

Editorial

Las elecciones Universitarias se encuentran próximas y el SMU se presenta a las mismas renovando su compromiso con nuestra casa madre. Nuestra visión como egresados es de suma importancia, aporta el complemento necesario el de los médicos ejerciendo su profesión. Traigo aquí las palabras de un colega militante sobre el rol de los egresados en el cogobierno Universitario “el sentido de la participación de los egresados viene dado porque los profesionales en actividad deberían traer a la institución que los formó y de donde egresaron (la universidad) los problemas, las fallencias y las dificultades que tienen para ejercer la profesión y con ello proponer los cambios necesarios para mejorar permanentemente. Una suerte de retroalimentación positiva”

Quienes nos representen deberán tomar en cuenta la responsabilidad mencionada. La retroalimentación debe generar en la Academia las preguntas necesarias sobre cómo la Facultad está influyendo en los estudiantes y futuros médicos. Los egresados tenemos la responsabilidad de aportar a la discusión y buscar definiciones Institucionales que vayan en la dirección que la realidad precisa. Estaremos atentos a las definiciones que en este sentido

manifiesten quienes se postulen para dirigir los destinos de la Universidad y la Facultad.

El Sistema de Salud requiere de cambios profundos en distintas áreas, un cambio en el modelo asistencial. Dos aspectos son los que queremos mencionar. El primero tiene que ver con la necesidad imposterable de reivindicar nuestro aporte asistencial en el ámbito universitario y a través de ello jerarquizar el ejercicio profesional de la medicina. Los médicos que pertenecen a las distintas clínicas y servicios de la Facultad de Medicina realizan tareas de docencia, investigación, extensión y asistencia dentro del ámbito público. Reivindicaremos fuertemente la equiparación con los salarios alcanzados en el acuerdo médico con ASSE para todos los médicos docentes con tareas asistenciales. Esta reivindicación no sólo alcanza a la futura renegociación del acuerdo médico sino que incluye la discusión dentro de la propia Universidad y su presupuesto. También la Universidad debe entender esta situación que nos diferencia.

Alcanzar metas como la desaparición del multiempleo también necesita señales desde la FM. Fidelizar a los docentes y aumentar el tiempo de dedicación debe convertirse en una

posibilidad cierta también para los médicos que se desempeñan en ese ámbito. Ello no es posible si seguimos manteniendo diferencias como las que hoy existen.

El segundo aspecto tiene que ver con la formación de recursos humanos. En primer lugar poder avanzar en la descentralización de la enseñanza universitaria y tener una Universidad de la República para toda la República. Comprometernos con la igualdad de oportunidades y contribuir a derribar los límites territoriales que hoy existen para poder acceder a la Universidad. El SMU ha tenido un rol importante en lo que tiene que ver con la ampliación de los cursos en Salto y deberá realizar los máximos esfuerzos para que ello pueda hacerse realidad.

En segundo lugar discutir la planificación de la formación de médicos y especialistas. Dar respuesta a la incambiada masificación que se mantiene en las aulas de la FM y en los Hospitales sigue siendo materia pendiente. ¿Cuáles son las bases que sustentan el ingreso ilimitado a la Facultad de Medicina? No nos afiliamos a que no es competencia de la Universidad analizar dichos aspectos ni la repercusión que ello tiene en el ejercicio de la profesión médica. Se alega que el mercado laboral es ajeno a



Dr. Julio Trostchansky

los aspectos que hacen a la Universidad. Preguntamos si es lógico que la propia Universidad regule el mercado laboral de la manera que hoy lo hace, altere y en muchos casos pauperice el mismo a través de una salida de médicos en un número tal que expone a los colegas a que el trabajo médico se devalúe y que muchas veces se trabaje en condiciones no adecuadas por la permanente posibilidad que otro ocupe el lugar que uno deja.

Se hace necesario seguir transitando por aumentar la cantidad de estudiantes universitarios pero también responsabilizarse por los recursos que se gastan porque no sólo médicos deben formarse en el área de la salud. Tenemos escasez de Licenciadas en Enfermería en nuestro país, áreas técnicas que hoy tienen un déficit notorio y seguimos insistiendo con el ingreso ilimitado. Debemos tener en cuenta entonces las necesidades del país, dar cuenta a la sociedad del porqué tomamos ciertas decisiones, y responsabilizarnos por los aspectos sanitarios que competen a la formación de los recursos en salud por los para los próximos años.

Evolución del salario real de los médicos en ASSE

Ec. Luis Lazarov

INTRODUCCIÓN

En la edición de la Revista Noticias N° 152 de setiembre de 2009 analizamos la evolución del salario médico en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En esta oportunidad se nos solicitó un abordaje similar pero enfocado a las remuneraciones médicas en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En este sentido, cabe realizar algunas puntualizaciones. En primer lugar, importa hacer algún comentario con relación a los **ámbitos** que delimitan el análisis. Del mismo modo que el conjunto de las IAMC constituye el componente principal del sector privado de cobertura asistencial uruguayo, ASSE lo es en lo que refiere al sector público.

Sin embargo, en ambos casos no son las únicas entidades que aseguran y/o prestan servicios de salud. En efecto, en el sector privado operan diversos seguros de cobertura integral, prestadores asistenciales de distinta naturaleza y envergadura, emergencias móviles de cobertura parcial, etc.

A su vez, entre las entidades públicas que brindan cobertura se puede mencionar las que funcionan en la órbita de los Ministerios del Interior y de Defensa, el Hospital de Clínicas en la Universidad de la República, diversos servicios asistenciales propios de empresas públicas (BPS, BSE, ANCAP, etc.), servicios de atención médica municipal, entre otros. En todos ellos existe trabajo médico, con condiciones de trabajo y remuneraciones muy diversas.

Un segundo aspecto refiere precisamente a la dificultad para determinar la variable salarial a analizar si se tienen en cuenta las diferentes formas en que se contrata

y remunera a los médicos en la propia ASSE; la presencia activa de las Comisiones de Apoyo constituye un ejemplo claro del problema. En tal sentido, se ha optado por considerar la **remuneración médica de ASSE** sin los denominados “incentivos” provenientes de aquellas entidades.

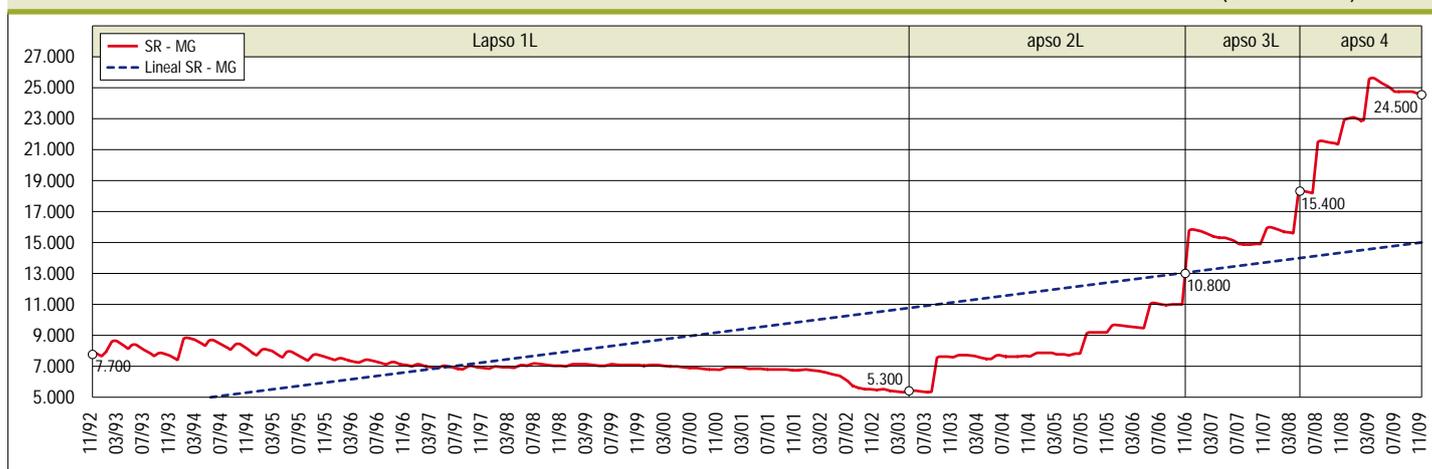
En tercer lugar, para los lectores que no hubieran tomado contacto con el artículo en el que abordamos la evolución del salario médico en las IAMC, repasamos algunas consideraciones que hacen al método utilizado.

a. Se necesita una variable que refleje el valor del salario de un modo tal que resulte comparable a lo largo del tiempo. Para ello, se utiliza el **salario real**, que no es otra cosa que el poder de compra de los ingresos que percibe el médico en un período de tiempo determinado. Es decir, es un indicador de la cantidad de bienes y servicios que se puede adquirir con el **salario nominal** generado en ese lapso.

Por lo tanto, para cuantificar las variaciones del salario real, se requiere combinar dos variables en cada momento del tiempo.

- Por un lado, la evolución del salario nominal, el que varía con los ajustes otorgados por el PE a los funcionarios de la Administración Central (cuando corresponde), y con los aumentos que surgen de los acuerdos entre las gremiales médicas y las Autoridades de ASSE a lo largo del período considerado.
- Por otra parte, los precios de los bienes y servicios que pueden adquirirse con la retribución que se percibe todos los meses. Para reflejar adecuadamente su evolución, se utiliza el Índice de Precios al Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1. Evolución del salario real médico en ASSE. MG. Período Nov. 1992 - Dic. 2009. Base 100 = Nov. 1992 (\$ Dic. 2009)



Al combinar ambas variables se obtiene una serie con los valores del salario real a lo largo del tiempo. En este caso particular, el salario real se valúa a **precios de diciembre de 2009**, lo que permite dimensionar el nivel que alcanza el salario real desde una perspectiva actual, en cada momento del período analizado. En tal sentido, y sólo a modo de referencia, vale mencionar que el nivel de la **canasta familiar** a diciembre de 2009 fue **\$37.970**.

b. Se requiere determinar el **período de análisis**. Si bien surge una gran variedad de opciones, debe elegirse una que resulte útil para el análisis. El lapso seleccionado es el mismo que el utilizado para la evolución del salario médico en las IAMC, es decir, desde fines de 1992 hasta el presente. Este período ofrece, por un lado, una perspectiva suficientemente prolongada como para evaluar los vaivenes de su comportamiento; y por otro, tiene la ventaja de permitir -a quien desee hacerlo- su comparación con la respectiva evolución del salario en el sector privado.

Si bien se incluirá el valor del salario médico con el ajuste de enero de 2010 en la **tabla de datos** que refleja el último acuerdo médico con ASSE, el período de análisis de la evolución salarial abarcará hasta diciembre de 2009. A su vez, no se discriminará la medicina general con relación a las especialidades médicas, dado que las diferencias recién se introducen con el acuerdo médico vigente en los últimos años del período analizado.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico 1 se describe la evolución del salario real de los médicos de ASSE a lo largo del período seleccionado, en pesos constantes de diciembre 2009.

El análisis del gráfico puede abordarse desde diferentes ópticas, caracterizadas por la elección -en general arbitraria- de un conjunto de sub-períodos que suelen facilitar la explicación del comportamiento observado. En tal sentido, definimos dos periodizaciones diferentes:

Por un lado, la que permite determinar **cuatro lapsos** -tal como puede observarse en la propia gráfica- que se diferencian por el impacto de sucesos que a nuestro juicio resultaron determinantes para la evolución del salario médico.

Por otro, se aborda el análisis teniendo en cuenta lo ocurrido con el salario médico en ASSE antes y durante el período de gestión de la **actual Administración** (2005-2010).

I. Los cuatro lapsos reflejan distintos comportamientos del salario real; el primero muestra una profunda caída, el segundo una recuperación con crecimiento pronunciado, el tercero un incremento inicial y relativa estabilidad posterior, y el cuarto y último configura el período en el que se produce el aumento principal.

Lapso 1. - Abarca desde noviembre de 1992 hasta setiembre de 2003, período en el cual se evidencia una caída pronunciada del salario real. Entre el comienzo y el final del período **la caída es de 32%**, con tres tramos bien diferenciados:

Una fuerte caída entre enero de 1994 (**\$ 8.800**) y mediados de 1996 (**\$ 7.000**); cierta estabilidad hasta fines de 2000; y nuevamente un importante descenso entre comienzos de 2001 (**\$ 6.900**) y setiembre de 2003 (**\$ 5.300**), período en el cual se produce una fuerte crisis económica y financiera en el país. Existe por tanto un paralelismo claro para este lapso con lo ocurrido en el sector privado de las IAMC.

Lapso 2. - El segundo período se extiende desde octubre de 2003 hasta diciembre de 2006, lapso en el cual el salario real no solo se recupera sino que crece hasta **uplicarse** con relación al final del período anterior.

Efectivamente, el tramo se inicia con un aumento significativo, pasando de **\$ 5.300** en setiembre de 2003 a **\$ 7.500** en octubre del mismo año, fruto de un prolongado conflicto que derivara en la firma de un acuerdo entre las gremiales de funcionarios médicos y no médicos y las autoridades de ASSE.

Hasta agosto de 2005 se mantiene estable y ya durante el ejercicio de la última Administración (2005-2010), y en el marco de un nuevo conflicto de las gremiales médicas con ASSE, el salario real comienza a crecer en forma sostenida hasta diciembre de 2006 (alcanzando los **\$ 10.800**), momento en que se ubica el final del segundo lapso.

Lapso 3. - El tercer tramo del análisis abarca desde enero de 2007 hasta mayo de 2008, y está signado por un fuerte incremento inicial del salario real (pasa de **\$ 10.800** a **\$ 15.700**, siempre a pesos constantes de diciembre de 2009), fruto de un conflicto cuya intensificación derivó en la intervención directa del Presidente de la República, lo que a su vez dio lugar al incremento antes mencionado.

Se mantiene una cierta estabilidad en el resto del período (culmina en **\$ 15.400**), sin que cesara la relación conflictiva mantenida por los gremios médicos con ASSE. El salario real **crece algo más de 40%** en este lapso.

Lapso 4. - El cuarto y último período del estudio refleja el mayor crecimiento del salario real de los cuatro tramos analizados. Se pasa de **\$ 15.400** en mayo 2008 a **\$ 24.500** en diciembre de 2009, lo que representa un aumento de casi un **60%**.

En un escenario de conflictividad persistente, entre comienzos y mediados del año 2008 tuvo lugar un proceso intenso de negociación entre las gremiales médicas y las autoridades de ASSE, culminando con el denominado **acuerdo médico**, cuya vigencia se extiende de junio de 2008 a marzo de 2010.

A continuación se presentan las tablas con los valores actualizados que surgen del acuerdo.

