadas sobre trabajo médico. Así como la necesidad de discutir estos problemas entre los socios y las autoridades sanitarias.

“Este año tuvimos un largo conflicto con ASSE resultando en un incremento del 18% además del excedente de la suba del IPC” afirmó Grecco.

Los intensivistas plantean que hay diferencias importantes entre los laudos de la actividad privada y la pública. “Tenemos un largo camino de lucha reivindicativa hacia un laudo único a nivel nacional” precisó el dirigente.

“Las diferencias entre el interior y Montevideo, así como entre el subsector público y el subsector privado, no tienen fundamento ya que el trabajo es el mismo y las exigencias también. No es ético, ni moralmente aceptable que se nos pague distinto. El laudo de FEMI y la remuneración en ASSE son sensiblemente inferiores al laudo SMU” aseguró.

Núcleo de base del Casmu: en formación y trabajando

La doctora Raquel Villamarín integrante del Núcleo de Base del CASMU, comunicó la intensa actividad del mismo desde que comenzó a funcionar en el año 2009, como núcleo de base general (representando a todos sus médicos).

Desde antes ya estaban trabajando los médicos del Sector de Emergencia y Urgencia (agrupados desde el año 2007). En este momento el Núcleo de Base está integrado por Médicos de las diferentes áreas de trabajo, con delegados de cada área: Urgencia y Emergencia Pre-hospitalaria, CTI, Laboratorio, Medicina Zonal, Pediatría, Policlínico, 1727 y Residencias.

“Para participar y formar parte del Núcleo de Base –señaló la Dra. Villamarín-, le solicitamos a los colegas que se inscriban en el grupo-google: nbcasmu@googlegroups.com, dirección del Núcleo de Base CASMU. “La difusión, la información y las convocatorias las hacemos por el mismo medio”, agregó.

Siguiendo lo que establece el SMU, el miembro responsable de la Comisión de Asuntos Sindicales: Dr. Ignacio Lezama, concurrió a una de las reuniones Plenarias del Núcleo, para certificar el funcionamiento y tomar conocimiento de las autoridades del mismo.

“Se han planteado diversos temas a nivel del Núcleo de Base, pero, dada la reestructura planteadas por la Dirección del CASMU a nivel de la Medicina Zonal, y lo que esta conlleva en las condiciones y retribuciones del trabajo médico de los Médicos de Zona y Pediatras expresado a través de una Novación de contrato Laboral para Médicos Generales y Pediatras de Zona, éste ha sido un tema prioritario en nuestra agenda.

Se realizaron numerosas reuniones con los compañeros del sector analizando la propuesta y lo que implicaba para el Primer Nivel de Atención.

Con el planteo de la Novación de Contrato Laboral planteado por las autoridades, se decide consultar a los asesores del SMU, para el análisis del contrato de trabajo.

Se logró además la formación de una mesa de negociación con la Dirección de Medicina Descentralizada para el tratamiento de los puntos del contrato en los que encontramos algunas objeciones. Se lograron cambios importantes, aunque todavía estamos en procesos de negociación.

Actualmente trabajamos en el análisis del sistema de evaluación del trabajo médico en el Primer Nivel de Atención, y la implementación del 30% variable del salario.

En forma paralela, hemos analizado la propuesta de reestructura de trabajo y remuneración con la Comisión del SMU, que prepara el Consejo de Salarios.

Somos conscientes de que este tema ha monopolizado el trabajo del Núcleo de Base pero dado la importancia del mismo hemos tenido que dedicarnos a pleno, no descuidando todos los planteos que los colegas traen al Núcleo”.

Intensa actividad de la Sociedad Uruguaya de Cardiología

El 9 de setiembre de 1948 un grupo de treinta y tres destacados médicos provenientes de Medicina Interna fundaron la Sociedad Uruguaya de Cardiología, con el cometido de fomentar y profundizar el estudio de las enfermedades cardiovasculares. Su primer presidente fue el Profesor Dr. Fernando Herrera Ramos. Su actual Presidenta es la Dra. Inés Vidal Cortinas y cuenta actualmente con más de 800 socios, entre ellos: cardiólogos, internistas, cirujanos cardíacos, licenciados en enfermería y técnicos neumocardiólogos.

El Presidente electo para el 2010 es el Dr. Bernardo Layerle.

Desde su fundación la SUC bregó por desarrollar la especialización en Cardiología, con hechos como la creación en 1964 del Departamento de Cardiología en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, siendo su primer director el Profesor Dr. Jorge Dighiero.

La SUC ha organizado 25 Congresos, 20 Jornadas Rio-platenses, numerosos Consensos Científicos sobre distintas temáticas con publicación de nuestras Guías, publicación de la Revista Uruguay de Cardiología con 3 números anuales, integra la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, realiza Talleres y Seminarios de Educación Médica Continua tanto en Montevideo como en el interior, según informó el doctor Charles Schiavone.

En los últimos años, la SUC ha participado en lo gremial y laboral defendiendo las condiciones de trabajo del cardiólogo y el mejoramiento de la relación médico-paciente.

Los logros más destacados de estos últimos años son:

- Educación Médica Continua con talleres y seminarios, acreditados por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.
- Los 25 Congresos de Cardiología que en este último año ha tenido una asistencia de 920 participantes.
- Realización de Consensos Científicos: Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Insuficiencia Cardíaca, Prevención Cardiovascular, Infarto Agudo de miocardio, Síndromes Coronarios con y sin desnivel del ST. El último, culminado hace un mes, se trata de Resucitación Cardíaca Básica, encomendado por la CHSCV y de acuerdo a la Ley n° 18.360 sobre Acceso Público a la Desfibrilación.
- Convenios con otras Sociedades Científicas internacionales, como la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Europea de Cardiología: becas y pasantías.
- También disponen de la página web de la SUC (www.suc.org.uy) y el Correo interno para los socios, con temas científicos y laborales
- Las metas inmediatas son la realización de varios registros de enfermedades cardíacas, siendo el primero a nivel nacional y prospectivo el Registro Uruguayo de Miocardiopatía Hipertrófica (RUMHI), enfermedad de transmisión genética y primera causa de muerte súbita en jóvenes.
- Y está en proceso el Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca y el Proyecto de Coordinación Nacional de Reperusión en el Infarto de Miocardio Trasmural.
- Las actividades para el 2010 son la realización del Congreso Sudamericano de Cardiología, del 23 al 26 de septiembre de 2010 en el Radisson Victoria Plaza Hotel de Montevideo. Y los talleres y seminarios en Paysandú, Dolores, Durazno, Maldonado y Montevideo.



**PROGRAMA DE
RESUCITACIÓN CARDÍACA**

CURSOS DE RESUCITACIÓN CARDÍACA
avanzada y básica.

CURSOS PARA INSTRUCTORES
de resucitación cardíaca básica.

Instalación de
CENTROS DE INSTRUCCIÓN
en todo el país.

www.cardiosalud.org

COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR

Una policlínica lleva el nombre del Dr. Manuel Liberoff

En la intersección de las calles Dr. Carlos Prando y José de Freitas, en la Cruz de Carrasco, fue inaugurada la policlínica “Dr. Manuel Liberoff” dependiente de ASSE.

Con la presencia de la ministra de Salud Pública, Dra. María Julia Muñoz, del presidente de Asse, Dr. Félix González, y de familiares del Dr. Liberoff, se llevó a cabo la inauguración de esta policlínica que guarda la memoria del médico argentino-uruguayo Dr. Manuel Liberoff, secuestrado en Buenos Aires en mayo de 1976, y desaparecido desde entonces.

El Dr. Liberoff, socio y militante del Sindicato Médico del Uruguay, vivió y trabajó en la Cruz de Carrasco, y, a treinta y tres años transcurridos de su secuestro, en su antiguo barrio montevideano su nombre quedará indisolublemente unido a la atención sanitaria de los más necesitados, como lo fue en su trabajo como médico de Salud Pública. En la sesión del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, del día 24 de noviembre del corriente año, los doctores Julia Galzerano y Osvaldo Barrios hicieron referencia al hecho, del cual participaron como representantes del SMU. Las siguientes fueron las palabras que vertieron en sala.

Dra. GALZERANO.- El jueves concurrimos con el Dr. Barrios, en nombre del C.E., a la inauguración de la Policlínica “Dr. Manuel Liberoff”.

Les quería transmitir que fue un acto muy emotivo. Había mucha gente del barrio, es decir, de la misma zona donde él trabajaba. Los vecinos tienen un coro, que realizó durante la ceremonia una actuación que fue seguida con mucho interés y alegría. Además, hubo testimonios de gente que lo conoció y estuvo con él y, particularmente, de su hijo, que se refirió a todo lo que significaban para el Dr. Liberoff su profesión, la gente de su barrio y este Sindicato.

Estuvieron presentes diversas autoridades, desde la Ministra de Salud Pública, el Ministro de Turismo e integrantes de la OPS, hasta diversas autoridades de ASSE vinculadas con este emprendimiento, así como la médica de familia de la zona y personal de la policlínica.



Fotografía del Dr. Manuel Liberoff que ocupa un lugar de honor en la sala de sesiones del Comité Ejecutivo del SMU.

Estuvimos hablando con los representantes de los usuarios de la Policlínica y estaban muy agradecidos por el retrato del Dr. Liberoff que había enviado el SMU, ya que era así como lo recordaban.

Su hijo, Benjamín, comentó que el Dr. Liberoff andaba con un maletín que contenía medicamentos y también comida, porque a veces la gente a la que daba esos medicamentos no tenía para comer; y alguien que había vivido esa situación contó que cuando los pacientes no tenían con qué comprar los medicamentos, también les dejaba dinero para que lo hicieran.

Fue una jornada signada por la tristeza, naturalmente, por todo lo que implica su desaparición, y al mismo tiempo por la alegría al ver a ese barrio que conserva intacto el recuerdo del Dr. Liberoff y que ahora va a contar con esa policlínica, que es un lugar muy lindo, de dimensiones reducidas, pero con todas las comodidades.

Dr. BARRIOS.- Esa Policlínica, en realidad, se reinauguró; era una Policlínica que pertenecía a la Red de Atención de Primer de Nivel de ASSE en el barrio La Cruz de Carrasco. Ahí el Dr. Liberoff ejerció su práctica clínica. Era uno de los dos médicos que había en la zona comprendida entre Camino Carrasco, Hipólito Yrigoyen y el Aeropuerto. Observen la extensión que tenía esa zona, en épocas realmente complicadas. Él fue un avanzado en esa época, puesto que Alma Ata define la estrategia de atención primaria en salud en el año 1978 y él, veinte años antes, ya hacía todo eso y ayudaba a toda la comunidad a organizarse y a generar fuentes de trabajo para que pudiera vivir un poco mejor. Evidentemente, era una figura excepcional.

Como decía la Dra. Galzerano, fue muy emotivo el momento en que el hijo contó las peripecias increíbles que le tocó pasar a la familia, simplemente porque pensaba diferente. Es increíble que el Dr. Liberoff siga siendo un colega desaparecido y nunca más se haya sabido nada. Desapareció entre el 19 y 20 de mayo de 1976, en Buenos Aires, un día antes del asesinato de Gutiérrez Ruiz y Michelini, y nunca más se supo nada.

Fue expulsado del Uruguay por un decreto firmado por Bordaberry, que al parecer tenía que ser ratificado por la Suprema Corte de Justicia y ni siquiera tuvieron la capacidad para cumplir ese trámite, por lo que, en los hechos, el Dr. Liberoff no perdió nuestra nacionalidad.

Estuvo viviendo en Buenos Aires, medio en la clandestinidad, durante esos tres años. Padeció una enfermedad oncológica digestiva, fue operado en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires y, estando convaleciente, lo secuestraron y lo asesinaron.

La historia de esa familia es increíble: los milicos les robaron la casa en la Cruz de Carrasco y se la vendieron; hasta el auto les sacaron. El Dr. Liberoff tenía como costumbre andar entre los niños repartiendo caramelos de naranja y lo acusaron de repartir droga. Tenía una radio para comunicarse, porque a veces tenía que atender un paciente en la zona del Aeropuerto y, para no tener que volver, pedía que le avisaran por radio los llamados que tenía; pero lo acusaron de usar esa radio para fines oscuros.

Además ese aspecto no fue muy mencionado, tuvo una actitud descollante en el SMU. Estuve leyendo las actas de la época: el 27 de junio de 1973, a las ocho de la noche, se hizo una Asamblea General Extraordinaria en la Facultad de Medicina, a poca distancia de donde los tanques estaban rodeando el Palacio Legislativo, y hubo una intervención vibrante del Dr. Liberoff llamando a la desobediencia civil y a organizarse intergremialmente. En ese momento estaba allí la gente de AFCASMU apoyando.

Después se reunieron en la entonces sede del SMU, mientras los tanques estaban afuera. El 10 de julio levantaron el cuarto intermedio y tuvieron que escapar; a él lo estaban esperando en la casa. Inclusive, cuando el Dr. Liberoff fue a entregarse, lo acompañaron el Dr. Dibarboure que estuvo presente en el acto y otro médico más. Todo esto fue contado por el hijo, que parecía una persona muy dura, pero al recordar aquellas circunstancias se quebró. Realmente, cualquier persona de bien escucha esos relatos y le resulta indignante lo que le pasó al colega.

Todo lo que él sembró se vio recogido en esa Policlínica, porque participó todo el barrio en su diseño, con un involucramiento muy importante de toda la comunidad. Trabajan allí, desde hace muchos tiempo, dos médicos de familia que están muy arraigados en la zona. La figura del Dr. Liberoff es en ese barrio emblemática. Realmente, fue muy buena la idea no sé quién la propuso acá de entregar

a la Policlínica el retrato del Dr. Liberoff, que además es la foto más conocida públicamente.

Fue un acto muy emotivo. Llamó la atención que estaban todas las autoridades del Ministerio, de ASSE y del Ministerio de Turismo, donde su hijo es asesor.

Dra. GALZERANO.- Además, el Ministro de Turismo, Dr. Lescano, era de la zona de Jardines de Carrasco, que es aledaña.

Dr. BARRIOS.- Sin duda, el Dr. Liberoff ya era en vida una figura excepcional y todo lo ocurrido después, que ha ido generando hasta leyendas sobre su persona, lo ha transformado en una figura legendaria de la zona.

He participado de otras inauguraciones de policlínicas en la Red de Atención Primaria de ASSE, pero esta fue una de las mejores a las que he asistido por la emotividad del acto y por la figura excepcional de este médico, cuya obra debería difundirse más, pues debería ser un espejo para las futuras generaciones.

LIBEROFF EL DÍA DEL GOLPE DE ESTADO

El 27 de junio de 1973, día en que Juan María Bordaberry y los militares golpistas atentaron contra la Constitución, se reunía en sesión extraordinaria el Comité Ejecutivo del SMU. En aquel tiempo, el Dr. Manuel Liberoff era el tesorero del gremio. Transcribimos a continuación algunas de sus palabras, tomadas del acta de aquella sesión, donde se buscaba aunar una posición para presentar en una asamblea que se realizaría próximamente.

Dr. Liberoff: "(...) Fuimos profundizando este proceso por el descaecimiento de los factores sociales, políticos y económicos. A través de la lucha por la salud recorreremos los mismos caminos de la lucha por la democracia y la libertad humana. Pero lo que sustenta esto es la lucha por el salario, por la libertad, contra la tortura. No podemos llevar posición sobre salarios puros. No debemos desmovilizar al gremio. Esto nos ha tocado a todos y nos ha unido. Está directamente ligado al salario y a la estructura sanitaria. Comprendemos al hombre en la pirámide de salud. Hoy tratan de roerse la libertad y la dignidad humana."

Dr. Liberoff: "Puede realizarse una jornada de protesta activa con ocupación; esta tarde (se debería) evaluar la situación coordinando y uniendo esfuerzos. Favorecer la unidad de los médicos con los que comparten la tesis; y unidad con los funcionarios. Agregamos la jornada de protesta activa por tiempo indeterminado o por 24 horas, según realicen los gremios y la CNT. Solidarizarse con los gremios y coordinar con ellos."

Dr. Liberoff: "No debemos dar el menor respiro al enemigo ni a nosotros mismos. No se admite que pongamos plazo. Es la lucha de vida o muerte para reforzar medidas o para cambiar medidas, pero no un hiatus de la lucha. Luego de las consultas, si esto es la huelga general, entramos en esa huelga."

España en el corazón

En el recientemente inaugurado Parque de la 2ª República Española, en Santiago Vázquez, se descubrió un monolito que recuerda a los cincuenta y cuatro voluntarios uruguayos que fueron a España a defender al gobierno de la República. Entre ellos había un médico, el Dr. Virgilio Bottero, y un estudiante de medicina, quien luego obtendría el título, José B. Gomensoro. En la siguiente nota, el Dr. Sergio Villaverde, se refiere a ellos.

Virgilio Bottero y José B. Gomensoro **Su corto verano en la Revolución Española**

Dr. Sergio Villaverde

*La guerra es la continuación de la política
por otros medios.*
Von Clausewitz

*La política es la continuación de la guerra
por otros medios.*
Foucault

El subtítulo se inspira en un libro sobre la Revolución Española del autor alemán Hans Enzensberger: El corto verano de la anarquía.

¿Por qué los acápite? Porque acaso no haya un ejemplo más claro de íntima relación de guerra y política que la historia de España durante el siglo XIX y XX. El primero fue marcado por las tres Guerras Carlistas, enfrentamientos por la sucesión en el trono, pero que en el fondo era la disputa entre “el antiguo régimen” (la persistencia de los privilegios de la aristocracia y la iglesia) y el cambio político y económico iniciado en la Revolución Francesa. Por Dios, por la Patria y el Rey, era el lema carlista. España estuvo sumida en el oscurantismo, el atraso económico y la emigración. En medio de la tercera guerra carlista (1872 – 1876) hubo una Primera República que duró sólo dos años.

A pesar de ello, en el polo de industrialización de Cataluña y Países Vascos, se gestó un importante movimiento obrero organizado en UGT (Unión General de Trabajadores) de orientación socialista y Federación de Trabajadores



Monolito que en el Parque de la 2ª República Española, en Santiago Vázquez, recuerda los nombres de los cincuenta y cuatro compatriotas que fueron a España a luchar contra el golpe militar franquista.

de la Región Española (que luego será CNT, Confederación Nacional de Trabajadores) de orientación anarquista. Ambas organizaciones fueron en su momento actores principales de la Revolución Española.

Los primeros veinte años del Siglo XX bajo monarquía constitucional terminan en la dictadura de Primo de Rivera. Instaura la versión española del fascismo italiano, el falangismo, que no sobrevivió la crisis de 1929 y es seguido por la Segunda República en 1931. Intento de democracia contra la que se levanta Franco en 1936, iniciando una nueva guerra civil. La cuarta guerra carlista por Dios, por la Patria y (a la larga) el Rey. En Cataluña la resistencia es conducida por las organizaciones obreras. Organizados en brigadas logran derrotar a los alzados, pero además reorganizan la sociedad a través de la gestión directa de las fábricas, el control de los servicios públicos y el desarrollo de comunas agrarias. Hacia allí se dirigen Bottero y Gomensoro.

Ambos, al igual que Carlos María Fosalba, eran anarquistas. Integrantes del Grupo Ariel, participaron de la gestación de la FEUU y luego del periódico libertario Esfuerzo en 1934. Eran los tiempos de la concepción del Centro de Asistencia del SMU. En Esfuerzo participaban también el obrero gráfico Roberto Coteló, y el Escribano Pedro Trufó. Los dos, junto a Bottero de 35 años (ya médico) y Gomensoro de 27 años (aún bachiller), partieron para España a comienzos de 1937. Una carta recibida por familiares daba cuenta del arribo a las áreas liberadas de Cataluña. Gomensoro trabajó en la imprenta de la FAI (Federación Anarquista Ibérica) donde se editaba el periódico Tierra y Libertad. Bottero ejerció en Sardaña, un pueblo cercano a Barcelona. Vivieron un acontecimiento trágico que inició la derrota. En Mayo del 37 fuerzas militares leales a la República intentan liquidar la experiencia autogestionaria reprimiendo y disolviendo las organizaciones obreras de Cataluña, resistiendo las brigadas de éstas con las armas. Después nada fue igual. En esos enfrentamientos murió Pedro Trufó. Poco después se enferma Bottero, lo que se sumó para decidir el regreso en setiembre. Fueron seis meses.

Bottero ejerció como médico hematólogo hasta su muerte a los 42 años en 1944. Gomensoro se recibió en 1939 y desarrolló una actividad universitaria, científica y docente brillante. Murió a los 82 años en 1992. Roberto Coteló llegó a ser Administrador de CASMU y continuó vinculado al movimiento anarquista hasta su muerte.

Las palabras de Fosalba homenajean por igual a los cuatro: “Y sin embargo dejaron todo –carga, amistades, amores– para ser útiles a una causa que para ellos era el ideal de cuya realización esperaban una humanidad más justa, más libre y más dichosa”

También se extienden a los cuatro las palabras de Luce Fabbri en el homenaje a la memoria de José B. Gomensoro a los cinco años de su muerte: “Sentía la libertad no sólo y no tanto como derecho, sino esencialmente como deber; es una libertad que nos hace responsables ante nuestros semejantes como gestores, con ellos, de la vida asociada”.

PS. Mi emocionado recuerdo para Gomensoro y Coteló a quienes conocí y aprecié en su humilde grandeza.



Quando vamos,
movemos más de 400 exámenes, nos originamos,
eliminamos toxinas, fortalecemos los pulmones
y el corazón, reducimos los ácidos grasos
y producimos hormonas que combaten el estrés.

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

CTL 848 46 48
farmacia • farmacia • farmacia

TODO EL DÍA LAS 24 HORAS

farmapunto
VITE AL PRIMER FARMACIA DE DEFENSA
QUE GUARDE TU SALUD, TU BELLEZA Y TU ECONOMÍA

farmashop
CALIDAD DE VIDA

Agrupaciones

FOSALBA

Ahora:

Profundizar la reforma de la salud.

- Nuevas metas.
- Revalorar el equipo de salud.
- Condiciones laborales y salariales.

La “salud de la población” es un concepto amplio que no puede quedar resumido exclusivamente a resultados económicos. Cuando hablamos de “equidad” no debemos referirnos únicamente a los aspectos económicos y financieros. También debe existir una “equidad” en las prestaciones y en la atención sanitaria.

Profundizar la reforma implica avanzar en la accesibilidad y en la calidad asistencial de toda la población. Es necesario desarrollar un modelo de organización asistencial más efectivo, coordinado y planificado para satisfacer las demandas de la sociedad.

En este contexto, debemos centrar los esfuerzos para fortalecer en todos los aspectos al equipo de salud. En la formación y los estímulos que encuentren sus integrantes, podremos encontrar gran parte de las razones del éxito o fracaso de un proyecto de reforma.

Una inadecuada planificación en las necesidades de los recursos humanos, o profesionales sobrecargados, ejerciendo su labor en condiciones inadecuadas, repercutirá en forma directa sobre la calidad asistencial, especialmente de los sectores más vulnerables que no pueden tener acceso a un nivel asistencial privilegiado.

Es habitual que los médicos se encuentren en el centro de un conjunto de presiones, ya sea por falta de tiempo para una adecuada atención de los pacientes o por la situación económica y financiera de los prestadores que terminan responsabilizando al profesional de dicha situación. Si a ello le sumamos, que en muchas ocasiones se registran atrasos salariales, tercerizaciones y desconocimiento de los derechos laborales, estamos ante una situación que está muy lejos de ser la deseada.

La sustentabilidad de la reforma de la salud, debe transitar por varios carriles en forma simultánea. Uno de ellos, es la formación de recursos humanos y la reestructuración salarial y laboral de los médicos, para poder avanzar en una mejor asistencia de la población.

El Sindicato Médico del Uruguay a lo largo de su historia, ha realizado propuestas que fueron recogidas en las diferentes Convenciones Médicas, muchas de las cuales terminaron plasmadas en el actual proceso de reforma. Otras, fueron motivo de la elaboración de leyes —como La Colegiación— que redundarán en beneficio del ejercicio de la profesión. Es hora de seguir avanzando. Debemos abrir el Sindicato Médico, convocar a las Sociedades Científicas y a los núcleos de base, estimular la discusión y generar las bases para un desarrollo más efectivo de la reforma, al mismo tiempo que proponemos nuevas metas.

Es hora de profundizar los cambios, para ello resulta imprescindible la participación de todos, por encima de las preferencias agrupacionales. Es hora de asumir nuestro compromiso.

TRABAJADORES MÉDICOS

EL SNIS Y EL OCULTAMIENTO DE LOS NÚMEROS

Los datos económicos precisos sobre la evolución económica del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay parecen opacados por el carnaval electoral. Ya terminó; el MSP y ASSE fueron repartidos, ahora veamos la realidad.

El fin de semana pasado hubo una reunión de las empresas de salud a nivel nacional. Allí concurren la totalidad de las autoridades y responsables del MSP, siendo uno de los expositores la Ministra, Dra. M.J. Muñoz.

En dicha reunión quedó claro que el SNIS, condujo a las instituciones de asistencia médica al desfinanciamiento total con 270 millones de dólares de déficit y con una perspectiva vertiginosa hacia la bancarrota.

El sistema está desfinanciado y salvo para el Sr. Munro (quien vive en el mejor de los mundos posibles) todos coinciden en esta evolución (autoridades y empresarios). Que podría evitarlo?... la inclusión de las personas mayores a 65 años (jubilados) al sistema, tal como lo había señalado nuestra agrupación (ATM). Sabemos que esto significa un gran costo para el estado, millonario en dólares, por lo cual aún está sin implementar; esto es necesario en un período en que se necesita achicar el gasto público (déficit), como lo exigen los Organismos Internacionales FMI, BID, BM.

¿Qué soluciones se encontrarán? ¿Qué financiará la única salida que tiene este sistema de salud para la continuidad de la prestación de asistencia a nuestra población si las empresas prestatarias van a la quiebra?

Esto implica arribar a varias conclusiones:

- a-El sistema está en déficit, más allá de la utilización electoral que se le quiera dar al SNIS.
 - b-Las empresas cuentan con los números que demuestran que van hacia el derrumbe
 - c-Los intereses políticos de quienes manejan las empresas los llevan a silencio y los voceros sindicales lo comparten.
 - d-Los salarios y la estabilidad laboral están por lo tanto en peligro
 - e-La asistencia de salud está en peligro para nuestro pueblo
- Los trabajadores médicos de la Salud estamos en problemas, la ausencia de una voz independiente, la subordinación a los intereses supra sindicales nos dejan inermes.

Por todo esto debemos exigir que:

1. El SMU y la SAQ, y todos los demás gremios que abarcan a los trabajadores de la salud reclamen los números del SNIS y los difundan entre la totalidad de sus trabajadores médicos y no médicos.
2. Que se haga un informe y se levante el cuarto intermedio de la Octava Convención Médica para discutirlo.

Este es el primer paso en una actitud sindical independiente del poder político.

Agrupaciones

UNIÓN GREMIAL MÉDICA

LA REBELIÓN DE LOS MÉDICOS

«Si viese usted a Atlas, el gigante que sostiene al mundo sobre sus hombros, si usted viese que él estuviese de pie, con la sangre latiendo en su pecho, con sus rodillas doblándose, con sus brazos temblando pero todavía intentando mantener al mundo en lo alto con sus últimas fuerzas, y cuanto mayor sea su esfuerzo, mayor es el peso que el mundo carga sobre sus hombros- ¿Qué le diría usted que hiciese? -Que se rebele.»