POLICLÍNICA MG - SALARIO \$

CONCEPTO	Meses	12hs MG	16hs MG	20hs MG	24hs MG
Jun 08	2008.06	13.851	15.929	16.275	16.621
Set 08	2008.09	13.851	15.929	16.621	19.946
Inflac. Ene/09	2009.01	15.124	17.393	18.149	21.779
Jun 09	2009.06	15.124	17.939	20.410	24.492
Inflac. Ene/10	2010.01	16.017	18.419	21.614	25.937

POLICLÍNICA EM - SALARIO \$

CONCEPTO	Meses	12hs EM	14hs EM	16hs EM	18hs EM	20hs EM	24hs EM
Jun 08	2008.06	13.851	15.928	15.928	16.275	16.621	19.946
Set 08	2008.09	13.851	15.928	16.275	16.621	19.945	23.935
Inflac. Ene/09	2009.01	15.124	17.392	17.771	18.149	21.779	26.135
Jun 09	2009.06	15.124	17.393	18.369	20.665	24.492	29.390
Inflac. Ene/10	2010.01	16.017	18.419	19.453	21.884	25.937	31.125

GUARDIA INTERNA - VALOR HORA \$

CONCEPTO	Meses	Médico General			Especialistas		
		Fijo	Variable	Total	Fijo	Variable	Total
Jun 08	2008.06	150,00		150,00	165,00		165,00
Set 08	2008.09	160,00	12,80	172,80	176,00	14,10	190,10
Inflac. Ene/09	2009.01	174,71	14,00	188,70	192,18	15,40	207,60
Jun 09	2009.06	192,18	15,40	207,60	230,61	18,40	249,10
Inflac. Ene/10	2010.01	203,52	16,30	219,80	244,23	19,50	263,80

GUARDIA INTERNA - SALARIO \$ - 104 hs.

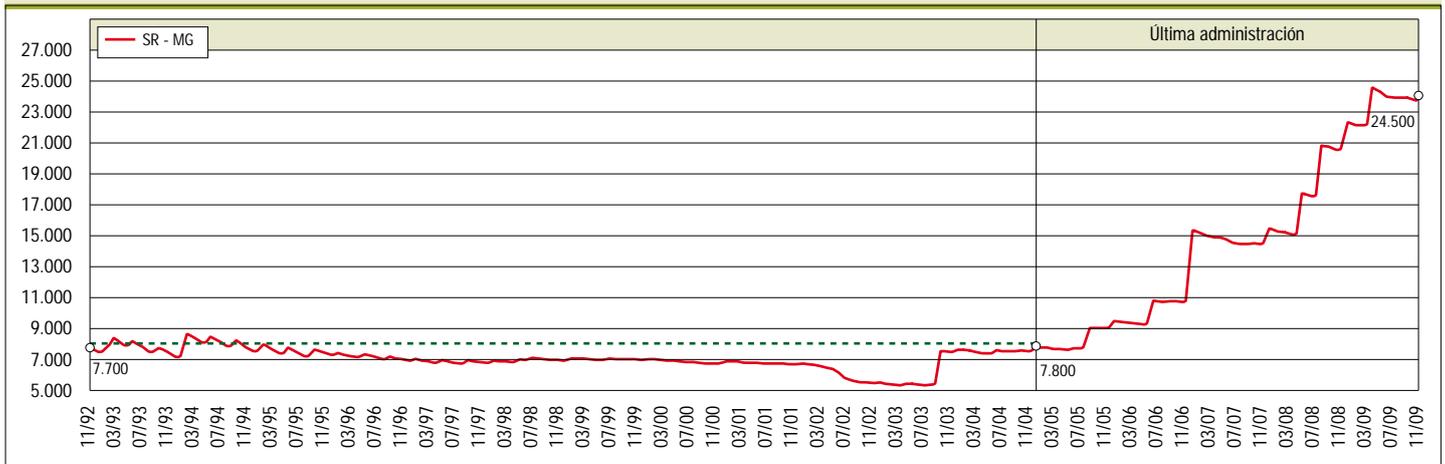
CONCEPTO	Meses	Médico General			Especialistas		
		Fijo	Variable	Total	Fijo	Variable	Total
Jun 08	2008.06	15.600		15.600	17.160		17.160
Set 08	2008.09	16.640	1.331	17.971	18.304	1.464	19.768
Inflac. Ene/09	2009.01	18.170	1.454	19.623	19.987	1.599	21.586
Jun 09	2009.06	19.987	1.599	21.586	23.984	1.919	25.903
Inflac. Ene/10	2010.01	21.166	1.693	22.859	25.399	2.032	27.431

RETENES - VALOR HORA \$

CONCEPTO	Meses	CATEG 1	CATEG 2	CATEG 3	CATEG 4	Muy Baja Dda
		50%	40%	30%	Básico	720 hs.
Jun 08	2008.06	82,50	66,00	49,50	30,00	14.400
Set 08	2008.09	88,00	70,40	52,80	36,00	
Inflac. Ene/09	2009.01	96,09	76,87	57,65	39,00	15.800
Jun 09	2009.06	115,31	92,25	69,18	47,00	
Inflac. Ene/10	2010.01	122,11	97,69	73,27	50,00	17.300

Nota: No se ajustó por inflación los valores básico (cat 4) => \$39,00 y la muy baja dda (720 hs) => \$15.800. No se ajustó por inflación los valores básico (cat 4) => \$39,00 y la muy baja dda (720 hs) => \$15.800

Gráfico 2. Evolución del salario real médico en ASSE. Período Nov. 1992 - Dic. 2009. Base 100 = Nov. 1992 (\$ Dic. 2009)



II. Para analizar el comportamiento del salario real de los médicos de ASSE antes y durante el **Gobierno 2005-2010**, comencemos por medir su variación entre puntas, es decir, observando el final y el principio del período, para luego descomponer esa variación en dos lapsos: por una parte, entre noviembre de 1992 y febrero de 2005, y por otra, entre marzo de 2005 y diciembre de 2009. En el gráfico 2 se observan con claridad ambos períodos.

Observando el gráfico, surge que el salario real de los médicos de ASSE más que se **triplicó** entre noviembre de 1992 (\$ 7.700) y diciembre de 2009 (\$ 24.500), vale decir, creció en un **217%** en todo el período analizado.

Ahora bien, el salario real de febrero de 2005 (\$ 7.800) prácticamente se equipara con el de noviembre de 1992 (\$ 7.700), es decir, el salario médico no varía sustancialmente entre el inicio y el final del lapso previo al Gobierno 2005-2010.

Por tanto, el salto al **triple** del salario real de los médicos de ASSE en todo el período se podría explicar globalmente por los aumentos obtenidos por el gremio médico durante la última Administración, tal como se observa en el gráfico anterior.

En definitiva, podría concluirse que el conflicto del año 2003 permitió equiparar el salario real al vigente a comienzos de la década de los años 90, y con la conflictividad y la negociación con el Gobierno 2005-2010, se logró incrementar sustancialmente dicho salario, hasta llevarlo a casi el **65%** de una canasta familiar a diciembre de 2009.

Si bien los incrementos salariales del último período de Gobierno han resultado sumamente relevantes, no debe perderse de vista que los mismos se han producido sobre un salario extremadamente depreciado. A tal punto que luego de transitar por prolongados conflictos, de distinto grado de intensidad, y habiendo obtenido importantes aumentos del salario nominal, aún así no se ha podido alcanzar una remuneración que permitiera equipararse a una canasta familiar. Y esto ocurre por ejemplo en la actividad de policlínica,

tanto para la medicina general como para las especialidades médicas, cuyo salario se ubica en un 77% de dicha canasta.

COMPARACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL

ASSE constituyó un organismo desconcentrado del MSP hasta que se transformó en un Servicio Descentralizado a mediados de 2007, razón por la cual integró la *Administración Central* (AC) en la mayor parte del período analizado, pasando a la categoría de *Empresa Pública* (EP) a partir de su modificación legal.

De ahí que resulta de interés la comparación de la evolución de las remuneraciones de los médicos de ASSE con lo ocurrido con las **retribuciones de los funcionarios públicos**, tanto en la AC como en las EP, a partir de información que publica el Instituto Nacional de Estadística.

En el gráfico 3 se puede observar lo ocurrido con las remuneraciones de los funcionarios de la AC, en el mismo período que el analizado para el salario médico en ASSE.

1. Global. Si se compara la situación a diciembre de 2009 con relación a noviembre de 1992 (los extremos del período), el salario real se incrementó en un **30%** en la AC, mientras que los médicos de ASSE vieron crecer su salario real en algo más de **3 veces** (217%) en el mismo lapso.
2. Previo. Entre noviembre de 1992 y febrero de 2005, previo al ejercicio del Gobierno 2005-2010, los salarios en la AC crecieron un **5%**, mientras que los médicos de ASSE lograron que se **equipararan** prácticamente al mismo nivel.
3. Durante. Entre marzo de 2005 y diciembre de 2009 (Administración 2005-2010), los médicos de ASSE vieron **triplicar** su salario real (215%), mientras que para los funcionarios de la AC el salario real aumentó un **24%**.

Por otra parte, la caída que muestra el salario real en la AC entre los años 2000 y 2003, coincidente con la crisis

Gráfico 3. Evolución del salario real: Gobierno Central. Período Nov. 1992 - Dic. 2009. Base 100 = Nov. 1992 (\$ Dic. 2009)

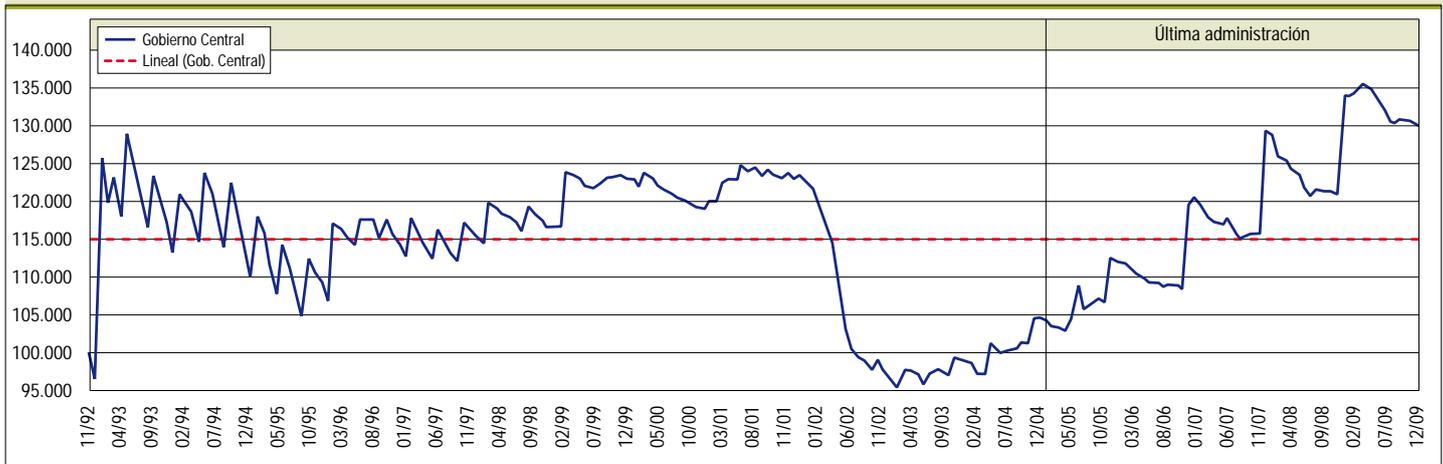
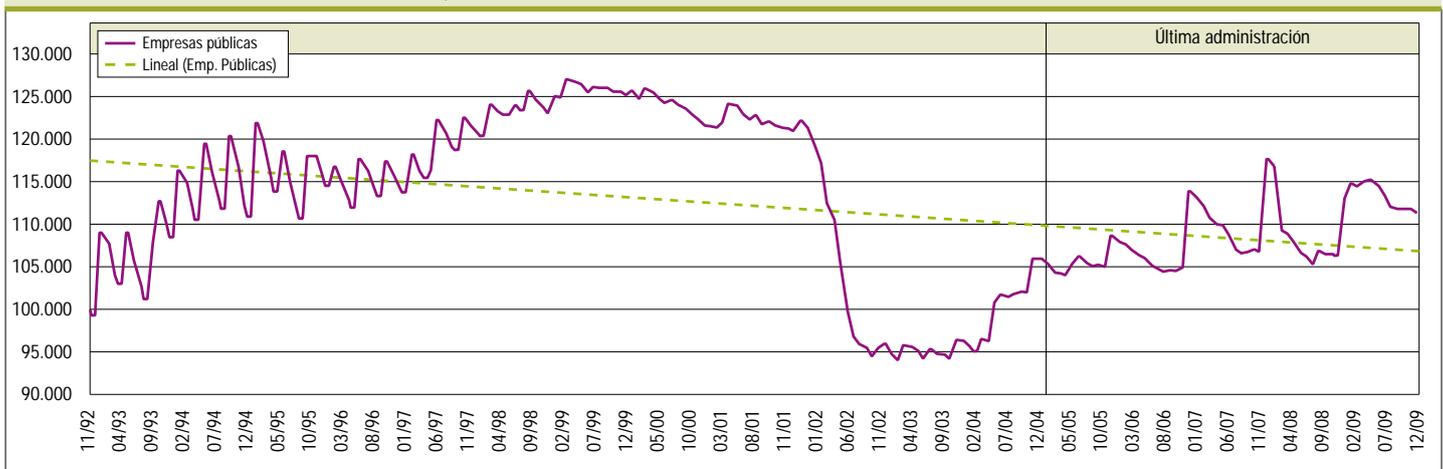


Gráfico 4. Evolución del salario real: Empresas Públicas. Período Nov. 1992 - Dic. 2009. Base 100 = Nov. 1992 (\$ Dic. 2009)



económico-financiera que sufriera el país, resulta comparable con el comportamiento observado del salario real de los médicos tanto en las IAMC como en ASSE.

En síntesis, aún cuando ASSE como organismo desconcentrado del MSP integró la AC en la mayor parte del período considerado, el salario real de sus médicos se incrementó en una dimensión sustancialmente superior, sin que por ello lograra equiparar el valor de una canasta familiar.

COMPARACIÓN CON LAS EMPRESAS PÚBLICAS

En el gráfico que sigue se puede observar lo ocurrido con las remuneraciones de los funcionarios de las EP en el mismo período que el analizado para el salario real de los médicos de ASSE.

En este caso, el crecimiento del salario real en todo el período fue de un **11%**, descomponiéndose en un **6%** entre noviembre de 1992 y febrero de 2005, y en un **5%** para el período de la Administración 2005-2010. Es notoria la diferencia con el salario real médico de ASSE, el que se incrementó en más de **3 veces**.

EN SUMA

El salario real de los médicos de ASSE creció fuertemente durante la última Administración, aún si se lo compara con los incrementos obtenidos por los funcionarios de la AC y de las EP en el mismo lapso, con un sostenido nivel de conflictividad como telón de fondo, y partiendo de un salario tan deprimido que no le permitió alcanzar el valor de una canasta familiar al final del ejercicio.

NOTAS

1. Ver "Una sola regulación para el trabajo médico", Esc. Julio Lorente, Revista Noticias N° 154, enero 2010, página 13.
2. Revista Búsqueda, N° 1545, 28 de enero de 2010, pág. 25.
3. Pasa de \$ 5.300 a \$ 10.800
4. MG - Medicina General; EM - Especialidades Médicas
5. Ley N° 18.161 de julio de 2007.

Entrevista al Dr. Guillermo Dighiero

Instituto Pasteur: Trayectoria de un anhelo por la excelencia

V.A.

El doctor Guillermo Dighiero, es el director ejecutivo del Instituto Pasteur de Montevideo. Con más de cien científicos, donde la mayoría son jóvenes, el organismo se prepara con la más alta tecnología y expectativas para marcar liderazgo en los próximos diez años. Objetivo que se logrará siempre y cuando algunas cosas cambien, en un país que pretende aumentar su caudal de conocimiento y tecnología.