Ayn Rand ("Atlas Shrugged")

Hace rato que en todo el mundo el médico dejó de tener ese halo todopoderoso, casi místico, que hacía indiscutible sus criterios y decisiones. Los primeros en atacar el "poder médico" fueron los propios pacientes, y así se generó el círculo de desconfianza que llevó a la judicialización de la salud y a una verdadera industria de la mala praxis para regodeo de los abogados. El historiador de la medicina Pedro Laín Entralgo llamó con acierto "la rebelión de los pacientes" a este proceso. El Uruguay, aunque más tardíamente, no fue ajeno a todo ello. Pero no fue este el único frente de ataque a la profesión. Gobernantes, burócratas y funcionarios de un tiempo a esta parte eligieron al Médico como "putching-ball" de sus pensamientos y reivindicaciones. Así, vemos con tristeza como amplios sectores de la población ven en el médico poco menos que a un mercader de sus sufrimientos. Parece que no somos los profesionales de alta dedicación, que luchan por formarse permanentemente abandonando la tranquilidad del hogar y el regocijo familiar por la constante tarea de salvaguarda de la vida. Pues no. Tampoco pasamos por las más exigentes pruebas durante la más larga carrera universitaria, y luchamos por un puesto de especialista a veces entre decenas de colegas que buscan su superación intelectual, científica y por supuesto, económica. No. Alguien hizo creer que el médico era una mala especie, insensible a los problemas de su gente. Pero esto no es casualidad: todos los Sistemas de Salud dirigistas y reguladores de la medicina conllevan como primer paso estratégico la construcción de esta imagen negativa del médico en la sociedad, desarticulando prolijamente sus mecanismos de protesta social y reivindicación gremial. La razón es simple: el sistema funciona a expensas del deterioro de las condiciones salariales y de trabajo del médico, verdadero sostén de la salud. Esa es la severa enseñanza que nos dejó el National Health Service en Inglaterra u otras construcciones que conllevaron al menoscabo del médico y a un claro deterioro de la salud de la población. Por eso hoy, cuando se inicia un nuevo período de continuidad de la Reforma Sanitaria, estamos más atentos que nunca en la vigilancia de los derechos del verdadero sostén de la Salud del país: el Médico. Parece esto más sensato, a fuer de sinceros, que firmar un cheque en blanco antes de conocer cuáles serán las orientaciones e improntas de las autoridades de turno. Cuidado. Que nadie se olvide quién es el que ausculta, interroga, opera, prescribe, consuela y pone lo mejor de su inteligencia y su corazón para sostener el sistema. Si el médico sigue siendo castigado y menoscabado desde cómodos sillones por teóricos que nunca estuvieron en la trinchera de una guardia, llegará el día en que la rebelión no será ya de los usuarios, funcionarios o burócratas. Inevitablemente será, como en la famosa novela de Ayn Rand, la de los que sostienen con su trabajo, su mente, su creatividad y su esfuerzo el sistema. La rebelión será de los médicos.

ESTUDIANTES INDEPENDIENTES

BALANCE 2009 Y PROYECCIÓN 2010

Seguramente el 2009 se recordará por una infinidad de sucesos. La carga democrática vivida a lo largo del año, desde mayo con las elecciones en nuestro Sindicato hasta noviembre con el balotaje, nos ha inundado de civismo. Desde este espacio saludamos a las nuevas administraciones y hacemos votos porque nos deparen años de bienestar.

Somos conscientes, sin embargo, que la tarea del día después en la construcción de diálogos, concreción de proyectos y puesta en marcha de acuerdos no es sencilla. Pero desde esta humilde posición en el SMU, desde la representación estudiantil, seguiremos transitando el camino que nos hemos trazado hace 10 años.

Han sido 10 años de contagiar de Independientes las instituciones de las que somos parte. Porque tenemos una firme convicción en esta prédica, reivindicamos una vez más el espíritu plural, humano y de gremialismo neto que nos guían en la concreción de los objetivos planteados.

Así, gracias a la confianza depositada por los estudiantes en esta empresa logramos representación en el Claustro y Consejo de Facultad al igual que en la Asamblea General del Claustro. De esta manera, obtuvimos representación en este Sindicato, pasamos a ser mayoría y la hemos mantenido elección tras elección. Con ideas claras, hoy vislumbramos realidades que parecían imposibles de concretar. Hemos trabajado por soluciones reales para los problemas de los estudiantes, para ser la voz comprometida y firme en los diferentes órganos.

Hace 10 años parecía imposible que aquella novel agrupación llevara adelante la organización de cursos de RCP o la edición de publicaciones académicas de interés para los estudiantes. Parecía imposible que se pudieran elevar proyectos para afrontar las carencias del Plan de Estudios del '68 y se discutieran; que se lograran convenios para mayor capacitación con instituciones educativas y ONGs; que se propiciaran congresos y hasta se concretaran concursos de practicantes. Parecía impensable que un decano se eligiera por el voto secreto de los estudiantes o que el gremio hegemónico tuviera que levantar una huelga sin sentido por la presión ejercida por los estudiantes en las urnas.

Hoy a la distancia vemos que cuando se representa al colectivo sin mezquindades, con seriedad y un ánimo constructivo se consolida el respeto a una forma de ser y se da paso a las propuestas. Lamentablemente, el camino encuentra la resistencia de quienes creen disponer de la verdad absoluta. Aquéllos que se mantienen enquistados en la administración de la Facultad y se apegan a una postura dogmática de conducción. Son los mismos que imponen huelgas inconducentes que hipotecan meses de clases con un fin pseudo solidario.

Afortunadamente, el 2010 traerá consigo un renovado compromiso y las esperanzas de alcanzar las metas planteadas. Entre ellas: más y mejores congresos de practicantes, más convenios, mayor celeridad en la implementación de la Red de Practicantes e intensificar la búsqueda de oportunidades laborales para los practicantes. El 2010 pues nos encontrará juntos construyendo un Sindicato más plural. Que así sea.

Libros



PESIMISTA MILITANTE. UNA INTERPRETACIÓN GRÁFICA DE JUAN CARLOS ONETTI, de Hermenegildo Sábat. Fondo de Cultura Económica, Universidad de la República (Uruguay), Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires, 2009. Sin numerar.

Uno de los mejores caricaturistas del mundo, el uruguayo Hermenegildo Sábat, rinde un ilustrado homenaje a Juan Carlos Onet-

ti, de quien este año se ha celebrado, con diversos actos en todo el mundo, el centenario de su nacimiento. Sábat, en veintidós dibujos realizados con diversas técnicas (grafo, acuarela, témpera), establece una especie de cronología dibujada de las distintas edades del novelista. Veintidós versiones –según pasan los años– realizadas por la mano segura de un profundo conocedor de la obra y la vida del retratado, quien sigue mirando al lector con esa expresión mezcla de socarronería y adustez, de ternura y timidez, que se esconden tras los cristales de sus infaltables lentes. Cada retrato está acompañado de un brevísimos texto de Sábat, donde predomina el humor, que no es otra cosa que una guiñada cómplice al lector. Una joyita estupendamente editada.



UN HOMBRE AFORTUNADO, de John Berger. Alfaguara, Buenos Aires, 2009. 185 págs.

En 1967, el inglés John Berger (1926) y el fotógrafo Jean Mohr acompañaron a John Sassall, un médico británico que ejercía su profesión en una comunidad rural. La obra narra varias historias del trabajo de Sassall con sus pacientes, a la vez que revela pensamien-

tos sobre su profesión y su vida para acercarnos gradualmente al hombre. Las fotografías de Jean Mohr marcan rasgos indispensables de la historia y dialogan con un texto lleno de reflexiones del propio Berger y otras procedentes del mundo literario y filosófico: de Conrad a Gramsci, de Piaget a Sastre. Se trata de un libro de absoluta vigencia, una lúcida meditación sobre el valor que le asignamos a una vida humana y sobre cuál es el verdadero rostro de la medicina.



LOS FUGITIVOS DE LA HISTORIA, de Daniel Vidart. Ediciones de la Banda Oriental, 2009, 211 págs.

El autor se pasea por varios de los temas que constituyen el substrato de su abundante producción como antropólogo e investigador, enfocándolos desde una perspectiva ensayística que da como resultado un libro plenamente original. En su primera parte, “Pueblos y

pagos”, se refiere a la tipología de la población americana y a aspectos relevantes de la identidad nacional. En la segunda parte, “Los mitos”, la constante preocupación del autor por los mitos fundacionales de las diferentes concepciones religiosas se concentra en un polémico repaso de los grandes temas que están en el origen de la tradición judeo-cristiana y de la civilización en la que ha encarnado.



UN LUGAR LEJANO, de Fernando Butazzoni. Planeta, 2009, 171 págs.

Uno de los más famosos fotógrafos latinoamericanos, enfermo de cáncer terminal sueña con una fotografía que nunca ha tomado. A partir de ese sueño se construye una novela que enseña un camino para entender la vida y luchar por ella. Un lugar lejano es una delicada historia de amor, y a la vez, una

poderosa aventura de esperanza y heroísmo. El impresionante paisaje de la Patagonia argentina es el lugar elegido por el protagonista para correr su última aventura. Esta novela fue adaptada al cine, en una película dirigida por José Ramón Novoa, que fue filmada en la Patagonia, Galicia y Caracas.

Una sola regulación para el trabajo médico

Esc. Julio Lorente

Durante los años 2005 y 2006, el Ministerio de Salud Pública constituyó el denominado Consejo Consultivo, integrado por las autoridades del Ministerio y los distintos actores vinculados al sector a los efectos de analizar los temas que estaban vinculados a lo que en ese momento se proyectaba implementar: la “Reforma de la Salud”. El objetivo era conocer la opinión de todas las partes que integran esta rama de actividad, a quienes a su vez se les pedía sus propuestas. Todos esos elementos serían recogidos por el Poder Ejecutivo a la hora de implementar y reglamentar la Reforma cuando se aprobaran las disposiciones legislativas que hoy se encuentran vigentes.

El Consejo Consultivo en una de sus primeras resoluciones, constituyó numerosos Grupos de Trabajo, cada uno de los cuales debía abordar una temática específica con el fin señalado. Uno de esos Grupos, que debían asesorar al denominado Consejo Consultivo y al propio Ministerio, era el que le correspondía analizar y formular propuestas sobre el tema “Estatuto único del trabajador de la salud”. Aquí se estudiaba todo lo vinculado a la regulación de los trabajadores de la salud, médicos y no médicos, tanto en el ámbito público como privado.

La normativa que regula el trabajo en la salud es por demás diverso y a veces incluso contradictoria, un relevamiento de la misma nos permite comprobar la caótica situación que de ella surge. Desde disposiciones constitucionales, pasando por las definiciones de carácter legal sobre el ejercicio, control, regulación y policía de la profesión médica e incluso de sus agrupaciones científicas y gremiales por parte del Estado, establecidas en la Ley Orgánica de Salud Pública, siguiendo por el ya obsoleto pero vigente en la mayor parte de su contenido, Laudo del Consejo de Salarios de 1965, conjuntamente con un significativo número de Decretos que recogen otros acuerdos de Consejos de Salarios. En otro nivel, varios Convenios Colectivos de carácter general para toda la rama de actividad, que regulan la profesión médica en relación de dependencia en el ámbito privado.

A lo expresado, que refiere exclusivamente al ámbito de la actividad privada, se debe agregar la profusa normativa que regula toda la actividad médica en carácter de funcionario público, desde la Administración Central, donde el ejercicio profesional médico se cumple prácticamente en todos los organismos y encuentra un gran desarrollo, con

una regulación diversa dependiendo el lugar donde presta servicios. También existe una normativa específica vinculada a importantes prestadores, una en el ámbito de Sanidad Militar, otra en el Ministerio del Interior. A su vez, el mayor prestador público de servicios de salud, ASSE, actualmente se encuentra fuera de la Administración Central, constituyendo un Servicio Descentralizado. En ese carácter está obligado a aprobar el Estatuto de sus funcionarios por mandato legal, lo que habiendo vencido largamente el plazo fijado por la ley aún se encuentra pendiente. Debemos agregar a este conjunto de normas mencionadas, las numerosas regulaciones existentes en el Poder Legislativo, Poder Judicial, cada uno de los Entes Autónomos, con especial mención en este caso a toda la actividad médica desarrollada por la Universidad de la República – Facultad de Medicina, los demás Servicios Descentralizados y los diecinueve Gobiernos Departamentales, así como las Personas Públicas no Estatales. En todos ellos hay actividad profesional médica y en cada uno, encontramos una regulación diferente y no pocas veces contradictoria.

Como se ve, la sola enumeración de la normativa vigente y de los distintos órganos desde donde se regula la actividad profesional del médico, constituyen un conjunto excesivamente numeroso, intrincado e inabordable de disposiciones de distinta jerarquía y naturaleza jurídica, que fueron aprobadas por todos los órganos del Estado, varias personas públicas no estatales e incluso la actividad privada como se ha señalado, por un sistema de agregación y sin coordinación alguna entre ellas.

Desde hace muchos años se plantea por la mayoría de quienes están vinculados al sector y en especial por las gremiales médicas, la aspiración y necesidad de alcanzar una normativa común y única que rija toda la actividad del médico, especialmente cuando ésta se desarrolla vinculada contractualmente a un tercero prestador de servicios de salud.

En un planteamiento más ambicioso y desde el propio Gobierno, a través de este grupo de trabajo del Consejo Consultivo, se buscaba la definición de una regulación que comprendiera no sólo la actividad profesional, sino también la aprobación de una normativa común a los médicos y demás funcionarios vinculados a la prestación de todos los servicios de salud.

El Grupo al que hacemos referencia, fue largamente el más numeroso en integración, todos los actores creían conveniente participar en él, hacer conocer su opinión y volcar sus propuestas, tanto por parte de los empleadores, teniendo en cuenta la participación significativa de los salarios para las instituciones prestadoras de salud, como obviamente para los gremios médicos y no médicos.

Se discutieron temas que comprendían desde la naturaleza jurídica que tendría que tener la norma donde se recogiera el Estatuto, estos es si debía ser una ley, un decreto o simplemente un convenio colectivo, hasta los detalles concretos de su contenido, pasando por si debía existir un solo estatuto o dos, uno destinado para la regulación de la profesión médica y otro para los trabajadores no médicos.

Las reuniones con una frecuencia semanal duraron casi dos años con una participación regular de más de quince delegaciones representativas de sendas instituciones u organizaciones, lo que generó un clima extremadamente deliberativo y poco resolutivo.

Las divergencias fueron mucho más frecuentes que los acuerdos. Se llegó a realizar consultas técnicas a la Facultad de Derecho de la Universidad de la República, sobre la naturaleza de la norma que debía contener el mencionado estatuto, la respuesta confirmó la posición sostenida por el SMU en el grupo y en el Consejo Consultivo, en el sentido que era necesario una ley con determinadas características para recoger una norma que comprendiera a todos los funcionarios del sector tanto público como privado.

A partir de las diferencias profundas que surgieron, el Consejo Consultivo optó por invitar a todas las representaciones a realizar sus aportes por escrito en la materia, los que serían analizados por el Ministerio de Salud Pública a la hora de implementar el Estatuto del Trabajador de la Salud. Se presentaron listados a incluir en un futuro estatuto por parte de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) y la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP). Por su parte, las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ) presentaron un punteo de temas vinculado exclusivamente al trabajo médico.