¿Puede contarnos un poco de su trayectoria por la medicina?

Concluí mis estudios en la Facultad de Medicina en el año 1969. Realicé el internado y luego lo que en aquella época era la jefatura de clínica y ahora se llama Grado Dos de Medicina Interna, también por concurso obtuve el Grado Tres en la misma especialidad

En el año 1971 estuve con una beca en Francia durante nueve meses para formarme en Hematología, luego retorné y en el año 1975 fui nombrado por la Universidad de París como profesor agregado asociado.

Contaba con retornar a Uruguay en el año 1976, y tuve una dificultad con el pasaporte que me obligó a quedarme en Francia. Entre el año 1976 y el 2005 viví en ese país donde inicialmente trabajé en un hospital y luego en el año 1980, comencé en el Instituto Pasteur donde trabajé durante 25 años.

Fui jefe de la Unidad de Inmunomatología e Inmunopatología y luego me nombraron jefe del Departamento de Fisiopatología.

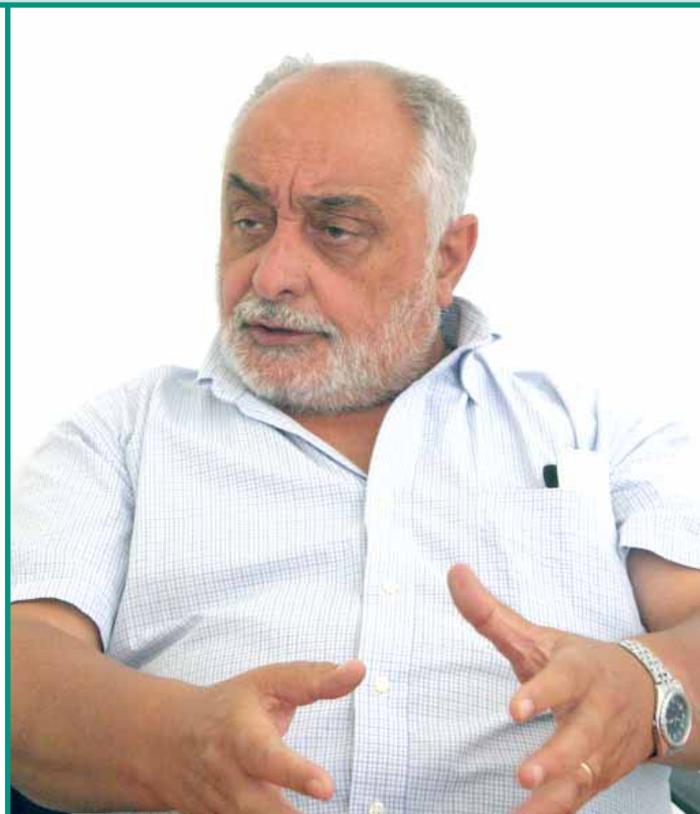
En diciembre del 2004 el Consejo de Administración del Instituto Pasteur de Montevideo, me hizo el honor de nombrarme Director Ejecutivo y desde el año 2005 estoy trabajando en la creación e instalación y ahora en el funcionamiento efectivo del Instituto Pasteur.

Un arduo trabajo

Sin lugar a dudas fue así, pero muy lindo y estimulante.

¿El año 1976 marcó entonces un punto de inflexión en su vida?

Sí, me cambio muchas cosas. Me había formado para ser médico y había hecho toda la carrera en un curso clásico, me estaba especializando en Hematología y el hecho de quedarme en Francia me dio una fuerte orientación hacia la investigación.



Luego al ingresar al Instituto Pasteur realicé investigación básica, lo cual me entusiasmó mucho y pude hacer una carrera sin abandonar mi actividad médica, pero con un fuerte componente en investigación básica y aplicada.

Fue una época muy interesante de la cual no me arrepiento. Haber trabajado en el Instituto Pasteur durante 25 años fue un gran honor.

¿Qué fue lo que rescató de esa época?

Desde el punto de vista formativo fue muy interesante, penetrar en ese campo tan difícil como es el de la investigación básica y trabajar en un Instituto que es una verdadera masa crítica.

Es una de las quince instituciones más prestigiosas del mundo, el Instituto Pasteur de París tiene diez premios Nóbel, de los cuales dos fueron del año pasado.

Fue una experiencia muy estimulante porque me obligó a progresar todos los días. En esas instituciones se tiene un estímulo constante para no detenerse y seguir progresando.

Le digo también que me siento muy bien al regresar a Uruguay después de 30 años, estoy muy feliz con lo que estoy haciendo porque es una tarea muy interesante y útil para el país.

¿Pudieron reflejar el Instituto Pasteur de París en Montevideo?

Bueno, el Instituto Pasteur de Montevideo está concebido a imagen y semejanza del Instituto Pasteur de París, porque es una de las instituciones más prestigiosas desde el punto de vista académico. Pero al mismo tiempo es una institución que tiene una implicación muy fuerte en la biotecnología y en la ciencia aplicada.

El Instituto Pasteur de París es la segunda institución académica del mundo en biotecnología. Una institución que consiguió realizar un buen acople entre una ciencia básica de excelencia y las aplicaciones.

Ese modelo es el que seguimos en Montevideo, crear una estructura que permite una investigación básica, y al mismo tiempo crear algo que permita una rápida aplicación de esos descubrimientos.

Este Instituto además nace de una iniciativa que considero emblemática, consiste en que el gobierno francés le concede al gobierno uruguayo la condonación de la deuda contra su inversión en el Instituto Pasteur.

Esta generosa donación de cinco millones de euros fue la que permitió la creación del Instituto. A su vez esta iniciativa ha recibido el apoyo de la Unión Europea y de nuestro gobierno.

Este Instituto se fijó cinco grandes objetivos, el primero es crear plataformas tecnológicas y tecnología de punta.

¿Por qué este objetivo es tan importante? Porque en Uruguay no se había invertido en equipamiento en los últimos 20 años. Teníamos un retraso considerable, la idea era juntar y poner todos los equipos de punta en tecnología en el mismo lugar, al servicio de toda la comunidad académica e industrial.

Esto se ha logrado: todas las plataformas están abiertas y en funcionamiento.

El segundo gran objetivo era crear una institución científica de excelencia. Si bien todavía no lo somos y lejos estamos de serlo, el Instituto en los últimos tres años ha publicado 106 artículos, algunos de ellos en revistas sumamente prestigiosas y esto se va a visualizar más claramente en los próximos años.

El tercer gran objetivo era crear un centro de enseñanza de excelencia. Que el Instituto sea el lugar de formación de los futuros cuadros de investigación de América del Sur.

Es un centro de enseñanza que está dirigido a los estudiantes de toda la región. Son cursos que tienen un elemento muy importante: la conjunción de una enseñanza teórica de altísimo nivel, con una enseñanza práctica. Es decir, se entrena a los estudiantes en las nuevas tecnologías.

Se han realizado entre ocho y nueve cursos de este tipo en estos tres años y han sido sumamente exitosos.

El cuarto objetivo del Instituto es el desarrollo de las biotecnologías, en ese sentido acabamos de crear una Unidad de Valorización y estamos trabajando con numerosas empresas.

Con dos grandes metas, lo primero es hacer acuerdos de colaboración con empresas. En ese sentido ya se han firmado acuerdos con dos empresas internacionales, próximamente se va a firmar con dos chilenas y ya se han firmado convenios con cuatro laboratorios nacionales.

Lo segundo es el desarrollo de nuestros propios proyectos. En ese sentido hay dos proyectos que se están desarrollando en lo inmediato con éxito.

El quinto objetivo del Instituto es ser un centro regional de excelencia. Este instituto fue aprobado por el Instituto Pasteur de París y por Francia porque una de las razones fue convertirse en un centro regional. Es decir con una alta vinculación con la región.

De alguna manera esto se ha logrado, por ejemplo entre los científicos que trabajan en el instituto hay diez argentinos. Al Instituto frecuentemente acuden científicos de Argentina, Brasil y Chile a realizar experiencias, porque no disponen en su país de la metodología y la tecnología (plataforma) que se requiere.

Así mismo los cursos de alto nivel teórico-práctico también han atraído a numerosos estudiantes de la región. Esos cinco objetivos están en vías de lograrse, y se están desarrollando bien por ahora.

Esto es muy importante porque Uruguay se ha fijado como objetivo ser un país tecnológico. El presidente electo José Mujica lo ha dicho en repetidas ocasiones y también lo ha hecho el presidente Tabaré Vázquez, en el sentido de darle valor agregado a lo que producimos.

Para lograr este objetivo se necesita en primer lugar aumentar el número de investigadores. Todos los países que han sido exitosos en ciencia y tecnología tienen entre cinco y siete investigadores cada mil habitantes. En Uruguay no llegamos a uno, entonces es muy importante que en los próximos diez años seamos capaces de multiplicar los investigadores.

En este sentido la creación de la ANII (Agencia Nacional de Investigación e Innovación) ha sido muy auspiciosa, porque ha lanzado una política agresiva de becas que ha permitido a mucha gente financiar ideas. Creo que la ANII tiene claro el objetivo de multiplicar el número de investigadores.

¿En este sentido que papel juega la educación en nuestro país?

Para que un país pueda ser científico tecnológico, es muy importante resolver la educación. Me parece intolerable que los sectores desfavorecidos de la población, que hoy producen casi el 50% de los niños que nacen en nuestro país, el 40% de los mismos no terminen la enseñanza primaria.

También me parece insoportable que solo el 32% de nuestros jóvenes terminen la enseñanza secundaria. Entonces una cosa que se hace imperiosa es una reforma educativa que cambie completamente esa estructura. Que le dé posibilidades a los niños de los sectores desfavorecidos de salir de la miseria, porque si no los seguiremos marginando.

Todo el mundo sabe cómo se logra, se consigue creando los llamados CAIF. Desde el nacimiento el niño está protegido, se lo alimenta correctamente y se los empieza a introducir en lo que es la convivencia social.

Después en las escuelas preescolares, que habría que bajarlas a tres años, de tiempo completo. Para los sectores más desfavorecidos en una primera etapa la única solución son las escuelas de tiempo completo.

Creo que todos coinciden en eso. Y en la enseñanza secundaria es evidente que hay que mejorar mucho más el sostén que se da a los estudiantes. Sobre todo a los que vienen de las capas más desfavorecidas, porque son inaceptables las cifras que tenemos.

¿Cómo se logra esto?, primero que nada a través de un acuerdo nacional. Todos los partidos políticos están en estos grupos y creo que estos objetivos que estoy enunciando son compartidos por todos.

Entonces, ¿por qué no hacer una ley, que evidencie un programa de Estado, con un financiamiento destinado a este programa, aprobada por todos los partidos, sea quien sea quien venga dentro de cinco años, que se comprometa a que este país lleve adelante en los próximos quince años, una serie de inversiones para resolver este problema?

Son inversiones importantes, hay que crear probablemente más de 200 escuelas a tiempo completo, formar maestros, cambiar el sistema de enseñanza. Preparar a los

jóvenes para la nueva sociedad del conocimiento que se viene. Eso también significa crear posibilidades a los profesores para reactualizarse.

Con el sistema de trabajo actual es casi imposible. Crear un sistema donde se libere un porcentaje de profesores todos los años, para que en lugar de trabajar en los liceos se formen en nuevas orientaciones y disciplinas.

Son medidas que se pueden lograr con un cronograma a diez años, eso sí no se puede hacer nada de lo que dije en menos de ese tiempo.

El cuerpo docente uruguayo ha sido muy golpeado, aparte de la persecución ideológica, estuvo la persecución económica, con una baja enorme de los salarios. Aunque en los últimos años existió una pequeña mejora.

Pero no puede ser que un profesor de enseñanza secundaria dicte 50 horas de clase, nadie puede hacerlo bien.

-¿Qué pasa con la educación terciaria?

-Este país es el único con 3 millones 300 mil habitantes con una sola universidad, es imperioso crear una o más universidades en el interior del país.

Esta plenamente justificada, ciudades pequeñas como Santa María en Pelotas (Brasil) cuenta con varias universidades. Acá hay muchas limitaciones presupuestarias, pero creo que hay que saltar esa valla, lo más rápido posible y pasar a dos o más universidades.

Más de



locales.

Para estar más cerca tuyo.



Con una orientación más tecnológica, de preparación para solucionar los problemas del país.

¿Proyectos concretos del Instituto para el 2010?

En el Instituto están trabajando actualmente 141 personas de las cuales 113 son científicos y el resto administrativos. Estamos siguiendo las líneas que explique, pero con la investigación hay que tener paciencia.

Este año vamos a lanzar un proyecto de escuelas latinoamericanas en sectores de punta. Es muy difícil porque hasta hoy nadie ha hecho biotecnología en el país y hay que hacerlo bien, sobre cosas bien hechas y establecidas.

¿Qué dificultades han detectado?

La dificultad mayor es la presupuestaria, nuestro Instituto recibe del Estado un presupuesto de dos millones y medio de dólares. Somos conscientes de que se han hecho esfuerzos, pero no es suficiente, si se quiere tener un Instituto de excelencia.

Un ejemplo, los institutos Pasteur que están en el Caribe y en la Guyana francesa tienen 70 personas cada una, y reciben 6 millones de dólares cada uno.

Hay otro que está ubicado en uno de los países más pobres del mundo, tiene 100 personas trabajando con un presupuesto de 3 millones de euros.

No me puedo quejar del Estado, porque me han escuchado y he tenido respaldo, pero el problema es que si la ambición es que este sea un Instituto de excelencia no se puede hacer con ese presupuesto.

Estamos viviendo de la generosa ayuda de una serie de instituciones como la Facultad de Medicina, el Instituto Clemente Estable, la Facultad de Ciencias, el Instituto Pasteur de París.

Aquí tenemos alrededor de 90 jóvenes trabajando, que se están formando muy bien, 12 están haciendo doctorados, otro tanto realizan maestrías, jóvenes científicos muy promisorios.

Tenemos que ver cómo se integran al país, porque formar estos científicos para que después se vayan a Estados Unidos sería una catástrofe. Creo que hay que repensar el tema y este que es año de presupuesto vamos a discutir estos temas.

Si el objetivo es que esta Institución sea de excelencia hay que darle otros recursos.

¿Qué ventajas tiene el Instituto?

Tiene una estructura muy interesante, es muy flexible y con respecto a los países del primer mundo nuestros costos son inferiores.

El Instituto para Uruguay puede ser útil en ese sentido, por la incorporación de nuevas tecnologías y de científicos de excelencia.

Un Instituto que se integre muy bien dentro del desarrollo científico global, requiere mucha paciencia y muy largas inversiones.

Recién se puede decir que en Uruguay se empezó a desarrollar esto hace tres o cuatro años. No se pueden esperar resultados antes de diez o quince años.

Si ahora se empieza a decir, vamos a hacer solo ciencia aplicada, es un error. Porque tiene patas cortas, a los cinco años se queda en nada, porque la ciencia básica es el combustible de la ciencia aplicada.

Desarrollar las disciplinas científicas es muy importante y lleva tiempo al igual que mejorar la educación. Ahora en febrero el Instituto va a cumplir tres años de funcionamiento efectivo.



Control del Tabaquismo en Uruguay 2009: Avances y Desafíos

El Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y del Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo (CIET) convocaron en Diciembre de 2009 en el salón de actos del SMU a la conferencia “Control del Tabaquismo en Uruguay 2009: Avances y Desafíos”. Frente a un numeroso marco de invitados de diversos sectores de la comunidad médica y no médica y con amplia cobertura de medios de comunicación, se presentaron datos de estudios de investigación desarrollados por CIET con el objeto de divulgar a la comunidad científica y a la población, la situación actual de la epidemia de tabaquismo en nuestro país, a casi 4 años de que comenzaran a aplicarse las normativas para el control del tabaco contenidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS.

CONSUMO DE TABACO EN URUGUAY

Hasta muy recientemente no se habían desarrollado estudios científicos con diseño orientado específicamente a la evaluación en profundidad del consumo de tabaco en Uruguay. Los datos más confiables relevados, siempre en el contexto de encuestas de varios factores de riesgo para la salud, surgían de la Encuesta Nacional de Drogas desarrollada por la JND, que muestran que desde 1998 el consumo se mantuvo estable, registrando un muy leve descenso, menor de 0,1% por año. La prevalencia de tabaquismo era de 32,5% en 1998 y descendió a 31,8% en el 2006.

En el año 2006, como parte del Estudio STEPS de la OMS, el MSP desarrolló la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo A 2000 personas de edad entre 25 y 64 años, encontrando una prevalencia de tabaquismo de 31%.

En ausencia de encuestas nacionales que permitieran evaluar en profundidad el problema del tabaco, es que CIET desarrolló con el apoyo de fondos internacionales, dos encuestas específicas para evaluar diversos aspectos hasta entonces desconocidos.

Los principales datos presentados provienen de dos estudios:

1. ENPTA: Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo (ENPTA): se trata de la primera encuesta nacional

desarrollada para estudiar en profundidad las características del consumo de tabaco en Uruguay. Los objetivos de ENPTA fueron estimar la Prevalencia “de vida” y “a 7 días” en hogares particulares en centros urbanos de 2500 y más habitantes, analizar aspectos sociales, psicológicos y culturales relacionados con la prevalencia de tabaquismo, estimar la demanda de cigarrillos, la evolución del consumo y el impacto del contrabando en el mismo y finalmente comparar el impacto de las políticas de control del tabaco en el comportamiento de fumadores en el país y con respecto a otros países que las han adoptado. ENPTA se realizó durante fines del 2007 y hasta mediados del 2008, en población de ambos sexos de 15 años y más, en 75 localidades de más de 2500 habitantes, incluyendo 5375 encuestas de hogares.

2. Estudio Internacional de Evaluación de Impacto de las Políticas de Control del Tabaco (Estudio ITC) – Se trata de un estudio internacional, multidisciplinario, organizado por el Instituto del Cáncer Roswell Park, de los EEUU y la Universidad de Waterloo de Canadá, para evaluar, comparativamente, el impacto de las políticas de control del tabaco sobre las actitudes y conductas de los fumadores en 8 países. Uruguay fue invitado a participar en virtud de su liderazgo en materia de políticas de control del tabaco, al transformarse en el año 2006 en el primer país libre de humo de tabaco en la región de las Américas. ITC es un estudio de tipo cohorte, donde se hace el seguimiento de una población fumadora, a lo largo de los años. En Uruguay, la primera encuesta fue en el 2006 y la segunda en 2008 con una muestra de 1.500 fumadores.

¿Qué porcentaje de la población uruguaya fuma actualmente?

ENPTA reveló que actualmente fuma uno de cada cuatro uruguayos (24,8%), lo que implica que aproximadamente 550.000 uruguayos son fumadores. Los hombres fuman más que las mujeres (29,4% vs 20,9%) aunque el estudio también mostró que la diferencia en el consumo entre hombres y mujeres está disminuyendo, con una tendencia a aumentar sobre todo en las mujeres de Montevideo.

¿Ha disminuido el consumo de tabaco en Uruguay en los últimos años?

Los datos de la Encuesta Nacional de Drogas, desarrollada por la JND en 1998, 2001 y 2006, muestran que el

consumo de tabaco disminuyó 0,7% en 8 años. De acuerdo a los datos que surgen de ENPTA, se puede estimar que entre 2006 y 2008 hubo un descenso de 4 a 5 puntos porcentuales del total de fumadores.

¿Cuántos de los uruguayos han sido fumadores en algún momento de su vida?

Este dato ilustra la magnitud que alcanzó la epidemia de tabaquismo en nuestro país: 41.7% de los uruguayos ha sido fumador: la mitad de los hombres (52,1%) y un tercio de las mujeres (33,2%). Más del 60% de los hombres mayores de 55 años entrevistados, fueron fumadores.

Los uruguayos y el abandono del tabaquismo

El 40 % de los tabaquistas ya ha dejado de fumar. Con respecto a los intentos para dejar de fumar, 65% de los actuales fumadores ya lo ha intentado.

Ambientes Libres de Humo de Tabaco

El 90,6% de los fumadores encuestados en ENPTA está de acuerdo con la prohibición de fumar en espacios cerrados y cree que esta medida es beneficiosa para la salud de todos. De acuerdo a ITC, el grado de cumplimiento de la prohibición de fumar, comparativamente con el 2006, mostró una mejoría en el acatamiento en bares y restaurantes, aunque empeoró en otros lugares de trabajo, donde el grado de incumplimiento se sitúa en 22%.

En cuanto a los hogares de Montevideo, el 55% está libre de humo de tabaco, en tanto que en el interior del país la cifra asciende al 61%.

Aspectos económicos del consumo de tabaco

El gasto medio diario (medido en precios de diciembre 2007-abril 2008), de los fumadores de cigarrillos fue de \$ 30,25. Los hombres gastaron más por día en cigarrillos que las mujeres (\$33,83 vs \$ 27,37). Cuando se considera el tipo de producto de tabaco utilizado, se encuentra que el gasto

diario es de \$ 30,25 cuando se consume cigarrillos industriales y de \$5,79, o sea 5 veces menos, cuando se consume tabaco de armar. El 72,7 % de los consumidores de tabaco de armar pertenecen al estrato socioeconómico bajo y el 24,7 % al estrato medio.

Tabaco y Pobreza:

Los estratos socioeconómicos más bajos son los que más fuman y son también los que mayor porcentaje de su ingreso dedican al tabaco: 8,6%. Si se compara con el gasto mensual en comida (30,5% de su ingreso), se puede inferir que el abandonar el tabaco puede aumentar entre un 20 y 25% su capacidad de adquirir alimentos.

El precio promedio de los cigarrillos de contrabando es de 41% del de los cigarrillos legales. El 70,5% de los cigarrillos de contrabando son consumidos por el estrato socioeconómico más bajo.

CONCLUSIONES

Los datos analizados señalan que las políticas públicas de control del tabaco implementadas en nuestro país han sido efectivas para reducir el consumo de tabaco. Sin embargo también señalan aspectos en los que se deberá trabajar a futuro y que demandan el diseño de nuevas estrategias, al tiempo que se deben afianzar las políticas en curso. La industria tabacalera persigue intereses comerciales, que están en clara oposición con los intereses de la salud y la calidad de vida de los uruguayos, como se ha señalado por la OMS y diversos organismos internacionales que han dado su respaldo al desarrollo de las políticas públicas. La sociedad civil organizada ya ha realizado denuncias de infracciones de la industria tabacalera a las disposiciones vigentes. Los médicos, en su rol modélico y como actores fundamentales de la promoción de salud, deben en este contexto, comprometerse activamente en la defensa de estas estrategias, que serán la clave para cambiar el curso de la epidemia de tabaquismo en nuestro país.

Gráfico 1. % del ingreso destinado a alimentos

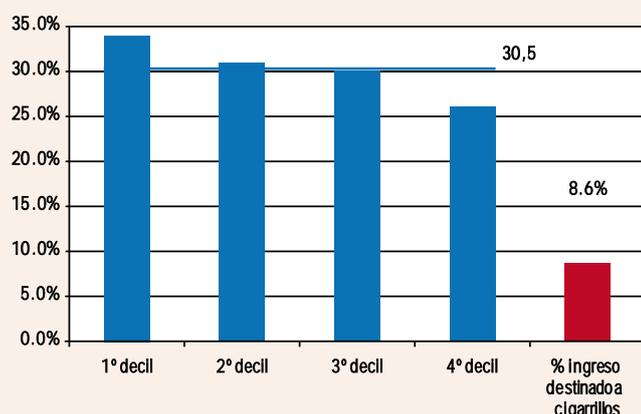
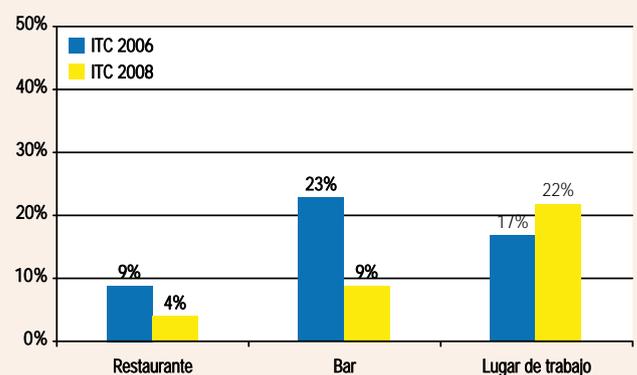


Gráfico 2. Fumadores que han sido vistos en el último mes



Agenda gremial

- 15 de diciembre.** Participación en el agasajo anual en el Comité Central Israelita. Entrevista con el Director de Sanidad Policial.
- 17 de diciembre.** Reunión de Consejo de Salarios.
- 18 de diciembre.** Presentación del libro homenaje al Dr. Vladimir Roslik, y culminación de actividades conmemorativas de la figura del médico mártir, organizadas, entre otras instituciones participantes, por el SMU.
- 22 de diciembre.** El ministro y subsecretario de Salud designados por el gobierno que asumirá el 1 de marzo fueron recibidos por el Comité Ejecutivo.
- 12 de enero.** Entrevistas con representantes de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI) y de la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva (SUNPI) en el marco de ronda de contactos con Sociedades Científicas con miras a próxima ronda de Consejo de Salarios.
- 1 al 3 de febrero.** Participación en el Simposio sobre utilización de Placebos organizado por la Asociación Médica Mundial en la ciudad de San Pablo.
- 2 de febrero.** Reunión con ASSE.
- 3 de febrero.** A partir de ese día reuniones con las autoridades del Ministerio del Interior, con los abogados del SAIP y familiares por la situación judicial de dos colegas.
- 9 de febrero.** Reunión con la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva por el tema trabajo médico
- 12 de febrero.** Nueva instancia de negociación con ASSE por el nuevo convenio.
- 17 de febrero.** Reunión con Sociedad Uruguaya de Pediatría por trabajo médico.
- 19 de febrero.** Continúan las negociaciones con ASSE.

Comunicado

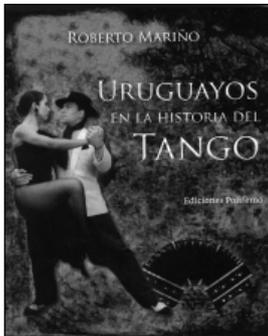
COMUNICADO DEL SMU, FEMI Y SAQ RESPECTO A LA INTENCIÓN DE INCORPORAR LAS "CAJAS DE AUXILIO" AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Reunidos en el día de la fecha los representantes de las tres organizaciones sindicales de los médicos del Uruguay (SMU, FEMI y SAQ) a los efectos de considerar la situación planteada respecto a las "Cajas de Auxilio", por la intención de incorporarlas al Sistema Nacional de Salud, resuelven hacer pública la siguiente resolución:

1. Declarar su apoyo absoluto a la defensa de las prestaciones que hoy se reciben a través de sus Cajas de Auxilio, prestaciones que constituyen derechos adquiridos y conquistas gremiales y solidarias a las que no se va a renunciar.
2. Declarar, por ende, el apoyo a las Cajas de Auxilio, en particular las vinculadas al Gremio Médico, en tanto han demostrado ser un verdadero ejemplo de administración eficiente y transparente de los recursos a ellas volcadas.
3. Declarar la intención de disponer cuanta movilización gremial sea necesaria para lograr ser atendidos por las autoridades de Gobierno, y asegurar que no se destruya la obra solidaria de tantos años realizada a través de dichas Cajas de Auxilio.

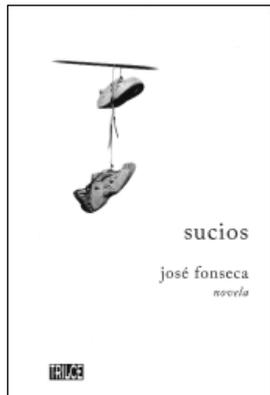
Montevideo, 15 de enero de 2010.

Libros



Uruguayos en la historia del tango
de Roberto Mariño. Ediciones Polifemo. Montevideo, 2010. 191 págs.

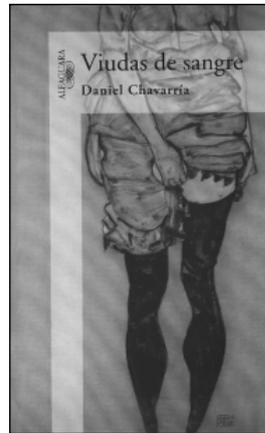
Partiendo de la premisa de que es justo reconocer la presencia de uruguayos en la Historia del tango, el autor va al rescate de nuestros compatriotas que merecen ser recordados por haber dejado una huella indeleble en la cultura tanguera. Este ensayo histórico, complementado por artículos biográficos, investigaciones literarias e ilustraciones, trae recuerdos y nostalgias para la vieja generación y polémica apasionada para la actual. Músicos, compositores, directores de orquesta, cantores, etc., que nacieron en Uruguay triunfaron y merecen ser recordados en la historia del tango como parte de ella. Roberto Mariño, médico jubilado, además de libros de medicina es autor, entre otros títulos, de **Galleguito**, **Emigrantes uruguayos**, y **Compendio de literatura gauchesca del Uruguay**.



Sucios
de José Fonseca. Trilce. Montevideo, 2009, 126 págs.

Esta novela, la primera de su autor, el uruguayo José Fonseca obtuvo el Premio de Narrativa de la Intendencia Municipal de Montevideo, edición 2009, por unanimidad del jurado integrado por Milton Fornaro, Carlos Liscano y Lauro Marauda. El autor nos introduce en un mundo joven y marginal donde conviven el amor, la

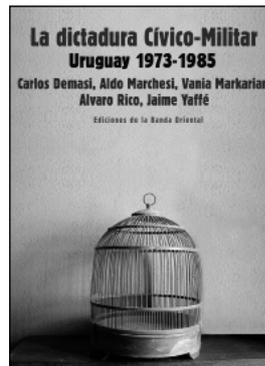
familia, los sueños y también la pasta base. Una joven madre de dos hijos que ejerce la prostitución; unos muchachos que alternan torpes robos con entradas y salidas de la cárcel; un hombre solitario y desencantado, son los personajes principales de una historia tan conmovedora como apasionante. Con un estilo ágil, de logrado realismo, el autor consigue construir un universo donde se queman vidas y se ahogan sueños antes de nacer. Un espejo impiadoso que, sin prejuicios y sin idealización, refleja una realidad social que es parte de todos.