El Sindicato Médico del Uruguay, presentó el único documento con forma de Ante proyecto de ley redactado en forma articulada. Teniendo en cuenta los pocos elementos que lograron acordarse, y las exigencias jurídicas que surgían como consecuencia de regular el trabajo en la salud que comprendiera tanto la actividad médica como no médica y la pública como la privada, se elaboró el proyecto de Estatuto que fue aprobado por el Comité Ejecutivo del SMU y presentado al Consejo Consultivo y Ministerio de Salud Pública como aporte del SMU a la discusión del tema.

Dicho documento está dividido en siete capítulos y ochenta y un artículos. Los seis primeros regula la actividad en forma común a todos los funcionarios del sector y el séptimo está dedicado al desarrollo de la actividad médica. A continuación presentamos un breve resumen de cada capítulo:

CAPÍTULO I Refiere al “ÁMBITO DE APLICACIÓN” en el que se define el carácter nacional del estatuto y las instituciones, organismos, empresas en las que será aplicable el mismo, así como las personas cuya actividad regula.

CAPÍTULO II se denomina “COORDINACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y RETRIBUCIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD” en él se implementa la creación de dos órganos. El primero de ellos (Comisión Coordinadora de las Condiciones de Trabajo y Retribuciones de los Trabajadores de la Salud) integrado por los órganos de máxima jerarquía los cuales son prestadores de salud o regulan las normas laborales y el segundo, (Junta Consultiva Asesora) de participación preceptiva con integración de todos los gremios comprendidos. Dichos órganos se les encomienda elaborar un período de transición que conduzca en un plazo determinado a la unificación de la normativa vigente e iguales condiciones de trabajo y remuneraciones.

CAPÍTULO III se regulan los “DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR DE LA SALUD”, fijándose en cada artículo la enumeración de los derechos y las obligaciones, partiendo de la definición que al respecto hace el Texto Ordenado de la Función Pública (TOFUP) teniendo en cuenta que se pretende que la norma regule también a los funcionarios públicos, en consecuencia ese deberá ser el piso de derechos consagrados. Se consagran los siguientes derechos: estabilidad en el trabajo, a la remuneración, condiciones de trabajo higiénicas, independencia en el ejercicio profesional, formación continua, carrera funcional, a la calificación, limitación de la jornada de trabajo, descanso semanal y licencias, respeto personal, no discriminación, a la sindicalización, negociación colectiva y a la huelga. Se consagra a texto expreso que la enumeración es enunciativa y no excluye los consagrados en la Constitución y las leyes.

CAPÍTULO IV “SISTEMA DE INGRESOS” y el **CAPÍTULO V** “SISTEMA DE ASCENSOS” consagran el concurso como la forma para alcanzar la condición de funcionario o ascender en la carrera funcional. Se fijan algunos principios generales de los mismos entre los cuales se destaca la necesidad de asegurar la igualdad de oportunidades y una publicidad suficiente.

CAPÍTULO VI dedicado al “RÉGIMEN DISCIPLINARIO” regula el sumario con las garantías del debido proceso para aplicar cualquier tipo de sanciones.

CAPÍTULO VII es el dedicado a los “PROFESIONALES MÉDICOS”, está dividido en varias secciones entre las que se destaca la que enumeran los Derechos de los Médicos y establece como tales: percibir una remuneración que le permita vivir dignamente, autonomía e independencia técnica, instalaciones dignas, abstenerse de realizar prácticas contrarias a su conciencia ética, prescribir el medicamento o procedimiento que considere más conveniente; negar su atención por razones profesionales, personales o por haber llegado al convencimiento de que no existe la relación de confianza; ser evaluado únicamente por médicos idóneos; mantener el secreto profesional; destinar al paciente el tiempo que cada acto médico requiera, cobertura por responsabilidad civil a cargo de la institución contratante.

En cuanto a los Sistemas de Ingresos y de Calificación y Ascensos se consagra el concurso y la necesidad de calificación en cada institución con tribunales integrados en su totalidad por médicos.

Donde se proponen novedades importantes es en la sección que refiere a Condiciones Laborales allí se establece la regulación de la Jornada laboral del médico sobre los máximos y mínimos que se detallan: “Jornada laboral general máxima: 40 horas semanales, con una carga horaria diaria máxima de 8 horas. Jornada laboral mínima: 4 horas

diarias. Jornada laboral máxima para los médicos que trabajan en régimen de guardias, en áreas de cuidados intensivos polivalentes o monovalentes: 12 horas diarias” En caso de carga horario completa se establece el derecho a la media hora de descanso paga y en las guardias de 12 horas la alimentación a cargo de la empresa.

En cuanto al Régimen de Licencias además de las existentes se incorporan quince días de licencia anual destinados a la formación continua y actualización de conocimientos.

En materia de Régimen de Retribuciones se fija la integración de la retribución en forma mixta, mediante un componente fijo y otro variable y se fijan complementos salariales por Grado del Escalafón (25%); por antigüedad; por dedicación exclusiva y por horario nocturno.

El esfuerzo que acabamos de presentar realizado por el Sindicato Médico y por otras organizaciones gremiales, no encontró todavía principio de ejecución desde el Ministerio, es de esperar que la próxima Administración disponga voluntad política de impulsar una iniciativa en este sentido con las consultas a los actores del sector, teniendo en cuenta la necesidad impostergable de regular en la materia en forma armónica.

Agenda gremial

- 29 de octubre.** Reunión con autoridades de FEMI para analizar la reciente ley de Colegiación.
- 4 de noviembre.** Se firmó el contrato de reacreditación del SMU con la Escuela de Graduados, que avala al SMU como institución con capacidad de realizar actividades de Desarrollo Profesional Continuo.
- 11 de noviembre.** Una delegación gremial es recibida por el directorio de ASSE, para reclamar ante algunas dificultades en el cobro de aumentos.
- 16 de noviembre.** Comenzaron las reuniones de la Comisión Organizadora de la Asamblea Médica Mundial en Uruguay (2011)
- 17 de noviembre.** Entrevista con médicos del Centro de Salud de Parque del Plata por su problemática. Contactos posteriores con la dirección departamental de salud de Canelones por el tema.

- 17 de noviembre.** Participación del Presidente del SMU en el acto de conmemoración de la Noche de los Cristales Rotos.
- 20 de noviembre.** Acto Cultural de la Comisión del Reencuentro y la Amistad.
- 25 noviembre.** Mediante comunicado público, el SMU se solidarizó con los damnificados por las inundaciones y se ofreció a crear brigadas sanitarias para actuar donde las autoridades nacionales lo dispusieran.
- 4 de diciembre.** Participación de una delegación del SMU en la despedida de fin de año de la Asociación de Laboratorios Nacionales.
- 10 de diciembre.** Autoridades del SMU estuvieron presentes en el acto de Graduación de los Médicos Generación 2009.
- 11 de diciembre.** Las más altas autoridades del SMU se reunieron con sus pares de ASSE por el conflicto de los médicos neonatólogos del Hospital Pereira Rossell.

Cartas de los lectores

Recordamos a nuestros lectores que las páginas de Noticias están a disposición de quienes deseen hacer saber su punto de vista sobre temas de interés, publicados o no en la revista.

En base al reglamento de la publicación informamos que:

Las cartas deberán ser firmadas e incluir el nombre completo, documento de identidad, dirección y teléfono del remitente. La reserva del nombre del autor se mantendrá a los efectos de su publicación, siempre que figure un seudónimo, iniciales u otra forma de identificación y que se señale tal deseo.

Cuando se formulen denuncias o críticas a personas, funcionarios o instituciones, éstas sólo se publicarán bajo la firma del autor y no con seudónimo u otra forma de identificación que implique reserva del nombre. En estos casos, además, la carta deberá venir acompañada con una fotocopia del documento de identidad del autor.

Para la publicación de cartas, salvo excepciones, se respetará un orden cronológico de recepción, dándole prioridad a los corresponsales que envíen cartas por primera vez o esporádicamente.

También tendrán prioridad las cartas que aclaren, hagan precisiones o presenten un nuevo punto de vista sobre informaciones dadas por Noticias o que cuestionen o discrepen con editoriales o comentarios y análisis aparecidos bajo la firma de integrantes del equipo periodístico o editorial.

Las cartas no podrán exceder los 3.000 caracteres con espacio en cuerpo 12. Las mismas, mecanografiadas, pueden enviarse por correo a Revista Noticias. Correo de los Lectores. Sindicato Médico del Uruguay. Bulevar Artigas 1515, o pueden entregarse personalmente en la misma dirección, en días y horas hábiles. Quienes deseen utilizar el correo electrónico deberán dirigir sus cartas a velasco@smu.org.uy y en el ASUNTO señalar: Revista Noticias. Cartas de los Lectores.

Reunión de la Generación 1960

La generación de 1960 se dirige a los compañeros que ingresaron ese año a Facultad, para avisarles que se va a realizar una Reunión de Confraternidad en el año 2010, después de semana de Turismo (con motivo de los 50 años).

Quienes estén interesados deben comunicarse con la Dra. Celia De Pro, tel. 408 29 04; o vía E.mail con:

Dr. Amílcar Cagnoli:
acagnoli@netgate.com.uy,

con Dr. Martín Mowszowicz:
martinmowszowicz@gmail.com,

o con el Dr. Diego Gomez:
diegogomezsilveira@gmail

Campaña de Socios 2010

La Comisión de Practicantes, a través de este espacio, informa acerca de la puesta en marcha de una nueva Campaña de Socios.

De este modo, invitamos a todos los estudiantes y médicos que aún no son socios del Sindicato Médico a informarse acerca de los beneficios para el 2010.

En los últimos tiempos los estudiantes han podido comprobar con claridad la ventaja de ser asociado. Es así que los mismos disponen de una gran base de datos y fuentes de consultas bibliográficas, así como capacitación a través de congresos de practicantes o convenios con diferentes instituciones.

Desde la Comisión de Practicantes el compromiso es manifiesto con la continuidad en la capacitación, la búsqueda de soluciones laborales y la defensa de todos los practicantes. El Sindicato te espera, contamos contigo.

Resoluciones de la Asamblea General

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 10 DE AGOSTO DE 2009

Considerando:

- 1) Que ASSE pagará a partir del mes de enero el aumento a los médicos del MSP que cumplen funciones en ASSE, lo cual supone un nuevo logro de la movilización médica.
- 2) Que en marzo de 2010 vence el acuerdo con ASSE

La Asamblea General resuelve:

- 1) Continuar movilizados por el total cumplimiento del acuerdo salarial, así como para lograr en marzo de 2010 nuevas y mejores condiciones salariales y de trabajo.
- 2) Exigir la equiparación salarial para todos los médicos del sector público, especialmente del MSP (Sanidad de Frontera y Clínicas Preventivas).
- 3) Solicitar una entrevista con el Director del RAP SAEE, para solucionar situaciones de incumplimiento del acuerdo y situaciones personales injustas en las Unidades Móviles. Que en dicha reunión participen delegados de la Asamblea y del CE. Reiterar la solicitud de reunión con el Director General de la Salud, solicitando la participación de los delegados de la Asamblea.
- 4) Oponerse a fijar limitaciones de edad para el ingreso a ASSE, exigiendo que el proyecto de ingreso y ascenso médico sea refrendado por la Asamblea General.
- 5) Denunciar la lentitud para aumentar la carga horaria de los médicos de policlínica a pesar de la demanda insatisfecha existente.
- 6) Reivindicar un horario mínimo de trabajo de 24 horas semanales para todos los médicos que lo deseen.
- 7) Exigir el pago del trabajo nocturno tal como manda la ley
- 8) Exigir el pago de todos los actos y técnicas médicas que desarrollen las distintas especialidades.
- 9) Publicar en dos diarios de la capital y en Revista "Noticias".
- 10) Pasar a cuarto intermedio hasta el día jueves 25/03/10, a la hora 20.

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 10 DE AGOSTO DE 2009

Considerando:

- 1) Que ASSE informa en los próximos días pagará el rubro variable de los meses de enero a agosto de 2009 a 150 médicos que se le adeudaba, habiéndose pagado setiembre y octubre.
- 2) Que a pesar de esto permanecen sectores más reducidos, donde se constatan incumplimientos de pago, como ambulancias y el Hospital de Español.

La Asamblea General resuelve:

- 1) Continuar movilizados por el total cumplimiento del acuerdo salarial.
- 2) Exigir que todos los médicos del MSP que cumplen funciones en ASSE y los médicos de ASSE que están en comisión se les pague el aumento salarial correspondiente.
- 3) Solicitar una entrevista con la Dirección General de la Salud a los efectos de solicitar la equiparación salarial de los médicos de sanidad de frontera.
- 4) Reivindicar un horario mínimo de trabajo de 24 horas semanales para todos los médicos que lo deseen.
- 5) Exigir el pago del trabajo nocturno tal como manda la ley
- 6) Exigir el pago de todos los actos y técnicas médicas que desarrollen las distintas especialidades.
- 7) Nombrar a los Dres. Eduardo Lebratto y Escandor El Ters para que integren la Comisión de concursos, ingresos y ascensos de médicos con ASSE, FEMI y SAQ.
- 8) Publicar en dos diarios de la capital y en Revista "Noticias".
- 9) Pasar a cuarto intermedio hasta el día jueves 10/12/09, a la hora 20.

Roemmers es el primer laboratorio nacional distinguido con el Premio Nacional de Calidad

Reconocimiento al compromiso asumido con la sociedad

Laboratorio Roemmers obtuvo el Premio Nacional de Calidad 2009, distinción que lo posiciona como el primer laboratorio nacional en obtener el máximo galardón que se otorga a las empresas que sistemáticamente trabajan en la mejora continua de sus procesos.

Casi medio siglo de compromiso constante con los más altos estándares de calidad de los productos farmacéuticos que fabrica, promociona y comercializa fueron reconocidos recientemente con el Premio Nacional de Calidad 2009.

El Gerente General de Roemmers, Jorge Tomasi, resumió que el Premio es asumido con orgullo y que es un incentivo más para redoblar el compromiso y esfuerzo asumido con la sociedad.

“Es la confirmación de que estamos en el camino correcto y que independientemente del reconocimiento que representa, nos permitió revisar y pulir los procesos e identificar nuevas oportunidades de mejora. Significa también, un gran orgullo que mejora el sentido de pertenencia y un reconocimiento al esfuerzo de muchos años”.

Destacó el rol trascendental de los empleados de Roemmers en la obtención del premio, “porque para trabajar teniendo como meta la mejora continua es necesario el esfuerzo, involucramiento y compromiso de todos”.

En esa línea, subrayó que “el premio es de todos, de las casi 550 personas que renuevan día a día su compromiso con la excelencia y hacen posible que los más de 400 productos farmacéuticos que se producen o representan, cuenten con los más altos estándares de calidad”.

El Premio Nacional de Calidad se suma a varias distinciones que el Laboratorio ha obtenido en los últimos años, como la Certificación ISO 9001:2008, el reconocimiento al esfuerzo exportador, a la Gestión Empresarial y al Mayor exportador sectorial, otorgado por el Banco de la República Oriental del Uruguay y el Consejo Directivo de la Unión de Exportadores del Uruguay y el Premio “Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular” por su trayectoria en promoción de la salud cardiovascular y prevención de las enfermedades cardiovasculares.

RESPONSABILIDAD SOCIAL

Para Roemmers, la Responsabilidad Social Empresarial significa integrar a la gestión de la empresa el respeto por los valores y principios éticos, los trabajadores, la comunidad y el medio ambiente.

Tomasi explicó que se parte de la idea de que la Responsabilidad Social Empresarial es una forma de gestionar la empresa, siendo el objetivo que ninguna de sus actividades escape a esta filosofía.

“Roemmers definió la Responsabilidad Social Empresarial como un proceso estratégico el cual tiene asociado un Plan de Calidad.

El desarrollo de esta área es uno de los objetivos estratégicos de Roemmers y el foco está puesto en nuestros empleados y sus familias, en un Marketing responsable, que apoye a la formación médica continua y promoción de la salud, y en la comunidad, en el barrio y grandes campañas vinculadas a la salud. Algunos ejemplos de esto es el apoyo de Roemmers a Unicef, Teletón, Ruedas Solidarias, Fundación Peluffo Giguens, entre otras”.

PRÓXIMOS DESAFÍOS

Luego de las distinciones y ante la llegada de un nuevo año, Roemmers tiene como gran desafío mantener el liderazgo, consolidar y desarrollar las nuevas líneas y productos lanzados.

Entre los ejemplos de nuevos productos está la nueva unidad de negocios Rowe a través del desarrollo de los productos recientemente adquiridos y la vigorización de la línea natural “Natural Health”, con el respaldo Roemmers.

Desde 1991 Roemmers se ha posicionado como líder del mercado. “El liderazgo está cimentado en la calidad de los productos que se fabrican y construido sobre un elevado plano de relacionamiento ético con el cuerpo médico nacional, farmacias, instituciones de salud y autoridades”, acotó su gerente general.

Burnout, relación médico paciente*

El arte de la medicina y el sufrimiento de los médicos

Dres. Cole TR, Carlin N.

Las escuelas de medicina enseñan la ciencia, pero ignoran el arte de la medicina, la tecnología superó a la comprensión moral y los hospitales se transformaron en laberintos fríos e impersonales

Durante los últimos 40 años, nos familiarizamos demasiado con la deshumanización de la medicina moderna: nuevas tecnologías alteraron la relación médico-paciente, los especialistas conocen cada vez más de cada vez menos y los médicos tratan enfermedades y no pacientes. A esto hay que agregar que las escuelas de medicina enseñan la ciencia, pero ignoran el arte de la medicina, la tecnología superó a la comprensión moral y los hospitales se transformaron en laberintos fríos e impersonales.

Como atenuante de esta deshumanización resurgió la bioética y las humanidades en medicina. El propósito es que el paciente sea tratado como una persona respetable, se la escuche, se la comprenda y se la ayude en la toma de decisiones.

Las evidencias también señalan que los médicos también sufren la deshumanización de la medicina moderna. Existen varios signos que muestran que ser médico hoy no es bueno para la salud por la creciente ansiedad y la depresión. La tasa de suicidios es mayor entre los médicos que en la población general. En Estados Unidos, alrededor del 15% de los médicos van a estar dañados o perjudicados en algún momento de sus carreras, lo que indica que no podrán cumplir con sus actividades profesionales por enfermedad mental, adicciones o alcoholismo. El llamado “burnout” o agotamiento psicofísico tiene tasas de alarmante crecimiento entre los estudiantes, residentes y médicos. El burnout es un problema generalizado en la mayoría de los países incluyendo Argentina.

El burnout se identifica mediante 3 síntomas principales: agotamiento emocional, despersonalización y sensación decreciente de auto eficacia. Una comprensión más profunda del burnout de los médicos es analizando el entorno en que se desempeñan: ambientes tecnocéntricos, deshumanizados con objetivos donde predomina la rentabilidad y con un sistema de salud injusto y burocrático. Estas condiciones se acentúan más en los países subdesarrollados por la falta de recursos materiales y humanos y deficientes sistemas de salud.

Existe una excelente definición dada por Christina Maslach and Michael Leiter: “El burnout es un índice de la disociación entre lo que una persona es y lo que debería ser. Representa una erosión en los valores, la dignidad, el espíritu y los deseos, un deterioro del alma humana”.

Una forma de indagar sobre el burnout de los médicos es la noción de Theodor Adorno de “violencia ética”. En su tratado Problems of Moral Philosophy, Adorno llamó la atención sobre un aspecto cruel de la moral colectiva forzada. Cuando una norma ética se torna imposible de aplicar dentro de una condición social existente, el resultado es la violencia ética. Las instituciones que ignoran las condiciones sociales existentes y presionan rígidamente reglas de mercado, ejercen violencia sobre aquellos de quienes se espera que hagan lo imposible.

La medicina está llena de muchas personas con buenas intenciones, con integridad moral y que pretenden ofrecer atención espiritual y física adecuada. Mantienen adecuados niveles de práctica médica, actualizan permanentemente sus conocimientos y hasta realizan investigación. Sin embargo, las condiciones actuales limitan la capacidad de los médicos de alcanzar y desarrollar estos objetivos. En algunos profesionales esto lleva a un grado de cinismo, decepción, pérdida de la autoestima y seguridad en sí mismos, enfermedades y abandono de los ideales.

Las instituciones en general no toman en cuenta el abismo formado entre los ideales del profesional y las condiciones limitantes de su trabajo.

¿Como en este contexto podemos humanizar la práctica médica? Una respuesta apunta a la necesidad de cambios estructurales y culturales en grandes instituciones donde los médicos trabajan.

La otra respuesta incluye actividades que estimulen el auto cuidado, la reflexión y el desarrollo. Las instituciones académicas y de prestaciones de servicios deben generar oportunidades que respalden y guíen al médico en la búsqueda bienestar y satisfacción.

Existen áreas de trabajo particularmente insalubres para el médico como las unidades de cuidados intensivos y las instituciones de pacientes terminales. Nuestro trabajo en

estos ambientes mostró que las experiencias y relatos personales de los profesionales de estas áreas revela algunos temas importantes que merecen una seria atención: pérdidas sin duelo, expectativas irreales, incertidumbre a relacionarse con el paciente, preguntas no efectuadas y un sufrimiento y muerte inexplicado. Las pérdidas sin duelo ocurren al cuidar pacientes muy graves que están muriendo. No es ningún secreto que los médicos tratan de suprimir sus sentimientos para mantener su compostura y la capacidad de atender al siguiente enfermo.

Pero la acumulación de no hablar con nadie ni permitirse a uno mismo sentir el impacto de estas experiencias, a menudo resulta en una acumulación de emociones no resueltas y de tristeza por duelo no elaborado.

En su libro *Just Here Trying to Save a Few Lives* la médica de urgencias Pamela Grim destaca que cuando se le informa a una familia de la muerte de su ser amado: "Este es el momento en que la gente odia al médico. Uno ha fracasado, ha dejado caer los brazos, puede ser demandado, da imagen de incapaz, y una parte de uno cree todo esto, porque no importa cuanto haya hecho por salvar al paciente, se espera que pueda realizar milagros".

No hay soluciones fáciles para el sufrimiento de los médicos ni para el de los pacientes, pero sugerimos que la atención, la compasión y la conversación son importantes en ambos contextos. Para evitar el burnout en los médicos vulnerables se requiere respeto por los relatos de los médicos lo que a su vez requiere que los propios médicos se puedan expresar y relatar sus angustias y problemas.

¿Pero quienes serán los confidentes de los médicos? Además de recurrir a métodos de terapia, los médicos deben buscar y las instituciones proveer senderos de diálogo que permitan renovación, auto cuidado, apoyo mutuo y reflexión.

Las asociaciones profesionales y las instituciones deben crear mejores condiciones de trabajo y aportar programas que promuevan la reducción del estrés, mejor calidad de vida, reflexión personal y auto protección. Esto último no se debe considerar como una opción sino como una obligación.

Estamos empezando a darnos cuenta que la humanización de la medicina depende en parte de la recuperación del humanismo de los médicos.

*The Lancet 2009;374:1414-1415. Comentario y resumen objetivo:

Dr. Ricardo Ferreira. Publicado en Intramed



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

ENVIAR
SERVICIOS POSTALES
480 73 53

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

Memoria viva.

Fotografías de un cardiólogo: entre la física y la medicina

V.A.

El doctor Carlos Romero se dedicó a la cardiología luego de un breve pasaje por la biofísica. La diversidad de sus intereses lo ha llevado desde las ciencias exactas, hasta la literatura. Dedicado a la fotografía manifiesta con gracia una “crisis vocacional” luego de jubilarse. Nos recibió en su departamento, diseñado por uno de sus hijos, dedicados a lo que Romero alguna vez soñó. Sin embargo no se arrepiente de una carrera que ejerció a través de la docencia y la Clínica.

¿Dónde nació y cuándo?

Nací en Montevideo, en lo que era el Sanatorio de Obreras y Empleadas en 18 de julio y Beisso, en el año 1939.

Es interesante porque nació en esa zona a pesar de que mis padres no vivían ahí. Después vivimos mucho tiempo en la calle Carapé y Acevedo Díaz, ahora se llama Monteroso de Lavalleja, a dos cuadras de donde nació. Muchos años después tuve un consultorio durante mucho tiempo a dos cuadras del mismo lugar, en 18 de julio y Cassinoni, en aquel momento Duvimioso Terra.

Mi vida transcurrió en esa zona, después fui a la escuela Perú, tengo un pasaje en primer año por las Dominicas. Era un colegio de niñas, pero había un primer curso de preparatorios, donde se admitían varones que vivían en el barrio o eran hermanos de otras alumnas.

Claro yo vivía en el barrio y mis hermanas mayores iban a las Dominicas. Tengo varios compañeros médicos que fueron a ese grupo y varios otros que después nos vimos en el liceo. Al terminar la escuela fui al liceo San Juan Bautista.

Todavía conservamos la amistad con los compañeros del liceo, y ahora que estamos casi todos retirados nos reunimos todos los miércoles a las 11 de la mañana en el Expreso Pocitos.

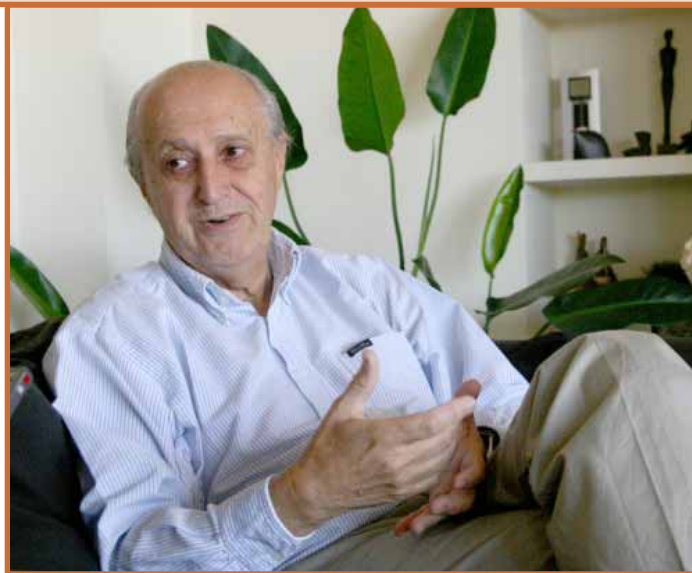
También tenemos reuniones más gastronómicas esporádicas, pero seguimos con el mismo espíritu que a los 17 años.

Mi idea inicial era hacer arquitectura, a último momento en cuarto de liceo cuando uno tenía que optar obligatoriamente cambié de orientación.

¿Por qué cambió de opción?

Realmente no lo sé, siempre estuve conforme con haber elegido medicina. Recién después de jubilarme tuve una crisis vocacional (risas).

Seguramente mi afición y mis gustos por las matemáticas y la física, por las ciencias exactas se han transmitido a



mis hijos. Tengo tres hijos varones, dos de ellos son ingenieros de sistemas y el otro es arquitecto. Siguieron lo que parecía predestinado para mí.

De todas formas cuando entré a la Facultad me vinculé rápidamente a la biofísica, donde hice mi carrera. El departamento estaba a cargo del profesor Carlevaro. Un referente muy importante en docencia y una personalidad desde el punto de vista universitario.

Paralelamente empecé a hacer la carrera médica, hice el internado y me vinculé a la cardiología. Después, en la época de la dictadura quede cesante en biofísica y cuando aflojó la situación ingresé como Grado 2 en cardiología.

Tuve la oportunidad al regreso de la democracia de volver a la biofísica, pero ya me había orientado hacia la clínica y seguí la carrera en cardiología.

Cumplí con las funciones de profesor de cardiología hasta el año 2004, al cumplir los 65 años.

En el Hospital de Clínicas además de las funciones propias de cardiología, fui el jefe del cuerpo médico.

¿Cuál es su visión del Hospital de Clínicas?

El Hospital universitario tuvo una época de esplendor que no conocí. Cuando empecé la clínica ya venía en franco declive, que se fue pronunciando cada vez más. Siempre con muchos problemas económicos, con un manejo administrativo difícil. Asistí a un deterioro muy marcado del Hospital de Clínicas, con algunas perspectivas, que en definitiva no terminan de concretarse. Un aporte de fondos de la Junasa, que está siempre por concretarse, no se termina de materializar.

¿Cómo incide esta situación en el trabajo de los médicos?

Es muy difícil el trabajo de los médicos, por las carencias que existen, los sueldos (ahora mejoraron un poco) que ganábamos eran muy bajos.

Es así que todo el mundo tenía su actividad laboral fuera del hospital y este funcionaba en teoría cuatro horas. La asistencia, las policlínicas, los servicios, de 8 a 12 de lunes a sábado, pero después se fue reduciendo.

Era admisible que todos los docentes jóvenes faltaran una vez por semana, porque tenían que hacer una guardia. Los sábados se dejó de concurrir en definitiva, los horarios eran más reducidos.

Naturalmente en un lugar donde se cobra muy poco, hay que tener una fuerte vocación de servicio para poder cumplir.