Viudas de sangre
de Daniel Chavarría. Alfaguara. Montevideo, 2009. 626 págs.

Una nueva novela del uruguayo, residente en Cuba, Daniel Chavarría. Dos mundos de unen en esta novela ambientada en la primera mitad del siglo XX y poblada de rufianes y prostitutas. Olga es una princesa rusa que monta un prostíbulo de lujo en París y luego en La Habana. Se relaciona comercial y sexualmente con un cubano rico y corrupto, que cambiará su vida

para siempre. Chichita es una guajira que vive en la Ciénaga cubana. Ella hará todo lo posible por hallar al culpable de la muerte de su esposo, sin imaginar que personas muy poderosas están involucradas. Una obra audaz, de sabia estructura, plena de erotismo y situaciones originales. Estafas, perversión, amor, sexo y muerte confluyen en una trama que confirma la excelencia de Chavarría como escritor.



La dictadura Cívico-Militar. Uruguay 1973-1985

Carlos Demasi, Aldo Marchesi, Vania Markarian, Aldo Rico y Jaime Yaffé. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 2009, 398 págs.

Este libro aborda algunos aspectos poco explorados del pasado reciente uruguayo. Si bien existe una abundante producción sobre el período, la dictadura propiamente dicha ha sido

menos estudiada que sus prolegómenos y la transición de vuelta a la democracia. A partir de ese diagnóstico, los autores aportan visiones renovadas sobre las políticas impulsadas por el gobierno autoritario en materia de economía, cultura, relaciones exteriores, institucionalidad estatal y relación con los partidos políticos. La investigación incluyó el relevamiento y sistematización de la biografía existente, así como el examen de fuentes primarias diversas como diarios, revistas, impresos y archivos oficiales, actas de organismos deliberativos y documentos audiovisuales, por nombrar algunas. Aunque todavía queda mucho por conocer y muchos repositorios documentales por abrir, en este trabajo se reflejan esas importantes novedades en las relaciones de estado y la sociedad uruguaya con su pasado y pretenden incorporar miradas diferentes a una historia aún en construcción.

Resoluciones de la Asamblea General

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2009 Reunida para considerar el Acuerdo con ASSE

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.

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2009 Reunida para considerar el Acuerdo con ASSE

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

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DEL 3 DE MARZO DE 2010 Reunida para considerar la Situación de las Cajas de Auxilio ante la Ley 18211. Perspectivas y medidas a tomar.

Atento:

A la vigencia de la ley 18.211 de creación del SNIS, aprobada en la pasada legislatura, que en su artículo 69 establece la incorporación de las Cajas de Auxilio “no más allá del 1° de enero de 2011”.

Considerando:

- 1) Que esta situación determinó la lógica inquietud de los trabajadores afectados.
- 2) Que se conformó un movimiento que cristalizó en un Plenario de las Cajas, que nombró autoridades en una Mesa Ejecutiva.
- 3) Que esas autoridades, que respaldamos, mantuvieron múltiples entrevistas y gestiones ante actores gubernamentales y políticos.
- 4) Que dicho Plenario instrumentó la recolección de firmas de los usuarios de las cajas en pro de su mantenimiento. Las cajas tienen aproximadamente 70.000 usuarios y además familiares que se benefician de sus prestaciones.
- 5) Que la inquietud, preocupación e indignación de la mayoría de los médicos motivó una resolución conjunta del SMU, FEMI y SAQ, en defensa de las Cajas y de los beneficios por ellas brindados.
- 6) Que de los contactos logrados por iniciativa del Plenario, surgió una fórmula de solución, que analizamos en esta Asamblea y que la Mesa de las Cajas gestiona con autoridades políticas y gubernamentales.

La Asamblea General resuelve:

- 1) Tomar conocimiento del informe presentado por el Consejo Directivo de CASEMED.
- 2) Ratificar de forma explícita, el apoyo de los médicos socios del SMU, al mantenimiento de las Cajas de Auxilio, en particular las que amparan a los trabajadores de la salud: CASEMED, SEMI, CATAE, SETS, Universal, Médica Uruguaya, SMI, Casa de Galicia, SEMS, etcétera.
- 3) Declarar como piso de nuestras aspiraciones la ejecución completa del punto 2 de dicha fórmula.
- 4) Manifiestar nuestra necesidad de mantener los beneficios de las respectivas cajas, en particular los montos porcentuales actuales del subsidio por enfermedad. No aceptar ningún cambio que implique pérdida o disminución de los derechos adquiridos.
- 5) Encomendar a nuestras autoridades gremiales la defensa de nuestro reclamo y el apoyo permanente a los representantes de los trabajadores en dichos organismos bipartitos.
- 6) Exigir la conformación inmediata, no más allá del 15 de marzo, de una mesa de negociación de los representantes de las Cajas con las autoridades del MSP y MTSS, a los efectos de lograr un acuerdo que garantice las aspiraciones anteriormente expresadas. De no lograrse esto, coordinar con todos los gremios de la salud acciones a tomar.
- 7) Declararse en Asamblea permanente. El Comité Ejecutivo realizará nueva citación cuando lo estime conveniente.
- 8) Publicar esta resolución en 2 diarios de distribución nacional.

Sibutramina: ¿más riesgos que beneficios?

Dr. Álvaro Danza Galdo*

Los informes recientes emitidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y por agencias reguladoras internacionales en relación a la seguridad y precauciones de uso de Sibutramina nos obligan a realizar algunas reflexiones.

Sibutramina fue aprobada en 1997 por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) y en 1999 por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), para el tratamiento de la obesidad.

El medicamento debe utilizarse en el marco de un programa integral del tratamiento de la obesidad que incluya modificación de hábitos dietéticos e incremento de la actividad física. Sibutramina debe prescribirse únicamente a pacientes que presentan un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 Kg/m² o bien un IMC mayor o igual a 27 Kg/m² con otros factores de riesgo cardiovascular asociados como diabetes 2 o dislipemia. (1)

Es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina, serotonina y dopamina que determina un aumento de la saciedad lo que lleva a una reducción de peso que al año de su administración está en el entorno del 5%. Se puede desarrollar tolerancia a su efecto y se conoce que al suspender el medicamento puede haber aumento de peso de no mantenerse la dieta y el ejercicio. (1-3)

Su perfil de seguridad incluye efectos adversos a nivel cardiovascular, digestivos, neurológicos, entre otros menos frecuentes. Los efectos adversos cardiovasculares son frecuentes, aparecen entre el 1 y 10% de los pacientes que reciben el medicamento. Se constataron ya en los ensayos clínicos de fase II y III. Dentro de éstos se destacan aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. (1-3)

Como consecuencia de los efectos adversos a nivel cardiovascular, la EMA encomendó al laboratorio que patentó el medicamento, la realización de un estudio postcomercialización para evaluar su seguridad cardiovascular. El estudio "Sibutramine Cardiovascular Outcomes (SCOUT)" fue diseñado para evaluar si la pérdida de peso con Sibutramina y tratamiento estándar era más eficaz en reducir el número de eventos cardiovasculares comparado con la pérdida de peso mediante placebo y tratamiento estándar.

El estudio incluyó aproximadamente 10.000 pacientes con 55 años de edad o mayores, con sobrepeso u obesidad con antecedentes de enfermedad cardiovascular o diabetes tipo 2, más un factor de riesgo cardiovascular. Se excluyeron pacientes con un evento coronario agudo, accidente

cerebrovascular recientes o insuficiencia cardíaca no controlada. Los pacientes fueron aleatorizados a recibir Sibutramina 10 mg/día o placebo. (4,5)

Entre los resultados más relevantes se destaca que en el subgrupo que incluyó los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular y diabetes hubo un aumento estadísticamente significativo del riesgo relativo de morbilidad cardiovascular con Sibutramina (13,9%) respecto al placebo (11,9%) (RR 1,182 IC 95%: 1,024 - 1,354). En el subgrupo de pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular no diabéticos, el aumento del riesgo relativo con Sibutramina estuvo en el límite de la significación estadística (RR: 1,274 IC 95%: 0,915 - 1,774). (4,5)

Por lo tanto, la información que surge del estudio SCOUT indica que el mayor riesgo de eventos cardiovasculares con Sibutramina ocurrió en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2.

Como consecuencia de esta información, la EMA y la FDA han ampliado las contraindicaciones de este medicamento, incluyendo pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arritmias, enfermedad vascular periférica e hipertensión no controlada). Asimismo, se enfatiza la monitorización de la presión arterial y la frecuencia cardíaca durante el tratamiento. El medicamento no debe utilizarse por períodos mayores a un año y debe suspenderse si luego de 3 meses de tratamiento no se obtuvo el objetivo de descender 5 % el peso corporal. Es necesario señalar que muchos de los pacientes expuestos al medicamento en el estudio actualmente lo tendrían contraindicado. (6,7)

Estos efectos adversos ¿son idiosincrásicos, inesperados o se trata de efectos adversos dependientes del mecanismo de acción del medicamento y por lo tanto esperables? Sibutramina, al inhibir la recaptación de noradrenalina se comporta como un simpaticomimético y por lo tanto el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca son esperables.

Otro aspecto a considerar es que las mismas agencias reguladoras que autorizan el medicamento son las que luego aumentan las contraindicaciones o incluso lo retiran del mercado. En el momento de la comercialización se dispone de más información sobre la eficacia del medicamento, procedente de los ensayos clínicos, que sobre su seguridad. La seguridad del medicamento se pone a prueba una vez comercializado, cuando se exponen a los tratamientos muchos más pacientes que en las etapas previas. Esto enfatiza la necesidad de desarrollar estudios de farmacovigilancia y

de estimular la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos.

Si bien en el periodo de gobierno que finaliza se emitió un Decreto tendiente a promover la farmacovigilancia (8), nuestro país aún está lejos de tener un sistema de información y regulación de los medicamentos que permita una rápida y efectiva retroalimentación positiva entre los profesionales y la entidad reguladora. La información que disponemos sobre notificaciones espontáneas y prescripciones es limitada. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud prevé que el MSP supervise “la política nacional del medicamento” y tenga por objeto “promover su uso racional y sustentable”, todo lo cual aún es una saludable expresión de deseo.

Finalmente, con Sibutramina ocurre algo similar que con otros medicamentos: su eficacia es limitada, se puede desarrollar tolerancia a su efecto y una vez que se suspende es muy probable el aumento de peso de no mantenerse el tratamiento dietético y ejercicio. La población potencialmente beneficiaria es justamente la que tiene mayor riesgo de efectos adversos significativos, por lo tanto, debe hacerse un juicioso balance en cada caso de la ecuación riesgo-beneficio para evaluar si es favorable este tratamiento.

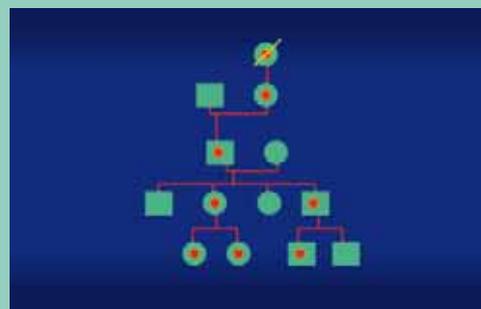
REFERENCIAS

- * Médico especialista en Medicina Interna. Asistente del Departamento de Farmacología y Terapéutica de Clínica Médica. Hospital de Clínica, Facultad de Medicina de la UDELAR.
- (1) Ficha técnica del medicamento. Abbott Laboratories, SA. Madrid. 2000.
 - (2) Kirschner M. Management of Obesity. *Current Respiratory Medicine Reviews* 2008;4:122-30.
 - (3) Kaila B, Raman M. Obesity: A review of pathogenesis and management strategies. *Can J Gastroenterol* 2008; 22:61-8.
 - (4) Torp-Pedersen C, Caterson I, Coutinho W, et al. Cardiovascular responses to weight management and sibutramine in high-risk subjects: an analysis from the SCOUT trial. *Eur Heart J.* 2007;28:2915-23.
 - (5) Maggioni A, Caterson I, Coutinho W, et al. Tolerability of Sibutramine During a 6-week Treatment Period in High-Risk Patients With Cardiovascular Disease and/or Diabetes: A Preliminary Analysis of the Sibutramine Cardiovascular Outcomes (SCOUT) Trial. *J Cardiovasc Pharmacol* 2008; 52:392-402.
 - (6) European Medicines Agency updates on ongoing safety review of sibutramine. Weight-loss medicine assessed over cardiovascular concerns. Press release. 18 december 2009.
 - (7) Follow-Up to the November 2009 Early Communication about an Ongoing Safety Review of Sibutramine, Marketed as Meridia. 21/01/2010. Food and Drug Administration. Disponible en: www.fda.gov/Drugs/DrugSafety
 - (8) Decreto 57/2006. Disponible en: http://www.presidencia.gub.uy/web/MEM_2006/MSP.pdf

COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR

Área Genética Molecular

Desarrollo de registros genéticos preventivos de población de alto riesgo cardiovascular



PROGRAMA

- Registro genético preventivo de hipercolesterolemia familiar.
- Policlínica de Genética Cardiovascular.
- Diagnóstico genético molecular.

OBJETIVOS

- Desarrollo y evaluación de estrategias orientadas a disminución de la morbi-mortalidad en adultos jóvenes.
- Prevención de la enfermedad coronaria y la muerte súbita.



Entrevista a la Dra. Ana Otero

La vida de una hematóloga que lleva la pasión en sus venas

Lic. Victoria Alfaro

La doctora Ana Otero, es una prestigiosa hematóloga especializada en hemostasis y trombosis. Su vocación por la medicina nació en los primeros años de la niñez. Su pasión la llevó a ser promotora de nuevas técnicas para nuestro país, pero también a recordar elementos básicos como el establecimiento de una buena relación con el paciente. Clave de una medicina que debido al vértigo de la vida cotidiana, corre el peligro de desaparecer.

¿Dónde nació y cuándo se despertó su vocación por la medicina?

Nací el 27 de febrero de 1943, en la calle Robinson y General Flores, mis padres pertenecían a una familia humilde y trabajadora. Mi madre no trabajaba y mi padre era oficial de la marina, pero no de carrera militar.

Mi padre falleció cuando yo tenía dos años, con lo cual mi madre comenzó a trabajar, éramos tres hijos, nunca pasamos miseria, pero todos tuvimos la oportunidad de estudiar y desarrollarnos en lo que queríamos.

¿Por qué elegí medicina? Ahora que estoy hablando de mi infancia me viene a la memoria que desde los ocho años se me ocurrió ser médica no sé por qué, en mi familia no había ningún médico.

Tampoco conocí a ninguno que me despertara admiración, ni nada parecido. Creo que la carrera fue vocacional, me gusta, siempre me gustó y me sigue gustando. Nunca me arrepentí de haberla elegido.

Fui a la escuela de las Dominicas, hice toda la escuela y el liceo allí. No tuve problemas de escolaridad.

En el año 1962 ingresé a la Facultad de Medicina, no había barreras para ingresar de ningún tipo, así que no tuve problemas.

En esa época no íbamos al hospital hasta tercer año de facultad. Esa fue una etapa muy fuerte en la carrera, fue nuestro primer contacto con los pacientes.

¿Cómo fue ese primer contacto?

El primer paciente que vi fue una joven con una hepatitis aguda fulminante. Para recién haber ingresado al hospital me resultó muy chocante. Después di el concurso de practicante interno, duraba tres años, pero justo en ese período vino la dictadura y se suspendieron todos los concursos.

Quedé seis años de practicante interno, pero igual nos permitieron dar el concurso de Grado Dos. Hice toda la



carrera docente en la Facultad de Medicina, más allá de que tuve que trabajar afuera, porque con lo que se ganaba como docente no se podía vivir.

Me recibí en el año 1971 y fui Grado Dos de Medicina Interna en 1972. Siendo grado dos en el piso 8 del Hospital de Clínicas nos dimos cuenta que nos gustaba una especialidad de medicina que no existía en el Uruguay, la Hematología. Eso fue alrededor de los años 1976-1977.

El doctor Guillermo Dighiero nos ayudó a conseguir una beca en Francia. A través de una comisión mixta en convenio con Facultad de Medicina.

Felizmente fuimos seleccionados dos porque éramos muy amigos, para hacer Hematología que no existía en Uruguay. El doctor Dighiero nos alentó mucho en ese momento, nos indicó a uno que estudiara Hemostasis y Trombosis (HT) y el otro Hemato-Oncología (HO).

En ese momento yo no pensaba hacer HT, me gustaba la HO, pero fue así para que pudiéramos estudiar los dos y cubrir toda la Hematología.

En ese momento fui a un hospital y referente de la HT en el mundo, el profesor Samama que estaba en el Hospital Hôtel Dieu. Ahí tuve la oportunidad de descubrir una vocación, que si bien no fue lo que había elegido inicialmente me gusto muchísimo. Me pareció una especialidad de gran utilidad.

Estuve un año trabajando con el profesor Samama, tanto en la parte clínica como en el estudio de la materia. Esa fue una experiencia que me marcó mucho desde el punto de vista profesional. Aprendí una metodología de trabajo con el profesor que luego me sirvió para toda la vida.

El espíritu científico, la seriedad, la ética en el ejercicio de la profesión, que si bien son cosas que vienen con la persona el tener un profesor que te transmite todo eso ayuda muchísimo.

Luego volví al Uruguay y siendo aun Grado Dos de medicina, el profesor Tomalino me apoyó para que pudiera desarrollar la especialidad en nuestro país.

En el año 1979, la sala 6 del piso 8 del Hospital de Clínicas fue destinada a pacientes hematológicos, principalmente pacientes inmunodeprimidos con leucemia, en quimioterapia, etc.

Esa fue la primera sala de ese tipo que hubo en Uruguay.

Una sala modelo, contábamos con un personal de enfermería especializado para hacer las quimioterapias. En el año 1980 el profesor De Bellis, consiguió crear un posgrado de hematología que no tenía un lugar físico de funcionamiento.

En ese año el profesor De Bellis le pide al profesor Tomalino, la sala 6 del piso 8 para que se hiciera la Cátedra de Hematología. Esa sala dio mucho trabajo para armarla, pero obviamente era el lugar ideal.

El profesor Tomalino, con toda delicadeza me consultó si yo aceptaba, porque era la que había trabajado en la construcción de la sala, le dije que sí y la cátedra se instaló en dicha sala y otros saloncitos. Ahí nació la Cátedra de Hematología en 1980.

¿Qué sucedió a partir de ese momento?

Estuvimos muchos años porque éramos muy jóvenes. En ese momento tenía 38 años y era Grado Cuatro, tenía mucho tiempo por delante para formar algo nuevo. Pasaron muchas generaciones, la sala funcionaba llena de pacientes, teníamos además otros internados en otras salas del hospital.

Se formó un grupo de docentes muy buenos por concurso y funcionó como cualquier cátedra. Al principio pensábamos a dónde irían a trabajar todos los hematólogos.

Pero actualmente hay más de 100 hematólogos en la Sociedad de Hematología y están todos trabajando.

¿Ese número es suficiente para cubrir las necesidades del país?

Creo que sí, por ahora son suficientes, sin embargo se siguen formando, aunque ya hay retirados, estamos creciendo y algunos se fueron al exterior. Por ahora creo que son suficientes.

Pasaron muchas cosas en este tiempo, el profesor De Bellis tuvo la visión de que los grados cuatro fueran uno especializado en HT y el otro en HO. Más allá de que en el trabajo hacíamos de todo, estábamos en plena dictadura.

¿Tuvieron muchas limitaciones en esa etapa para trabajar?

No, pero teníamos la tristeza de saber que había colegas que no estaban en el país. Pero problemas para trabajar no tuvimos.

Luego de la dictadura todos los cargos de la Facultad aunque fueran por concurso debíamos renunciar y ponerlos a disposición del Consejo.

Si había alguien que había quedado afuera por la dictadura, el cargo iba a concurso. El doctor De Bellis tuvo que concursar por el grado 5 y yo por el grado 4. Después de algunos problemas, ambos quedamos titulares y seguimos los que estábamos al principio.

Siempre que pasan estas cosas, las relaciones quedan complicadas, después vino la etapa del trasplante de médula. Es ahí cuando la cátedra comenzó a ir más hacia la HO.

De un solo lugar para el trasplante aparecieron cuatro centros más, es una especialidad muy absorbente, atractiva y sin lugar a dudas hay trabajo.

Además la cátedra se inclinó mucho hacia ese sector de la Hematología. La HT no ofrecía muchos cargos laborales por entonces.

De hecho en la actualidad sigue orientada hacia la HO. Lo cual es realmente lamentable, porque la mayoría de los pacientes de la Hematología tienen problemas de HT. Y es una minoría la que tiene necesidad de la HO.

No todos los pacientes tienen cáncer

Exactamente, por eso desde hace algunos años que insisto públicamente que la HT debe separarse de la HO, deben ser especialidades separadas.

Creo que en el futuro como sucede en otros países estas especialidades van a estar separadas. Han sido ciertas circunstancias locales que han llevado las cosas por ese lado.

¿Hay muchos médicos en la actualidad dedicados a la HT?

No, en este momento cualquier médico que tenga el título de hematólogo puede atender HT. Pero yo lo sé y todos lo sabemos que los que hacen esa área no están especializados en HO, porque es imposible.

Todo el tiempo estamos estudiando trabajos nuevos. Entonces qué pasa, cuando se toma un hematólogo en una institución hace de todo, y tiene que hacerlo porque la mutualista se lo exige.

Pero si algún día se divide la especialidad, tendríamos más cargos de trabajo, cada uno haría lo suyo y lo haríamos mejor.

En mi caso hace muchos años que solo hago HT, deje la HO porque no podía estar al día con lo mío, estaba descuidando aspectos de mi especialidad. No puedo de ninguna manera estar al tanto de las dos cosas.

Por la orientación que tiene la medicina a nivel mundial, cada vez los profesionales tienen que ser más especializados en su área.

Exactamente, en el mundo hay congresos de HT solamente. Y de Hematología de lo cual el 90% es HO.

Creo que en Uruguay van a tener que haber líderes con mucha fuerza para lograr que la Facultad de Medicina reconozca a la HT como una especialidad en sí misma.

¿Quizás en esta situación influye el hecho de que sea una especialidad muy nueva para el país?

Sí, su creación es muy reciente.

Antes de cumplir los 65 años, me quedaban 3 años para retirarme de la Facultad, pero tuve algunos problemas y no estaba para complicarme la vida, así que me fui.

Pero seguí trabajando, formamos una sociedad sin fines de lucro que se llama Investigación y Ciencia en Hemostasis y Trombosis. Allí están todos los hematólogos de esta especialidad y otros que vienen a actualizarse.

Hemos trabajado muchísimo todo el año haciendo cursos. Me encantaría que la HT siguiera adelante por el bien del país, porque la mayoría de la gente se muere por accidentes vasculares, cerebrales o por infartos. Es la primera causa de muerte.

Es una especialidad que necesita existir como tal para que se mantenga, habría que imponerla en el ámbito académico.

¿Qué fue lo que le dio más satisfacciones en esta especialidad?

El tratamiento a las embarazadas con trombofilia. Por los años 1986-1987, con el doctor Ricardo Pou ginecólogo y el doctor Enrique Pons, empezamos a estudiar a las mujeres que tenían pérdidas recurrentes de embarazo, que no eran de causa ginecológica.

En ese entonces en el mundo se empezaba a hablar de unos anticuerpos que producían la pérdida del embarazo y formamos un equipo de trabajo y empezamos a estudiar este tema.

Me acuerdo de la primera paciente que tratamos, una señora que había tenido siete abortos, decidimos tratarla y esa mujer resultó con un embarazo normal.

De ahí en más empezamos a tratarlas y ahora es un tema muy conocido. Formamos un grupo muy lindo entre los ginecólogos y los hematólogos.

A esta altura debemos haber tratado más de mil pacientes con pérdidas recurrentes de embarazo y con una evolución del 95% de éxito, con recién nacidos sanos, sin complicaciones.

Esa fue la satisfacción más grande porque obviamente lograr que una mujer que tiene ese tipo de pérdidas continuas es muy traumatizante no solo para ella sino para el marido, donde cada uno piensa quien tiene la culpa. Lleva a una distorsión familiar, con mucha angustia por parte de la paciente.

Por supuesto que ahora no esperamos a que pierdan varios embarazos, en el primero ya la estudiamos.

Sobre esto pasó algo muy curioso, cuando llevábamos este tema a los congresos internacionales y decíamos que hacíamos eso y que veníamos de Uruguay, nos miraban con cara de que estábamos inventando.

No nos daban mucha bolilla, después cuando decíamos que no esperábamos a tener pérdidas recurrentes, decían que no podía ser así.

¿Cómo le íbamos a decir a una paciente que sabemos que ha perdido un embarazo, pierda otro y venga a vernos? Eso está fuera de la lógica.

En estos momentos en el mundo, para nuestra satisfacción, hay un consenso para que se trate de entrada. Eso para nosotros ha sido un orgullo extraordinario, más allá de que no nos reconozcan que fuimos los primeros, pero nosotros lo sabemos.

Con este tema ganamos el Gran Premio Nacional de Medicina en el año 1996, que entrega el Ministerio de Educación y Cultura, al mejor trabajo, ese también fue un gran orgullo.

Tengo la enorme satisfacción de haber tenido muchísimos alumnos a los cuales tengo en mi mente y en mi corazón, que han progresado mucho en la medicina, se han transformado en profesores algunos de ellos. Siempre que nos encontramos tenemos una relación muy buena.

No puedo decir que me arrepienta de la medicina, es una carrera muy sacrificada en Uruguay, durante los primeros años hay que trabajar mucho, ahora creo que es peor.

Hay que hacer muchas guardias, estar sin dormir y seguir trabajando, ganando poco. Pero para mí fue realmente un placer.

Cuando gané mi primer sueldo no entendía por qué me pagaban por hacer algo que me gustaba tanto.

La vocación entonces tiene que ser real

Exactamente, es muy importante y siempre he tratado de transmitirlo a mis alumnos: no solo hay que enseñar medicina, sino también incentivar la relación con nuestros pacientes.

Es importantísimo, hay que hablar con la gente, respetarlos, no desde un pedestal, sino tratarlos como personas, llamarlos por su nombre, darles la mano cuando entran, acordarse de las cosas que nos cuentan.

A veces cuando uno tiene muchos pacientes es bravo, pero hay que anotar en la historia clínica determinadas cosas de la vida del paciente, para poder hablar luego con la persona.

¿A veces el apoyo humano es más importante que la receta médica?

Es importantísimo, los pacientes te enseñan cosas de la vida que te dejan emocionado o asombrado.

Una anécdota: uno de los últimos pacientes que traté con una leucemia aguda, era un chico joven, un día no pude ir a verlo (fue un suplente en mi lugar) porque mi hijo estaba con una gripe muy fuerte.

El joven estaba muy grave en una etapa terminal, y cuando llegue a atenderlo me dice, ¿Cómo está su hijo doctora? Para mi eso fue impactante, te enseña lo que es la calidad de algunos seres humanos. Me preguntaba por una gripe banal de mi hijo cuando él se está muriendo con 20 años.

Eso te enseña mucho, cuando la gente está entre la vida y la muerte y se dan cuenta, porque se dan cuenta, recuerdan muchas cosas, te cuentan muchas cosas y tienen actos de generosidad que te dejan helados. Pero a esa situación se llega cuando tuviste una buena relación médico-paciente.

La buena relación le hace bien al paciente y a nosotros. Es una lástima que se pierda.

¿Se ha perdido esa estrecha relación entre ambas partes?

Creo que el sistema de trabajo en nuestro país donde los médicos de las mutualistas tienen que ver en 10 minutos a un paciente, lleva a no tener tiempo para hablar nada con el paciente. Lo agota y cansa.

No hay tiempo para sentarte y escuchar lo que te está contando, qué es lo que lo tiene preocupado aparte de su enfermedad. Es una parte del todo del ser humano que uno está atendiendo. Eso ha cambiado y creo que es el sistema lo que lleva a los médicos a atender de esa forma.

Se está perdiendo una de las cosas más lindas que tiene la medicina: la relación médico-paciente.

Cada paciente es un individuo diferente con sus problemas, la persona habla con el médico como lo hace con el sacerdote, te cuenta todo si te pones a escucharlo.

Cuando estaba en la Facultad era distinto, teníamos tiempo para atender al paciente, claro yo trabajaba en los hospitales donde no te están apurando, si te vas dos horas más tarde es cosa tuya. No te van a pagar más, pero tampoco te van a echar.

Nunca me tocó atender siete pacientes en una hora, creo que nunca lo hubiera aceptado, pero hay gente que lo necesita para vivir.

¿Qué proyectos tienen ahora como institución?

Varios, uno arranca en marzo, vamos a hacer un simposio sobre la enfermedad trombo-embólica venosa, que son las trombosis venosas que se pueden complicar con las embolias pulmonares. Es una patología que tiene riesgo de vida.

Sucedo que en el año 1975 un cirujano, demostró que la cirugía se complica con trombosis en el proceso terapéutico.

El 30% de los pacientes hacen trombosis venosa si no se toman medidas para prevenir. Se hizo un estudio multicéntrico donde intervinieron 16 países de Europa con 4000 pacientes que iban a cirugía mayor y que tenían algún factor de riesgo para trombosis venosa.

A la mitad le dieron un fármaco y a la otra no y observaron que a los que le habían dado el medicamento hicieron menos trombosis.

Demostraron que se podía hacer prevención de la trombosis venosa. Esto es algo conocido, aceptado y demostrado por la medicina en todo el mundo.

Tanto en Estados Unidos, como en Europa y en Uruguay el 30% de los pacientes que están internados que deberían estar recibiendo prevención no la reciben. Porque es así, porque el médico se olvidó, porque no cree en eso, no sabemos el porqué.

Entonces lo que se está haciendo en todos los continentes, es formar grupos de trabajo que hagan vigilancia en los hospitales con distintas metodologías, para que todos los pacientes que necesiten prevención la reciban.

El 19 de marzo vamos a hacer una reunión donde van a participar también las autoridades sanitarias. Así como los directores de todos los hospitales e instituciones privadas de salud, para hablar de este tema y ver cómo podemos instrumentar un método adaptado a nuestro país para realizar prevención.