Pero indudablemente siempre hubo gente que dedicó el alma al Hospital de Clínicas, tanto desde el punto de vista de los médicos como de los funcionarios.

Esta situación, ¿incidió en la atención de los pacientes?

Sí, ya en la época en que yo estaba no había medicación para darle a los pacientes ambulatorios, esta era exclusivamente para los pacientes internados.

La gente tenía que comprar sus medicamentos, a veces la gente debía comprarse las placas enfrente para poder hacerse una radiografía.

Manejábamos mucho muestras que nos daban los laboratorios, pero naturalmente eso nunca era suficiente.

¿Qué es lo que más rescata de ese período?

Todo lo hice en el Clínicas, había otras posibilidades para hacer la clínica en el Maciel, el Pasteur, pero la hice en el Clínicas. De todas formas cuando me recibí en el año 1968 me vinculé a la cardiología y seguí hasta el 2004. El Clínicas ha sido toda mi vida académica.

¿Cuáles fueron sus referentes docentes en la Facultad?

El doctor Carlevaro en biofísica, después en la medicina fui interno del piso ocho, que estaba a cargo del profesor Purriel. Allí había un grupo de médicos excelentes; cuando

fui interno como docente tenía al doctor Gilberto Prat, entre otros, todas personas extraordinarias.

¿Por qué lo atrajo la cardiología?

Con Carlevaro escribimos, muy poco después de haber ingresado a biofísica, un trabajo para los estudiantes que se llamaba: "Las bases físicas de la electrocardiología", que lo hizo prácticamente todo Carlevaro, yo contribuí con el 20%.

Creo que a través de las bases de la electrocardiología fue que surgió mi vinculación a la cardiología.

Durante la dictadura cívicomilitar cuando usted estuvo fuera de la docencia ¿cómo fue su vida?

Dura, por un lado yo tenía mi sustento basado solamente en eso y el Casmu. Cuando me recibí, en aquella época todos entrábamos a trabajar en el Casmu, no había límites.

Así que mis ingresos venían de la Facultad y el Casmu. Lo sentí económicamente y profundamente desde el punto de vista afectivo.

De todas formas tenía algunos trabajos médicos, tampoco fue una catástrofe económica, fue mucho más lo afectivo y espiritual. Yo le dedicaba mucho tiempo al hospital, y la facultad era la parte más importante de mi vida.

Yo decía que el Hospital de Clínicas representaba el 20% de mis ingresos y el 80% de mis preocupaciones.

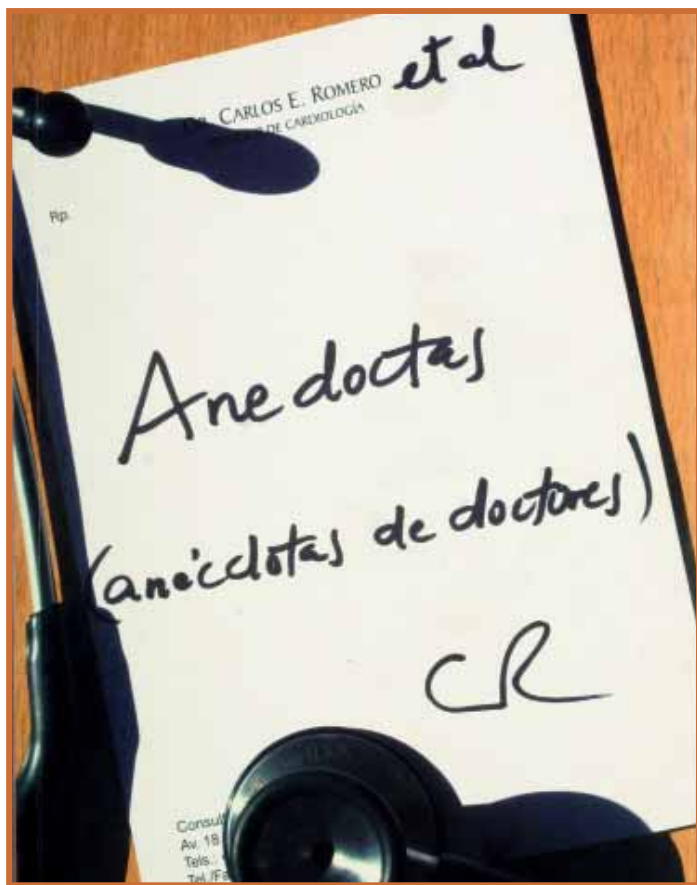
¿Cómo fue su trabajo en torno a la ética?

Trabajé en ética de la investigación cuando se realizan estudios clínicos que involucran a pacientes. Todos los aspectos que hay que cubrir para que se hagan en condiciones de respeto, que también tiene su paralelo a nivel animal.

Fue un trabajo bastante engorroso, porque se presentaban estudios internacionales multicéntricos que requieren un análisis muy profundo. Cuando estos estudios vienen propuestos por una multinacional han pasado por la aprobación de comités de ética muy severos.

Las exigencias son tremendas, pero teníamos que ver si eran adecuadas para nuestro medio en cuyo caso se podía llevar a cabo el estudio.





Si no tenía una razonable adecuación con las exigencias de nuestro país ese estudio no se podía realizar, es imposible modificar un protocolo que está funcionando en el mundo entero.

Este comité tenía un atraso muy importante, que hacía que muchas veces las aprobaciones demoraran meses, cuando estaba por finalizar el plazo.

Esta situación dificultó la inclusión de pacientes en los estudios multicéntricos, pero también era una garantía para nuestros pacientes.

En retrospectiva ¿qué es lo más rescatable del ejercicio de la medicina?

Creo que las máximas satisfacciones son a nivel personal, en la relación con los compañeros, siempre he tenido muy buen relacionamiento con mis colegas, con los profesores y alumnos.

Pero también en la relación con los pacientes, cuando en algunas circunstancias se puede lograr algún resultado favorable en cuanto a la salud, pero también con un fuerte componente en los aspectos humanos.

¿Luego que se jubiló quedó en contacto con algunos pacientes?

Sí, cuando ando caminando por la rambla me encuentro con decenas de pacientes. Esta es una zona (Pocitos) que tiene muchos pacientes abonados del Casmu y siempre me encuentro con alguno.

¿Cuáles fueron los tragos más amargos en el ejercicio de su carrera?

Lo más amargo estuvo en la vinculación con un acto médico que fue casual. En febrero del año 1985 estábamos en una playa de Punta del Este con mi señora que es médica, y que estaba con un embarazo casi a término.

Había un chico de 10 años bañándose a dos metros de la orilla. Una lancha pasa por allí con un chico haciendo esquí que se cae. La embarcación da la vuelta para recogerlo y en vez de hacerlo mar adentro, lo hace hacia la costa y atropella al niño.

Prácticamente le arranco una pierna y le produjo una herida en la cabeza con pérdida de masa encefálica. Intenté la reanimación del chico, masaje cardíaco, respiración boca a boca. Mi mujer, que un mes después dio a luz, estaba con una enorme amargura y me ayudó en la reanimación, hasta que llegó un móvil.

El niño en ningún momento tuvo respuesta, ninguna posibilidad de sobrevivir. Esa fue la experiencia más dura que he vivido. Fue terrible en todo sentido, muchas personas querían linchar al chofer de la lancha.

Ud también escribió dos libros: “Ane doctas” y “Así fue”, ¿cómo surgió la idea?

Sin haber tenido vinculación con la literatura y en base a una iniciativa que le planteé a un grupo de amigos de escribir anécdotas de la vida profesional.

Les propuse recopilarlas; muy poquitos escribieron, pero algunos me pasaron anécdotas y comencé a recordar y expresar mis neuronas. Así logré recoger una buena cantidad de anécdotas y le puse al libro: “Ane doctas”, un juego de palabras.

Cuando terminé de publicar ese libro, surgió otra recopilación de anécdotas, ya no doctas sino legas. Pensé llamarla Anelegas, pero era complicado, así que decidí cambiarlo por “Así fue”.

Esos dos libros fueron totalmente inesperados para mí, jamás pensé en escribir ese tipo de cosas. Tuvieron muy buena receptividad, excepto en los aspectos económicos. Ha sido una de las más grandes satisfacciones que he tenido.

¿Tiene algún otro proyecto de este estilo?

Sí, el primer libro no tenía título, en el segundo el título apareció cuando estaba en la imprenta. De este otro tengo el título pero no el contenido (risas).

“Historias de vida” sería el título, aunque no sé si será de vidas con v corta o historia debida, en el sentido que están en el debe.

La idea me surgió a partir de tres situaciones que vivió una amiga, que tuvieron un final feliz pero fueron tremendas. Empiezan en un campo de concentración y lo que hizo su padre para salvar a su familia.

Le propuse a ella empezar a escribirlo y me dijo que no lo quiere hacer. Esa semilla apenas la planté abortó, así que no sé que va a pasar. Capaz que empiezo a inventar algunas historias.

Algunas anécdotas que pueda compartir con nosotros

Me acuerdo de una relacionada a la línea 68, que era el viejo trolley en el que viajaba a la Facultad. Mucha gente viajaba en él y me acuerdo del día que ingrese a la facultad.

El docente nos recibió diciendo que “de los que están acá la mitad no pasa de año”.

Muy alentador...

... exacto (risas), tenía razón, aunque realmente no era una actitud muy alentadora para los que iban a estudiar.

Otra anécdota de las que más me gustó se llama “Pan marsellés”. De chico fui a Minas a la casa de unos parientes, nos sirvieron pan marsellés en el desayuno.

Siempre lo recordé, hace poco volviendo de un llamado pasé por una panadería vi pan marsellés y lo compré.

Pero sucedió que este pan no era como antes, no se si fue porque usé margarina light en vez de manteca, porque lo acompañé con café instantáneo y no con café de verdad, o porque la leche era descremada y no entera.

O porque lo endulcé con sacarina y no con azúcar, o porque hace 60 años yo tenía toda una vida por delante y hoy tengo toda una vida por detrás (risas).

Otra anécdota que me gusta fue la que conté en una conferencia en el policlínico del Casmu 2, el doctor Fiandra a propósito de los implantes de marcapasos.

Antes que estuvieran disponibles los marcapasos comerciales, unos médicos desarrollaron un sistema para estimular el corazón de un paciente que tenía un ritmo muy lento, estimulando los 78 ciclos por minuto, una frecuencia muy adecuada.

¿Cómo lograban esa frecuencia? con un tocadisco de 78 revoluciones por minuto, cada vez que el disco daba una vuelta hacia un contacto y descendía.

Resulta que el paciente era un jugador de ajedrez muy hábil, los médicos que tenían que estar controlándolo permanentemente jugaban al ajedrez, y el hombre siempre les ganaba. ¿Qué hicieron?, pusieron el tocadisco a 33 revoluciones, y entonces solo ganaban ellos.

En el otro libro, “Así fue”, lo más ingenioso, es un cuento que sucedió en una zona de Canelones.

Estaban en un boliche de campaña, había dos personas tomando alcohol en cantidades abundantes, en determinado momento el dueño del lugar les dice que la batería está cargada.

Salen tambaleando, llevan la batería, la colocan y cuando van a salir del boliche todo el mundo quedo a la expectativa para ver como iban a manejar.

Van a salir del lugar y en vez de salir para adelante el camión sale para atrás y se caen en una cuneta. Uno de ellos dice: “pero que hiciste animal, pusiste la batería al revés”.

También tengo varias historias de mi familia, una rama llamada Aguiar que son de Treinta y Tres y de Cerro Largo. Eran tipos distraídos y pintorescos, cuyas historias se han ido pasando de unos a otros en la familia.

¿A qué se dedicaban sus padres, como se llamaban?

Mi padre era bancario, se llamaba Carlos igual que yo, para mí fue un modelo de rectitud, un hombre muy trabajador, siempre estaba trabajando, pero además de tener su empleo en el banco, llevaba contabilidades.

Mi madre fue ama de casa, se llamaba Juana Berta, pero todos le decían Yeya. Murió a los 93 años en 1997.

Mi padre murió más joven a los 67 años, cuando él murió yo tenía 30 y decía “bueno 67 años, ya vivió bastante”, pero ahora que estoy ahí, no lo veo así (risas).

Ahora que está jubilado, ¿tiene interés por hacer otras cosas además de escribir?

Esto ha sido una aventura inesperada. He tenido bastante afición por la fotografía, hice un curso en el Foto Club del Uruguay. En los libros aparecen fotografías que son todas mías. Después sigo muy vinculado a actividades que tienen que ver con la cardiología.

Soy el editor de la Revista Uruguaya de Cardiología, fui el primero cuando se fundó en el año 1986, estuve como diez años en ese puesto. Mi segunda etapa fue el año pasado cuando ingresé nuevamente como editor. Me lleva mucho tiempo.

Además integro la comisión de acreditación de actividades de educación médica continua, de la Escuela de Graduados, en dónde también cumplo una actividad que insu-me una reunión semanal, todos los miércoles.

A eso le estoy sumando la afición por la fotografía, los miércoles nos reunimos a las 9 de la mañana, entre esa hora y las 9:15, (según como estén los ascensores del Clínicas ese día).

Nos reunimos en el piso 20 y desde ahí hacia el sur tenemos una visión directa del Estadio Centenario. En algún momento me empezó a llamar la atención cómo la sombra de la torre de los homenajes, se iba proyectando en distintas zonas de la cancha en el transcurso del día y el largo de la sombra depende de la época del año.

Todos los miércoles a esa hora saco una foto desde la misma posición, voy a ver si monto un panel con todas las fotos a lo largo de todos los miércoles del año.

Hay fotos que revelan distintos momentos de la vida del Estadio, hay una donde están montando el escenario donde actuarían Los Olimareños.

Hay otra sacada el miércoles que Uruguay perdió con Argentina, cuando parecía que iba a ganar, cuando estaban montando las redes.

Una opinión que importa.

Tecnología PET: encontrar la aguja en el pajar

V.A.

El doctor Henry Engler, director del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (Cudim), está abocado a la instalación de una nueva tecnología (PET) que significará un avance significativo en la precisión del diagnóstico, pero también en la investigación.

Entre Uruguay y Suecia el científico fluctúa entre "la patria y su casa" esperanzado en una técnica que todavía está en pañales.

¿Cómo evoluciona la construcción del Cudim?

La construcción marcha como estaba estipulado. La inauguración estaría para el 17 de marzo del 2010. El 18, 19 y 20 de ese mes tendremos una conferencia internacional con las más importantes personalidades del PET (Tomografía de Emisión de Positrones) a nivel mundial y sudamericano.