¿Está hablando de instaurar un protocolo al respecto?

Sí, pero además ver cómo vigilamos que se cumpla, con auditorías, inspecciones y cosas que puedan concientizar a los médicos sobre el problema.

Esa es una meta que tenemos para el 2010 en la cual vamos a trabajar todo el año. Queremos que las autoridades de salud pública nos ayuden desde el Fonasa y participen del tema.



De Helsinki a San Pablo: el debate continúa. SMU en Simposio de Expertos en Investigación Clínica San Pablo.

¿Placebo vs. Paciente?

En febrero de este año se llevó a cabo en San Pablo, Brasil, el Simposio Internacional de Expertos en investigación clínica con Placebo, en el marco de las actividades del grupo de trabajo dedicado al estudio de esa temática de la AMM (Asociación Médica Mundial), presidido por el Dr. Ramin Parsa-Parsai. El Sindicato Médico del Uruguay participó de la reunión a través de una delegación integrada por el Dr. Alarico Rodríguez, miembro del Consejo de la Asociación Médica Mundial y Presidente de la Comisión de Asuntos Internacionales del SMU, el Dr. Ignacio Amorín, integrante de la Mesa Ejecutiva del SMU y Tesorero de la institución, y la Dra. Delia Sánchez, conferencista del grupo de trabajo, especialista en Salud Pública y Bioética, docente de la materia en la Facultad de Medicina, quien se ha desempeñado además como consultora de la OPS y del MSP.

UN POCO DE HISTORIA

El debate en la comunidad científica sobre la investigación clínica con placebo no es nuevo, por lo que tampoco ha sido ajena la Asociación Médica Mundial (y el SMU que integra su Consejo Central) a los avatares de dicho debate a lo largo de los años. La Declaración de Helsinki de 1964, aprobada por la XXVIII Asamblea Médica Mundial, constituye el marco ético para los médicos de todo el mundo en relación a estas temáticas, y fue el primer esfuerzo global por establecer estándares de protección a los pacientes sujetos de investigación clínica. Las Guías de Buenas Prácticas de Investigación Clínica adoptadas por la Reunión Internacional de Armonización en 1996 para unificar los criterios de calidad y ética de la investigación exige a los médicos participantes en investigación clínica farmacológica que firmen un compromiso de adhesión a la Declaración de Helsinki. La Declaración ha sufrido por ello sucesivas modificaciones y notas aclaratorias de estos aspectos, fundamentalmente a partir de la década del 90, en que se renovó el debate. El párrafo clave objeto de debate y modificaciones ha sido el Número 29 de la vieja declaración, que afirmaba: “Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con

los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos terapéuticos o diagnósticos probados”. Varios científicos comenzaron a denunciar a principios de los 90 que investigadores usaban nuevos fármacos vs. placebo en patologías para las cuales ya existía tratamiento conocido y probado, como Artritis Reumatoidea, Hipertensión, Depresión o vómitos en pacientes oncológicos. Mas tarde en 1997, Lurie y Wolfe en base a documentos de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) denunciaron en la revista New England Journal of Medicine que se estaban realizando estudios en los que se investigaban métodos para evitar la transmisión materno-fetal del VIH, empleándose como grupos controles mujeres de Costa de Marfil, Tanzania y Uganda embarazadas infectadas con VIH a las que se les administró un placebo, cuando desde 1994 se conocía la eficacia del AZT para evitar la transmisión. Claramente esto contradecía la interpretación textual de Helsinki en cuanto a “los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos” usados. Los defensores de la investigación alegaron que los mejores métodos no estaban disponibles en el lugar en que se realizaba la investigación, y que esos

pacientes iban a sufrir de todas maneras el curso de la enfermedad ya que no existía acceso a la medicación, a la cual “igualmente no accederían de no realizarse la investigación”. La polémica determinó la necesidad de actualizar la Declaración. En noviembre de 1997 la delegación de la American Medical Association (EE.UU.) introdujo en la Asamblea General de la AMM de Hamburgo una propuesta para revisar la Declaración. Se proponía reemplazar la frase “deberá aplicarse a todos los pacientes –incluidos los del grupo o grupos de control si los hubiera– el método diagnóstico o terapéutico de mayor eficacia comprobada”, por la siguiente: “se debe asegurar que a el/la paciente no le será negado el acceso a los mejores métodos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos que de otra manera pudieren estar disponibles para él/ella”. La frase “Esto no excluye el uso del placebo en estudios donde no existe método de diagnóstico o terapéutico” sería reemplazada por “Esto no excluye el uso del placebo o grupos control sin tratamiento si esto estuviere justificado en un protocolo de investigación ético y científico”. También se proponía agregar la siguiente afirmación “Cuando el resultado a medir no sea muerte o discapacidad, controles con placebo o sin tratamiento pueden ser justificados en base a su eficiencia”.

En la Asamblea general de la AMM en Washington, en 2002 se aceptó una “Nota de clarificación del párrafo 29 de la Declaración de Helsinki” que rezaba: “La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo, y en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente. Sin embargo, los ensayos con placebos son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones: Cuando por razones metodológicas, científicas o apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéuticos; Cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo”. Para muchos investigadores y bioeticistas la nota resultaba poco clara en cuanto a la definición de “razones apremiantes” y daba lugar a lo que se dio en llamar el desarrollo de un concepto de “doble estándar” de tratamiento, uno para países ricos y otro para países en desarrollo. Se afirma además la existencia de una fuerte presión de la industria farmacéutica. Finalmente en la Asamblea Médica Mundial de Seúl en 2008 se modificó la Declaración de Helsinki quedando como texto final sustitutivo del “párrafo

29”: “los beneficios, riesgos, cargas y efectividad de una nueva intervención deben ser comparados contra aquellos de la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias: El uso de placebo, o no tratamiento, es aceptable en los estudios en donde no exista una intervención probada o cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes el uso de placebo es necesario para determinar la eficacia o seguridad de una intervención y que los pacientes que reciben placebo o no tratamiento no van a estar sometido a algún riesgo de daño serio e irreversible. Se debe tomar extremo cuidado para evitar abuso de esta opción”. La Asociación Médica Mundial creó un grupo de trabajo permanente presidido por el Dr. Ramin Parsa-Parsai para la elaboración de documentos, guías prácticas y la discusión de las diferentes aristas de esta complejo debate, que en la reunión de San Pablo realizaría una puesta en común desde las diferentes perspectivas.

SAN PABLO: “UN HITO EN LA HISTORIA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA”

El Simposio de San Pablo se realizó en la sede de la Asociación Paulista de Medicina. El presidente de la Asociación Médica Brasileña (AMB) y miembro del Consejo de la Asociación Médica Mundial Dr. José Luiz Gomes



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

ENVIAR
SERVICIOS POSTALES
480 73 53

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

do Amaral inauguró el evento con sus palabras: “Estamos profundamente honrados en ser sede de este evento que marcará un hito en la historia de la investigación”. Citando a Iank Coble afirmó: “la Medicina es cuidado amalgamado con ética”.

En el evento se reunieron por primera vez las entidades más importantes de todo el mundo relacionadas a la regulación de medicamentos e investigación clínica, reuniendo expertos que durante tres días debatieron mediante talleres posteriores a conferencias magistrales los aspectos más controversiales de la investigación con placebo. Se trata de la primera vez donde ponen en común sus puntos de vista la FDA (Food and Drug Administration), CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences), Council of Europe, WHO (World Health Organization), Federal Institute for Drugs and Medical Devices, EMEA (European Medicines Agency), European Commission, NIH (National Institute of Health-EE.UU.) y Good Clinical Practice Alliance. A nivel académico el evento reunió a expertos de las Universidades de Harvard, Mc Gill, Tubinga y Tel Aviv, y autoridades de los Colegios y Asociaciones Médicas de Alemania, EE.UU., Canadá, Japón, Sudáfrica, Camerún, Inglaterra, Brasil y Uruguay. Durante el evento se presentaron los últimos avances en relación a las bases neurobiológicas del efecto placebo, que “puede llegar a explicar hasta el 70 % de la efecto terapéutico de un fármaco”, según afirmó Paul Enck, de la Universidad de Tubinga, Alemania. Se estima que un 30-40 % de los antidepresivos poseen efecto placebo. Se mostraron trabajos de diversos autores entre otros Petrovic quien en el 2002 demostró la activación de zonas cerebrales por efecto placebo mediante resonancia nuclear magnética funcional.

La predisposición es variable en cada paciente, y tiene que ver con las expectativas del paciente, su experiencia con anteriores tratamientos, la vía de administración y factores de personalidad. Se volcaron datos además sobre prácticas clínicas con placebo, estimándose en el 2008 en EE.UU. el 55% de los médicos utilizaron algún procedimiento terapéutico con fines placebo en su práctica clínica rutinaria.

Por su parte Karin Michels de Harvard planteó las dificultades operativas y metodológicas para la investigación y desarrollo de nuevos fármacos analgésicos y antidepresivos si solamente se los compara con otra droga impidiéndose la comparación con placebo. A su juicio la investigación con placebo no se justifica en caso que existan tratamientos curativos o enfermedades como el Cáncer, el SIDA y las enfermedades infecciosas. Se justificaría en determinadas psicoterapias, Hipertensión arterial leve, Depresión leve e incluso el Asma leve. Se explicó además que drogas valiosas como el captopril nunca se hubieran desarrollado en un esquema restrictivo de investigación con placebo.

Por su parte Bioeticistas de la OMS y otros investigadores clínicos advirtieron sobre los riesgos de graves problemas éticos en investigación con placebo, así como la posibilidad de “explotación” y exposición a serios riesgos a poblaciones vulnerables. La Dra. Delia Sánchez de Uruguay, en una muy documentada exposición, advirtió sobre el posible desarrollo de un doble estándar de tratamiento, o un verdadero “sub-estándar” terapéutico para los países en desarrollo.

UN DEBATE PERMANENTE

La reunión culminó con un borrador de tres documentos sobre aspectos metodológicos, riesgos y eventuales perjuicios en el uso de placebos, y consideraciones especiales para el consentimiento informado, que el grupo publicará próximamente a través de la AMM, reuniendo los diferentes puntos de vista y recomendaciones, y cuyo resumen incluiremos en próximos números de “Noticias”. El consenso general de la reunión fue el de establecer normas regulatorias estrictas dentro del marco de las modificaciones de Helsinki del 2008. Pero en muchos aspectos las posiciones permanecen encontradas.

Los defensores de la investigación con uso de placebos, afirman que los eventuales efectos perjudiciales del no tratamiento son sintomáticos y se pueden revertir, y los estudios con placebo son más baratos y rápidos que los que usan para comparación con droga activa. Asimismo, desde el punto de vista metodológico, “comparar dos drogas puede mostrar que una de ellas es mejor que la otra, pero sin comparación con placebo podría significar simplemente que ninguna de las dos es efectiva”. Involucra el respeto a la autonomía del paciente (uno de los fundamentos de la bioética) que consiente en participar del estudio y asumir ciertos riesgos en pos de lograr avances en el tratamiento de la enfermedad que él mismo está padeciendo”.

La comparación con placebo permite además una evaluación más exacta de los efectos adversos. Sin embargo las connotaciones éticas que conlleva en determinadas situaciones clínicas el uso de placebo hacen que este tema merezca una profunda reflexión de los colectivos médicos y las colectividades científicas de cada país, donde cada vez los Comités de Ética en Investigación deben cobrar mayor relevancia.

La obligatoriedad de brindar el tratamiento gratuito a los sujetos de estudio, el peso económico de la industria farmacéutica y su relación con el profesional médico, la declaraciones de conflicto de interés en las publicaciones y eventuales plagios y amañado de resultados fueron otros temas mencionados en el encuentro que llenan el debate hoy del pensamiento médico en el mundo, y que motivarán seguramente futuras reflexiones.

PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL ELOGIÓ LAS POLÍTICAS ANTITABAQUISMO DE URUGUAY.

El Dr. Dana Hanson, Presidente del Consejo de la Asociación Médica Mundial elogió las políticas antitabaco de Uruguay: “felicito fuertemente, me alegra mucho saber no solo de la importancia de las medidas propuestas, sino de la aceptación de las restricciones por parte de la población. Eso es lo más rescatable”. El destacado dermatólogo, ex -Presidente de la CMA (Canadian Medical Association) afirmó que “la estrategia de las tabacaleras es expandirse en los países en desarrollo y en Asia; en India y China ha crecido un 40% el consumo de tabaco, por lo que considero esenciales estas medidas”. La próxima reunión de la Asamblea Médica Mundial a desarrollarse en Montevideo en el 2011, tendrá como tema central de la sesión científica las Políticas Antitabaco en el mundo.



El Dr. Ignacio Amorín junto al presidente del Consejo de la AMM, Dr. Dana Hanson

NUEVO



POTENCIA PARA ALCANZAR LA META...

EXFORGE®

amlodipina/valsartán

LA SINERGIA DE EFICACIA Y PROTECCIÓN



Gramón Bagó

Gramón Bagó de Uruguay S.A.
Av. J. Suárez 3359, Montevideo
www.gramonbago.com.uy
☎ 0800 1856



NOVARTIS

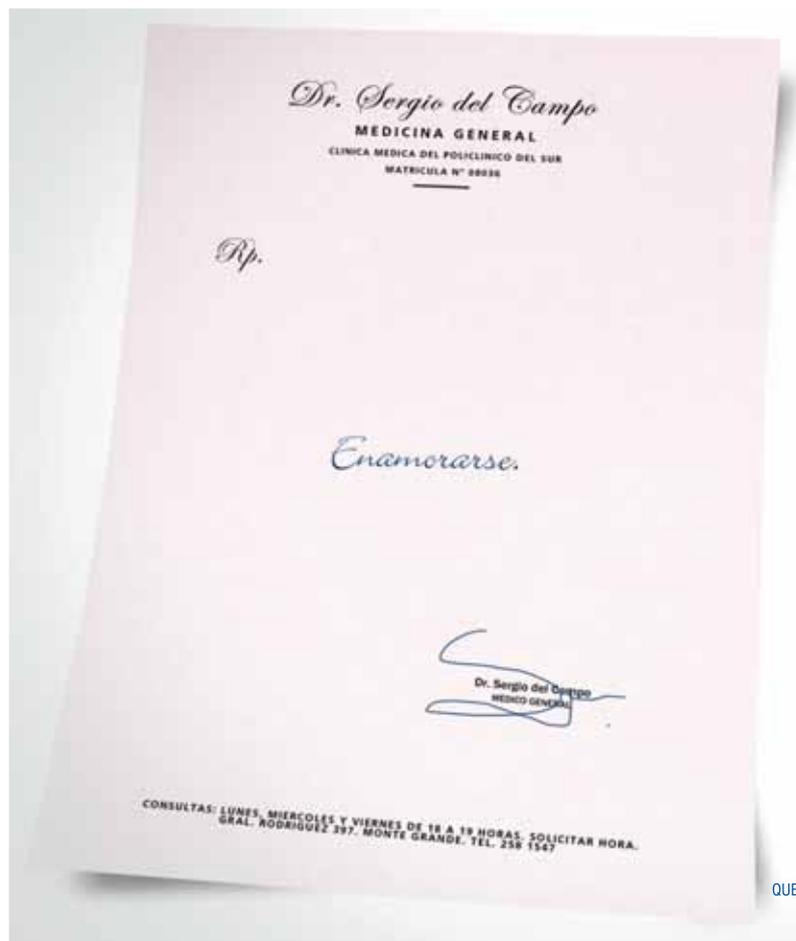
Este producto y su marca son propiedad de Novartis y es comercializado en exclusividad por Gramón Bagó de Uruguay S.A.