Suponemos que el 20 cerraremos la instancia con una fiesta donde pediremos el Auditorio del Sodre, para un evento musical. Reuniremos la ciencia con la cultura, dos cosas que tienen que ir de la mano. Vendrán científicos de Estados Unidos, Inglaterra, Suecia, investigadores que pusieron el PET en el tapete, también llegarán desde China y Japón.

¿Cuál es la funcionalidad del ciclotrón, que llegó hace poco tiempo a nuestro país?

Es el centro de la técnica PET, permite acelerar partículas y crear radio nucleicos. El bombardeo de protones acelera y genera un enorme campo electromagnético, esas partículas impactan en un blanco y crean los radio nucleicos.

A partir de ahí se hace una síntesis química para poner radionucleicos dentro de una molécula, y luego inyectamos esa molécula para seguirla en el cuerpo y detectarla con las cámaras del PET.

¿Uruguay va a estar en la delantera con esta tecnología en la región?

Brasil y Argentina tienen ciclotrones, lo que se ha desarrollado en el 99% de los centros es el marcado solamente con azúcar. Esta es consumida en gran forma por los tumores; se inyecta azúcar radioactiva en el cuerpo y se puede ubicar con facilidad el tumor.



Una imagen anatómica de una tomografía computarizada para encontrar un pequeñito tumor de 2 milímetros, es muy difícil, realmente una empresa de gigantes, es buscar "la aguja en el pajar". Sin embargo con el PET tenés el fondo de un color y el tumor con otro.

¿Esta tecnología es imprescindible hoy en día?

Sí, pienso que los países que no lo tienen están en lo oncológico, con una desventaja tremenda. Hicimos un simposio en la Universidad donde se presentaron un montón de trabajos científicos, tendientes a colaborar tanto con el Instituto Pasteur como con el Instituto Clemente Estable, como investigadores privados en nuestros proyectos.

Los científicos han pensado mucho en la utilización del PET, eso nos dio mucha alegría y esperanza porque hay gente muy capaz en Uruguay.

Luego nos invitaron a un Congreso de Medicina Interna, que se hizo aquí y vino un invitado de Buenos Aires que presentó de forma muy clara que en determinados tipos de cánceres, entre 3 y 6 de cada 10 pacientes que tienen cáncer, pudieron haber recibido otro tratamiento si se les hubiera hecho el PET que vamos a tener.

Estamos planteándonos que cerca de la mitad de los pacientes con cáncer, reciben un tratamiento que no es el adecuado, o sea que la importancia del PET es enorme y no se puede ocultar.

¿Mucho más en un país con una alta prevalencia de patologías oncológicas como el nuestro?

Claro, los países ya no pueden estar sin esta técnica. Si fuéramos un montón de años para atrás en la época que apareció la tomografía computarizada y siguiéramos

diciendo que no porque teníamos los rayos X, imagínate. Caemos en ese absurdo.

Tenemos que tener mucho cuidado, porque lo que abre la técnica es un campo donde la frontera es la imaginación.

¿También la incorporación de la técnica puede generar abusos?

Sin lugar a dudas, es como la moda, aparece la técnica y todo el mundo se va a querer hacer un PET. Lo que no es para nada recomendable.

La misma estará bajo la responsabilidad de los médicos que sepan sobre esta técnica para poder ir filtrando su uso. Ahora, si hay una propuesta médica con una millonésima posibilidad de que el PET pueda ayudar, pienso que hay que hacerlo.

Pero si vas a tener mejor resultado en una resonancia magnética o un ultrasonido, ¿para qué te vas a hacer un PET?, ahora si eso no funciona entonces discutiremos de vuelta.

Este método también obligará a reclasificar las enfermedades. Las demencias deben ser clasificadas, ahora es más cómodo decirle a todo que es Alzheimer y hemos visto que muchas cosas que se llaman así son otro tipo de demencias.

Si no hay amiloides en el cerebro no se puede hablar de Alzheimer. Para mí un paciente que es negativo a esta sustancia que tenemos no puede tener Alzheimer.

¿Con el parkinson pasa algo similar?

Con el PET podemos hacer una diferenciación fantástica, incluso empezar a hacer un diagnóstico fino entre diferentes tipos de degeneración. Esto permitirá diferenciar los pacientes y los tratamientos.

Con esta técnica también se abre un capítulo de investigación. Por ejemplo en el campo de la neurociencia, relacionada a las enfermedades degenerativas, ¿qué nos puede decir acerca de eso?

Hoy la posibilidad que tenemos con esta tecnología es infinita. Todavía no se lo ve, el mundo se maneja con el gastobeneficio, parece muy ciego.

La comodidad también influye. Los centros PET alrededor del mundo hacen lo más cómodo: introducen azúcar y ese es el caballito de batalla, a tal punto que hay gente que dice que el PET no puede hacer tal cosa y eso no es así.

Se empieza a confundir el azúcar con el PET y eso es muy grave. En Upsala tenemos 150 trazadores para marcar diferentes procesos en el cuerpo. Lo que el azúcar no puede hacer hay que buscar la manera de hacerlo con otros trazadores.

Tenemos un arsenal de cosas que no están en Brasil, ni en Argentina. Pero como nosotros comenzamos, Argentina

no quiere perder el ritmo y recibe su ciclotrón dentro de un mes. Se han dado cuenta que la cosa va por otro lado y no se han dormido en los laureles.

¿Qué es lo más importante del ciclotrón?

El ciclotrón produce carbono once, un radioisotopo número 18, oxígeno y nada más. Produce determinado tipo de radioisotopo. Luego la parte química es la que se desarrolla, y en eso Upsala es punta a nivel mundial, y lo tendremos aquí.

Lo más importante de todo es la química, tener químicos que reciben el pedacito de sustancia radioactiva y lo mete dentro de una molécula. Esa es la clave.

Cuando se conoció esta tecnología, se maneja incluso la posibilidad del Premio Nobel

Creo que ese tema estuvo más a nivel de la prensa. En el 2002 cuando nosotros inyectamos la sustancia y estuvimos en el tapete me acuerdo que la CNN de Londres publicó un artículo muy importante que decía "El futuro dirá cuán importante es esta tecnología".

Necesitamos un tiempo para demostrar que lo que encontramos es sumamente importante. Esto ha hecho cambiar las ideas sobre la enfermedad de Alzheimer. Lo que se pensaba hay que recapitularlo, pensarlo de vuelta.

¿Específicamente de que hablaba ese trabajo?

Cuando publiqué el segundo estudio (en el primario por primera vez hablamos de la imágenes con amiloides), hace dos años, sobre el seguimiento de los pacientes, planteamos que el amiloide se acumulaba muy rápidamente y posiblemente en edades tempranas y luego durante 10 a 15 años se mantenía.

Obviamente el trazador comienza a tener una enorme importancia como para poder detectar esto antes de que aparezcan síntomas y focalizarse al principio en pacientes con herencia de Alzheimer.

¿Qué otro tipo de trabajos se van a realizar con el PET?

Vamos a tener investigación preclínica, nuevos fármacos. Trabajaremos con las Facultades de Ciencias, Ingeniería, Química y Medicina.

¿En marzo comienzan con los primeros pacientes?

Esperamos que sí, pero a ritmo de carreta, en junio/julio vamos a tener otro perfil.

Esta tecnología, ¿estará habilitada para todo el sistema de salud?

La idea es que sí. Todavía está bajo estudio el tema del financiamiento, se ha planteado un fondo para eso.

En su momento la inclusión del PET generó discrepancias, e incluso se mezclaron temas políticos y judiciales ¿cómo vivió esta situación?

Fue decepcionante y desgastante, implicó en un momento donde estábamos con una enorme cantidad de esfuerzo, tuvimos que limitarnos a defendernos de acusaciones.

La cantidad de documentos y papeles que hay que presentar implica un trabajo enorme, a nosotros nos sacó de la concentración que teníamos. Lo definiría como un palo con cabeza de fierro en la rueda.

Es lamentable que las cosas salgan así, en Suecia pienso que esto no hubiera ocurrido, porque cuando alguien acusa de algo tiene que tener pruebas, si no es así hay que pagar una enorme cantidad de dinero.

Si acá fuera así creo que se pensaría dos veces antes de tirar acusaciones. La situación implica que hoy, voy a un juzgado y digo que fulano tiene un arsenal en su casa y lo dan vuelta para ver si tiene algo. Y no presento la más mínima prueba de eso.

Hay un defecto en el sistema que es preocupante. El que vaya a comprar mañana tendrá que optar entre las empresas, pero se van a limitar, no van a comprarle a uno solo, van a tener que comprarle a los tres para tener paz. Pagarán diez veces más, pero van a quedar tranquilos, ¿ese es el mensaje?.

¿Es una especie de aviso para que otros no hagan lo mismo que ustedes?

Supongo que sí, además cuando empezamos ya nos avisaron: cuidado con la decisión que vayan a tomar.

Ud, en lo personal ha vivido momentos peores que este.

Sí, claro.

Ud dijo en un documental, que durante la dictadura en la cárcel estuvo al borde la locura.

Lo más positivo de mi estadía en la cárcel fue el desarrollo de la intuición. Es muy difícil de definir.

Pienso que es una capacidad rápida de entender fenómenos que aparentemente no tienen ninguna conexión entre ellos y rápidamente ver cual es el hilo que los conduce.

Esa intuición me llevó a ver lo que era el PET.

Una vez estaba con un cirujano y este me dice que se enteró que me iba para Upsala a trabajar con el PET.

¿Vas a matar ratas con los chinos? me preguntó. La idea que había del PET era de un montón de chinos matando ratas con un aparato de radioactividad.

Ahí jugó la intuición, vi que era un poco más que eso, sin embargo todavía no tenía el peso que hoy tiene.

Cielorrasos - Revestimientos
Zócalos sanitarios

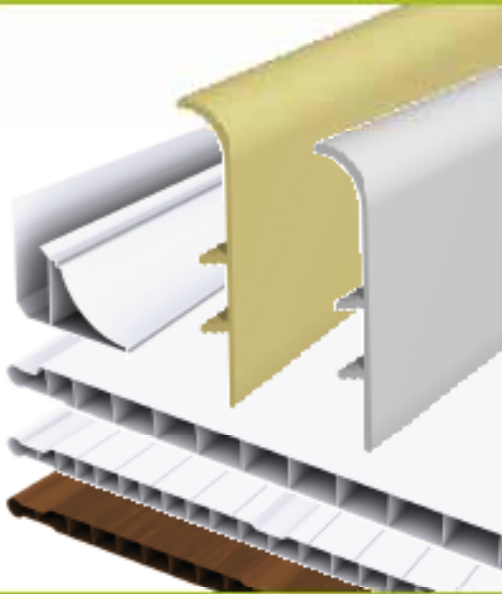


Puertas plegables y más
TODO EN PVC



APROBADAS PARA
SECTOR HOSPITALARIO
Resolución: RDC 50/2002
ANVISA BRASIL

- Productos con calidad ISO 9001 - 2000
- Fáciles de limpiar (agua y jabón neutro)
- Inmunes a termitas, hongos y corrosión
- Fáciles de instalar
- Totalmente resistentes a la humedad
- No propagan el fuego
- Material reciclable



Show Room: Yí 1579 - Montevideo - Uruguay / Telefax: 901 8036 / Cels. 099 608066 - 099 217715
e-mail: mbi@adinet.com.uy / rbuscio@adinet.com.uy / web: www.mbicaza.com

¿Es una técnica que todavía está en su niñez?

Sí, en Uruguay con este proyecto llegaremos a la juventud. Nuestros nietos y bisnietos van a ver la parte adulta del PET, algo que no me puedo imaginar. Porque la realidad en general va más lejos que la fantasía.

¿Por qué retornó a Uruguay?

Qué pregunta, hay una parte de definiciones que son bravas, de repente las digo, aunque había pensado en no decirlas.

Uruguay es mi patria y Suecia es mi casa, entonces me divido entre mi patria y mi casa. Sin embargo con todo esto que pasó con el Himno en el día del partido (con Costa Rica), cuando cantaron el himno en forma de murga y se empezó a hablar de la patria, empecé a preguntarme de qué patria estábamos hablando.

Hay una patria que es la del fusil y la bandera, de los cuarteles. Hay otra que es la gente, y no tiene nada que ver una con la otra. Para mí la patria es si la bandera y el himno representan a la gente.

Si el himno se canta con una enorme emoción representa a los uruguayos.

Ahora, el concepto de la patria como una entidad que responde a los intereses y que en su nombre se puede hacer desaparecer a la gente y tratarlas como si fueran cosas ya no es la misma patria de la que estamos hablando.

Yo vuelvo al Uruguay porque es mi patria, por la gente.

¿Cómo vive estos momentos previos a la elección, donde un compañero de militancia puede ocupar la Presidencia de la República?

La realidad es mucho más increíble que la fantasía. En 1986, cuando nos liberaron, pensar que Lucía Topolansky iba a tener más votos que todo el partido blanco era impensable.

Esto abre posibilidades increíbles, porque Pepe es una persona sumamente inteligente, un intelectual. Los que piensan que Pepe es bruto están equivocados, él debe haber leído 50 mil libros más que yo.

En toda su época en la prisión se leyó toda la historia de Uruguay de cabo a rabo. Las apariencias engañan, el que tenga al Pepe por una persona burda porque se expresa de esa manera, se equivoca.

Pepe entendió el proyecto del PET desde el comienzo, ¿sabés lo que me dijo cuando nos encontramos por primera vez después de mi venida a Uruguay? Si no desarrollamos la ciencia terminaremos como los peores países de África.

Es para mí una alegría saber que vamos a tener viento a favor no solo para la ciencia y esta juega un enorme papel. Desde Uruguay podemos influir en el resto de Latinoamérica, tratando de que Paraguay, Bolivia, Ecuador y Perú, tengan esta técnica. Es importante crear lazos entre los países, focalizarlos en la gente, porque al fin y al cabo Latinoamérica es nuestra patria también.

¿Sería bueno entonces exportar esta tecnología a la región?

Es imprescindible, queremos ayudarlos con conocimiento e información.

¿Desde Upsala?

Upsala ya está aceptando el rol de guía y nos van a apoyar enormemente en esta tarea.

¿Ud, va a estar radicado acá o entre Suecia y Uruguay?

De ida y vuelta, si me radico aquí perdemos ventaja y eso no me atrae.

TU BIENESTAR ES EL MOTIVO QUE NOS UNE



Caja de Jubilaciones y Pensiones
de Profesionales Universitarios

Andes 1521
TELÉFONO: 902 89 41
www.cjppu.org.uy

La revolución de 1904, y un abrazo en la frontera

Dr. Carlos Etchegoyhen

In memoriam Dr Rubens Esperón.

En 1898 John Luther Long, un abogado de Philadelphia, inspirado en ciertos datos que le habría brindado su hermana, casada con un misionero residente en Japón, escribe una novela para la Century Magazine en la que trata del desventurado amor de una joven japonesa por un oficial de la marina estadounidense. Durante un tiempo ambos conviven como marido y mujer, pero él la deja y se va a su país sin saber que ella quedó encinta de esa relación; cuando el marino vuelve a Japón, casado con otra mujer, y sepa de ese niño, se lo llevará consigo: no se sabrá más nada de su madre. Long llamó a esa historia de amor y traición *Madame Butterfly*.

Apenas dos años más tarde, el 5 de marzo de 1900, el exitoso autor y director teatral de Broadway, David Belasco, pondría en escena su versión de la obra de Long, con algunas modificaciones significativas –como finalizar la obra con el suicidio en escena de la protagonista, por ejemplo–, en el Herald Square Theatre de New York, logrando singular apoyo del público y muy buena recaudación. Al mes y medio estrenó la obra en Londres, y también con el teatro



colmado, noche a noche, durante más de sesenta representaciones. En una de esas oportunidades la vio Giacomo Puccini, de gira por Inglaterra, quien no obstante no saber prácticamente nada de inglés quedó atrapado por la escenificación de esa tragedia de amor, traición y muerte. Ahí mismo el conocido compositor solicitó al dramaturgo los derechos para hacer su propia versión, operística: su editor, G. Ricordi, recién lograría adquirirlos un año más tarde.

El drama de Belasco era un solo acto, largo, pero los libretistas de Puccini –L. Illica y G. Giacosa– creyeron mejor libretarla en tres actos, lo que Puccini no parecía aceptar: pero al fin transó y se hizo en dos. Puccini, tras casi tres años de episodios difíciles de su vida –un accidente automovilístico con severos traumatismos, el suicidio de su joven enamorada, una profunda tristeza, más una severa crisis conyugal con posterior reconciliación– terminó de musicalizar el argumento el 27 de diciembre de 1903. La ópera se llamó *Madama Butterfly*, y fue estrenada el 17 de febrero de 1904 en el teatro Alla Scala de Milán, con Rosina Storchio como Cio-Cio-San, la protagonista.

Giovanni Pozza, del Corriere della Sera, dirá: “El largo primer acto – ¡es demasiado largo! – fue escuchado con gran frialdad. A su fin, sólo aplaudió un reducido sector del público, pero la mayoría trató de acallar las ovaciones [...] Después de que los cantantes tuvieron ocasión de presentarse frente al telón, salió al escenario el maestro Puccini apoyado en un bastón –la fractura de su pierna no ha curado aún... Y en ese instante pareció caer sobre su persona un odio incomprensible y una feroz violencia.”¹

Ramelda, hermana de Puccini, escribió a su esposo –esa misma madrugada, insomne– que “no entiendo como pudimos soportarlo tanto tiempo. No escuchamos casi nada del segundo acto y antes del final huimos desprovistos del teatro. ¡Qué público tan repugnante, ruin y maleducado! ¡Ni el menor vestigio de respeto! [Giacomo] Está convencido de haber creado una buena obra y tiene fe en que encontrará la manera de enmendarla. [...] ¡Maldita sea la hora en que se empeñó en presentar su ópera en la Scala!”²

1 Pahlen. Kurt, König. Rosemarie, - Introducción y comentario al libretto de “Madama Butterfly. Giacomo.

2 ídem, p 238

Puccini dirá, años más tarde, a su amigo Arnaldo Fraccaroli que aquel “¡Fue un día terrible! La derrota me hirió profundamente hondo, porque me sorprendió inermemente. No la esperaba en absoluto. Sin embargo capeé el temporal que se desató con una fe inflexible en mi obra. Amaba demasiado a esa criatura mía, como para creer en la justicia de un juicio tan hiriente y ultrajante.”³

Por fortuna el compositor modificó algunos aspectos de la obra: aligeró los temas y sus tiempos, en lugar de dos actos la hizo en tres, suprimió escenas, acaso algunos parlamentos y también personajes menores. Y decidió reestrenarla pronto, en Brescia, con Salomea Kruscenytska en el rol protagonista. El éxito fue total, definitivo.

Rosina Storchio, quien interpretó por vez primera a Cio-Cio-San, y de manera sublime, decidió que tras aquel bochornoso día de estreno en Alla Scala, nunca más volvería a interpretar a Madama Butterfly en Italia: no lo merecían, sentenció. Sí lo haría, en junio de 1904, y con la dirección de Arturo Toscanini, en el Teatro Colón de Buenos Aires. Y en el resto del mundo.

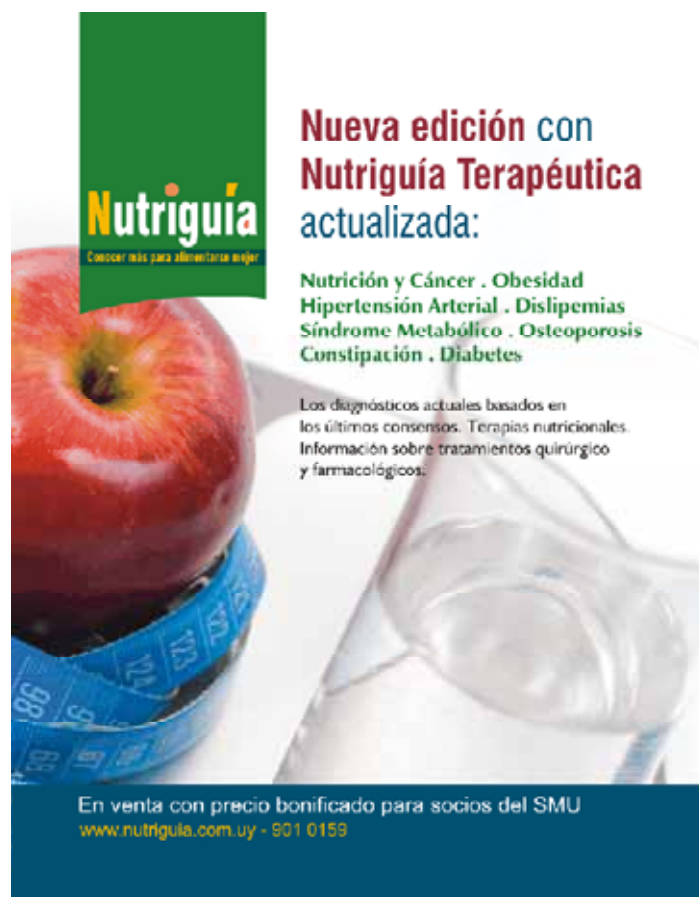
Así, apenas dos meses más tarde, el 25 de agosto de 1904, se estrenaba Madama Butterfly en el Teatro Solís de Montevideo, con un lleno total. Y eso que la compañía había tenido sus serias dudas de venir a Uruguay, ya que sabían que el país se debatía en una guerra civil que enlutaba a la nación. Pero al fin decidieron cumplir con el compromiso contraído y se presentaron ante el público montevideano, y tuvieron un destacado, insospechado éxito. Y con Rosina Storchio como Cio-Cio-San.

*

A raíz del gran suceso es que Francisco L. Sambucetti, figura eminente del Instituto Verdi, y director de una publicación prestigiosa, reflexionaba con amargura:

“... Nuestra sociedad no se siente herida por las desgarraduras que el país sufre. Acaban de verificarse tres temporadas teatrales, con precios subidísimos, y cada representación ha acusado un lleno completo.

Primero Zacconi, luego Novelli, y ahora la compañía de ópera de los empresarios Nardi y Bonetti, han atraído sucesivamente la atención de nuestro público en forma verdaderamente notable. Alguien nos dirá que estos éxitos –para nosotros incomprensibles– tienen su explicación en la talla de los artistas que nos han visitado.



Pero nosotros no participamos de esa opinión, sin desmerecer en lo más mínimo la autoridad artística de los distinguidos intérpretes llegados últimamente [...]

En momentos en que el espíritu debiera estar retraído, con la mirada fija en esos millares de hombres –que son acaso nuestros padres, nuestros hermanos o nuestros hijos– en su marcha por la campaña, vamos a suscribirnos a temporadas teatrales, a precios carísimos, cuando la Junta Central de Auxilios y la Cruz Roja Uruguaya carecen de recursos para la asistencia de heridos [...] No vamos a pretender que la sociedad se condene a la vida del ermitaño, en razón de la actual situación; pero sí que su corazón palpite al unísono del de nuestra desgraciada patria.”⁴

**

Coincidiendo con esa apreciación di Candia dirá que, en ese entonces, había gente en Montevideo “cuyas zozobras cotidianas no incluían el verse inmersa en luchas fratricidas. Otras y más frívolas habían sido hasta ese momento las preocupaciones de los casi 300.000 montevideanos. Por lo menos las de quienes integraban las minorías que se repartían

las parcelas del poder, ostentaban el privilegio de votar porque sabían leer y escribir, tenían dinero y conocían de cerca los avatares siempre azarosos de la vida política. Los grandes temas podían ser los ecos de la primera presentación en el país de Arturo Toscanini”, o bien el estreno de *Madama Butterfly*. Al tiempo que el pueblo peleaba y moría: en Mansavi-llagra, Illescas, Fray Marcos, Paso del Parque, Tupambaé...⁵

“Tupambaé es considerada con justicia la batalla más enconada, larga y sangrienta de nuestra historia. Durante tres jornadas, hasta agotar sus municiones, 15.000 revolucionarios (de los cuales sólo una cuarta parte tenía armas de fuego) se enfrentaron a casi 3.600 soldados gubernistas mucho mejor pertrechados y con una provisión de balas que superaba en varias veces a la de sus enemigos” – sentencia di Candia.⁶ Y precisa “el tremendo recuento de las bajas”: 111 muertos y 765 heridos entre los colorados, según el Dr. Alberto Eirale, médico gubernista; 178 muertos y 795 heridos los blancos, según José Monegal.

Poco días más tarde, justo cuando Sambucetti se do-
lía por la escasa sensibilidad hacia la dramática contienda por el público del Solís –en rigor las clases poseedoras, sus personeros-, en campos de Masoller se libraba la última batalla. Ese día el jefe revolucionario, Gral Aparicio Saravia, junto a su abanderado Germán Ponce de León, y montando su caballo tostado, de poncho y sombrero claros, alentaba a su vanguardia: dos balas rozaron anca y paleta del fle-
te, y una tercera –certero plomo de Máuser Dovitis- atravesó el vientre del General, de atrás adelante, y de izquierda a derecha. Aparicio resultó herido fatalmente.

5 di Candia. César, - *Los años del odio*, Col. Búsqueda, Ed. Fin de Siglo, Mvdeo, 3ª edición, 1994, p 241.

6 ídem, p 264



Sanidad Militar del Ejército Revolucionario. Sentados: Dr. J. Ponce de León, Dr. A. Lussich, Dr. Alfonso Lamas, Dr. Eduardo Lamas, Dr. Juan B. Morelli. De pie: Uriarte, Uri, Muñoz, Dr. Olivera, Capilla, Arrambide, Lema, Cicao. Fotografía tomada del libro Aparicio Saravia. Las últimas patriadas, de Enrique Mena Segarra (EBO, 2004).

Debe rescatarse que, a la hora de la contienda, y del dolor, no todo era insensibilidad: varios médicos, y practicantes, ofrecieron voluntariamente sus esfuerzos y conocimientos en la atención de los combatientes, acompañando muchas veces a los revolucionarios en las diversas peripecias de la lucha: siendo heridos a veces ellos mismos, o bien apresados y maltratados, y acaso reclusos en la Isla de Flores.

Al caer Aparicio lo sostuvo en sus brazos Arrillaga, y rápidamente fue atendido por el joven médico Alejo Martínez y el practicante Trotta, quienes le brindaron los primeros auxilios. A breve plazo, y cerca de ahí, lo asistió otro médico saravista, el Dr. Arturo Lussich, quien le aplicó láudano para mitigar su creciente dolor. Y fue él quien lo acompañó hasta lugar seguro, en la frontera, para seguir asistiéndolo. En pocos días el paciente instaló una peritonitis, y se le agregó luego una bronconeumonía: empeoró.

En 1984 ante un grupo de alumnos, el Prof. Dr. Julio Rosa Dotti rememoraba, minucioso, un episodio conexo de merecido destaque: el Dr. Lussich, ante la creciente gravedad de su paciente, optó por llamar en consulta al Dr. Luis Mondino, médico gubernista, de la vanguardia del ejército del Gral Pablo Galarza. El Dr. Mondino, en un gesto de solidaridad y ética profesional, se dirigió hacia la frontera y se presentó en el campo revolucionario. Allí ambos galenos valoraron la penosa situación del paciente, las serias limitaciones para implementar ninguna otra medida o gesto terapéutico, y coincidieron ambos en el reservado y sombrío pronóstico del caso. A media tarde se despidieron con un abrazo, y el Dr Mondino retornó a filas del ejército.

El 10 de setiembre de 1904, en estado comatoso y delirando, el Gral Aparicio Saravia, el “Cabo Viejo” de Passo Fundo –aquel que pretendía “la dignidad arriba y el regocijo abajo”– dejó de existir en la estancia gaúcha de doña Luisa Pereira de Souza.

El Presidente electo por el Partido Colorado y la minoría blanca liderada por Eduardo Acevedo, don José Batlle y Ordóñez, era el vencedor de la hora: al fin lograba unificar al país, y consolidar su dominio. Cuando la noticia de la muerte del jefe revolucionario llegó al Presidente, éste dijo, créese que conmovido: “¡Pobre gaucha!”

Las fuerzas vivas de la nación, a las que aludía di Candia –¿o los vivos de la fuerza?, sugeriría El Hachero –seguirían, largo tiempo, mostrando una particular sordera al clamor de los más doloridos, y exhibiendo en oportunidades un indignado desdén ante cualesquiera de sus conquistas. Impiadosos. No obstante ello la solidaridad con el prójimo, y una ética que consagra y promueve los derechos de los más necesitados, siguieron abriéndose camino. Y logrando más adherentes, claro.