Fuentes: www.smu.org.uy y www.zonaeventos.com · contacto@zonaeventos.com

Eventos para marzo, abril y mayo



FECHA	EVENTO	LUGAR
18/03 a 20/03	International Conference on Molecular Imaging "Status and future of molecular imaging: Looking for the horizon"	A confirmar
22/04 a 23/04	RETINA 2010: Curso - Especialidades: Oftalmología	Bioscience Hall - Jorge Canning 2363 - Hospital Italiano
07/05 a 08/05	V Congreso de Psicología Médica y Medicina Psicosocial "Más allá del genoma... Más acá de la cultura. La salud mental desde el paradigma de la complejidad"	Hotel Nh Columbia - Rbla. Gran Breña 473



Cuando nos enamoramos, fortalecemos el sistema inmunológico y liberamos endorfinas que ayudan a subir nuestras defensas. Cuando nos besamos, producimos adrenalina, que favorece nuestro ritmo cardíaco, contribuye a bajar el colesterol y mejora la circulación.

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

CTI. 848 48 48
CENTRAL TELEFÓNICA INTELIGENTE
TODOS LOS DÍAS LAS 24 HORAS


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


farmashop
CALIDAD DE VIDA

Entrevista al Dr. Fernando Dora de OPS

"Convicción y decisión" a la hora de implementar la reforma de la salud

V.A.

El veterinario brasileño, doctor Fernando Dora, fue hasta finales de enero del 2010, el representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Uruguay. Vivió desde el inicio la implementación de la reforma de la salud y la apoyó fervientemente. Se retira de nuestro país con buenas experiencias y elogió a las autoridades sanitarias por el nuevo sistema de salud. La gran convicción y decisión política de las autoridades del país al hacer esta reforma". Aunque reconoce dificultades entiende que es comprensible que en algunos sectores los cambios sean más lentos que en otros.



¿Cuál es su visión de la reforma de la salud en Uruguay?

Prefiero no hacer demasiados comentarios porque son ustedes los uruguayos los que tienen que hacer una evaluación.

Pero tengo que decir que tuve una suerte muy grande, fui muy bien recibido por el ex ministro Bonilla, en la pasada administración y también por este ministerio.

Incluso antes de las elecciones me puse en contacto con los equipos de salud de los diferentes partidos políticos que disputaban las elecciones.

Empezamos a conversar, la primera reunión formal fue el 27 de diciembre del 2004, con la visita de la ministra María Julia Muñoz, y Miguel Fernández Galeano, dos líderes fantásticos de este proceso y enseguida establecimos una muy buena relación.

Discutimos las estrategias de nuestra participación en las líneas estratégicas. En marzo formalizamos la discusión bajo el liderazgo del MSP con la OPS, los requisitos del procedimiento en cooperación técnica, cuales eran de nuestra responsabilidad, y sobre cuales teníamos la capacidad para dar una respuesta.

Llegamos a siete áreas de trabajo: políticas de salud, servicios de salud, descentralización y actuación local, innovación y exportación de tecnología uruguaya e integración.

En este proceso discutimos con cerca de 300 profesionales de diversos ámbitos. También conversamos con la academia, varias ONGs (Organizaciones No Gubernamentales), la OEA (Organización de Estados Americanos), etc. Todos tuvieron participación, esa fue nuestra guía para la cooperación técnica de la OPS que incluía la reforma de la salud.

Hay que hacer un elogio muy grande a la gran convicción y decisión política de las autoridades del país al hacer esta reforma. Hace muchas décadas que se habla de la reforma de salud, de hecho las instituciones de salud son mucho más antiguas que el propio ministerio.

Si uno habla de esa reforma todos están de acuerdo, siempre que la reforma afecte al otro y no a uno, porque si es así la reforma no es tan buena.

No hay reforma que no tenga gente en contra, a favor o sean indiferentes.

¿Es una reforma que apuntaría a cambiar el trasfondo del sistema de salud?

Claro, se consideran aspectos como la universalización en el acceso a la salud. Nadie va a estar en contra de eso. Pero también se plantean temas como el equilibrio en los recursos económicos. Así como incentivar la atención primaria de la salud.

Me parece que los principios de universalidad y equidad son aceptados por todos, ahora, la manera de hacerlo es diferente. Lo primero es hacer la reforma y este equipo ministerial tuvo el coraje de hacerlo.

La reforma demuestra muchas virtudes y ventajas: se ha incorporado mucha gente al sistema de salud y con el tiempo se va a cuidar más de la calidad. No se puede hacer todo al mismo tiempo y además es comprensible que esos cambios en algunos sectores sean más lentos que en otros.

El modelo de Uruguay es justamente parte de la política de nuestra organización. Este es el modelo que el país ha elegido y es centralizado, hay que cuidarlo porque con inteligencia han puesto en la Junta Nacional de la Salud

(Junasa) y otros organismos representantes de los sectores sociales: usuarios y trabajadores.

Lo que se ha visto es que prácticamente los 3 millones y medio de uruguayos están cubiertos. Faltan algunos que de a poco se van a ir incorporando.

Una reforma también toca intereses y estos se defienden. Hay otros que son difíciles de trabajar como son los costos sobre la tecnología, muchos creen que es lo más importante y no suele ser así.

El MSP instauró el control sobre el equipamiento que es introducido al país, con el objetivo que la tecnología no sea subutilizada, ¿qué piensa sobre ello?

Es importante porque ciertas empresas tienen tecnología en exceso en algunas áreas, algunos equipamientos seguramente están ociosos en el país. Dejar que el mercado controle eso es una injusticia porque todos van a pagar más.

La intención de las autoridades es tratar de organizar un poco para que no existan excedentes o que falte en otras áreas claves de la salud.

Hay cosas increíbles en la región, por ejemplo un estudio demostró hace unos años de que en Brasil la mayor densidad de agrónomos estaba en Copacabana.

En el caso de los médicos uruguayos la gran mayoría está en Montevideo. Creo que es una preocupación que se está viendo ahora: descentralizar este tema y es un acierto.

Usted hablaba en un inicio de que la OPS debería haber participado más en algunos aspectos, ¿cuáles son?

Tal vez en una fase inicial podríamos haber tenido un programa para mostrar y comparar los diferentes niveles de los sistemas de salud en la región y en el mundo.

Hubiera ayudado haber tenido una rápida valoración de lo que se está haciendo en el país. Uruguay es un ejemplo en muchas cosas, pero otros países hubieran servido para comparar sistemas, Brasil ha hecho antes de Uruguay y Chile una de las principales reformas de las últimas décadas.

A pesar de que Brasil es muy complejo, tienen el gobierno central, gobiernos estatales y locales que son muy



fuertes, son embargo lograron hacer un sistema de salud donde el gobierno federal ha sido fiscalizador.

Hay que considerar que trabajamos de acuerdo a la demanda del país, no obligamos a nadie, ni nos entrometemos innecesariamente. Sugerimos y después respondemos a la demanda del país.

¿Cuáles fueron los momentos más difíciles o complicados frente a la delegación?

Honestamente trabajamos muy bien con todos.

Muchas representaciones en otros países trabajan casi exclusivamente con los ministerios de salud. Pero al discutir temas como los problemas del ambiente, estos no son exclusivos del área del MSP: accidentes de tráfico, influenza, rabia, hay que trabajar en conjunto.

Creo que la apertura y la inteligencia de las autoridades, nos ha dado un panorama muy amplio, excediendo al MSP. Trabajamos con muchos más actores como las comisiones: cardiovascular, tuberculosis, zoonosis, etc.

Trabajamos mucho con la Unasev, la Junta Nacional de Drogas, con las Intendencias. Hemos tratado de sugerir, estimular y aconsejar, pero siempre en nuestro papel secundario.

PRESENTACIONES:
ESTUCHES CONTENIENDO
14 Y 28 COMPRIMIDOS DE 40 MG.

TAROPLEN 40 mg
TAROPLEN 40 mg

Máxima protección con una única toma diaria

En ciertas áreas Uruguay tiene mucha capacidad y llevamos la experiencia a otros países. Por ejemplo el programa de salud bucal, el plan piloto que se hizo en Canelones, está siendo exportado. No fue una tecnología creada en Uruguay pero este país tuvo el coraje de implementarlo.

Ya hay un convenio entre Uruguay y Paraguay, Uruguay con Argentina otro con Brasil. Una tecnología barata, sencilla, que no necesita energía eléctrica, y tampoco la infraestructura de un consultorio odontológico.

¿Que se lleva de Uruguay al retirarse de la OPS?

Muchas cosas, primero quiero agradecer al pueblo uruguayo por el buen trato que hemos recibido y un agradecimiento muy grande a las autoridades por todo el apoyo.

Tengo la satisfacción personal de haber multiplicado los recursos que utilizamos en Uruguay, casi lo triplicamos en relación al 2004. También aumentó el número del personal.

Hicimos proyectos para traer recursos extra presupuestarios y apoyamos eventos internacionales y estudios para que se realizaran en Uruguay.

Además Uruguay es más barato que en otros países, la dificultad depende de dónde viene la gente, para llegar, pero después es mucho más barato. Es más seguro, encantador y tiene una buena capacidad hotelera.



Nutriguía
Conocer más para alimentarse mejor

Nueva edición con Nutriguía Terapéutica actualizada:

**Nutrición y Cáncer . Obesidad
Hipertensión Arterial . Dislipemias
Síndrome Metabólico . Osteoporosis
Diabetes**

Los diagnósticos actuales basados en los últimos consensos. Terapias nutricionales. Información sobre tratamientos quirúrgico y farmacológicos.

En venta con precio bonificado para socios del SMU
www.nutriguia.com.uy - 901 0159

El Dr. Eduardo Levcovitz es el nuevo representante de la OPS/OMS en Uruguay

El Dr. Eduardo Levcovitz, de nacionalidad brasileña, recibió el título de Médico de la Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil, en 1978. De 1979 a 1985 concluyó los Cursos de Especialización en Salud Pública y en Planificación en Salud y la Maestría en Salud Pública en la Escuela Nacional de Salud Pública, FIOCRUZ. En 1997 obtuvo el Doctorado en Salud Colectiva (Área de Políticas, Planificación y Administración en Salud) del Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Rio de Janeiro. En el 2009 fue condecorado por el Gobierno de Brasil con la Medalla de Mérito Oswaldo Cruz.

El profesional inició su carrera en el Ministerio de Salud de Brasil, donde ejerció como Médico Salubrista de 1981 a 1984; entre 1985 y 1988 trabajó en el Instituto Nacional de Atención Médica de la Seguridad Social, ejerciendo el cargo de Director de Departamento y el de Secretario de Medicina Social; de 1989 a 1991 fue nombrado Subsecretario de Planificación y Desarrollo de la Secretaría de Salud del Estado de Rio de Janeiro. En 1995 regresó al Ministerio de Salud, donde fue nombrado Secretario de Servicios de Salud; entre 1997 y 2000 ejerció los cargos de Director del Departamento de

Descentralización y del Programa de Desarrollo y Gestión de Sistemas de Salud. En el campo académico, se desempeñó por más de 15 años como profesor de postgrado en temas de Políticas y Sistemas de Salud y Protección Social, Planificación, y Financiamiento Sectorial, en el Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Rio de Janeiro, donde además ejerció entre 1992 y 1994 las funciones de Vice-Director y Jefe del Departamento de Administración y Planificación en Salud.

El Dr. Levcovitz se vinculó con la OPS como asesor a corto plazo en Brasil, Nicaragua y República Dominicana (1991-1992). De 1998 al 2000 fue responsable del Convenio de Cooperación entre la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil en desarrollo de sistemas de salud. De noviembre del 2000 a diciembre del 2003 ocupó el cargo de Asesor Regional en Desarrollo de Sistemas de Salud con sede en Washington; en enero del 2004 fue nombrado Jefe de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, y a partir de marzo del 2008 se desempeñó como Asesor Principal y Coordinador del Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social, cargo que ha ocupado hasta la fecha de este nombramiento.

Agrupaciones

FOSALBA

LA "AGENDA" QUE CONCENTRA LOS ESFUERZOS DE TODOS

- Reestructura del SMU: participación activa de los núcleos de base y las sociedades científicas
- Consejo de Salarios para el sector privado.
- Nuevo convenio salarial con ASSE
- Condiciones laborales que permitan un adecuado ejercicio de la profesión.
- Laudo único
- Jerarquización de la relación médico-paciente.
- Defensa de los beneficios obtenidos mediante las cajas de auxilio.
- Participación activa de los médicos en la implementación de la reforma del sistema de salud.
- Reforma universitaria adaptándola a las necesidades del país.
- Colegiación.

El gremio médico tiene un conjunto de desafíos para el presente año. Cada uno de los temas planteados, tienen suma trascendencia para el desarrollo de la profesión. Alguno de ellos, son viejas aspiraciones del gremio médico (como el caso de "la colegiación") y otros son producto de la coyuntura. Pero en ambos casos podemos decir que buena parte del futuro de los médicos para los próximos años se decide en el correr del 2010.

Nos hemos propuesto reestructurar el SMU, adaptándolo a una nueva realidad, abriendo sus puertas a todos los colectivos médicos. En forma simultánea estaremos negociando un nuevo convenio salarial con ASSE y reivindicando los derechos salariales y laborales de los médicos en los Consejos de Salarios. Impulsaremos el laudo único y la defensa de los beneficios obtenidos mediante las cajas de auxilio. Será impostergable instrumentar la ley de "colegiación" de acuerdo a los plazos previstos. Deseamos resaltar la necesidad de jerarquizar la relación médico paciente como unidad esencial del sistema de salud. Las diferentes agrupaciones que nutren la vida gremial del SMU coinciden en la necesidad de abordar esta temática. Resulta lógico que puedan existir diferencias en el método y en los énfasis, pero es imprescindible unir los esfuerzos para poder avanzar en beneficio de todos.

Cada uno de los puntos de la agenda debería motivarnos para dinamizar la participación de la manera más amplia, democrática y respetuosa. Resulta necesario contar con la capacidad de generar los espacios, en donde el colectivo médico pueda encontrar los caminos para vencer los obstáculos que afectan el ejercicio de la profesión, y como consecuencia de ello, la asistencia médica de la población. La trascendencia de la temática impone superar los individualismos, vencer el desánimo, dejar atrás las intrigas y luchas internas paralizantes.

Seguramente a estos desafíos seguirán otros. Este camino, lo deberemos construir entre todos, teniendo como referencia al conjunto de los colegas que han sido referentes en la historia del SMU y que por encima de las diferencias agrupacionales apostaron al desarrollo del colectivo médico.

MÉDICOS ASALARIADOS SOLIDARIOS

UN AÑO DE LUCHA Y ESPERANZA

2010 es un año que comienza con grandes desafíos para el Sindicato Médico del Uruguay.

Por un lado la asunción del nuevo gobierno que promete profundizar una hasta ahora limitada reforma del sistema de salud en el sentido de una democratización del mismo y de una mejora de la calidad de atención.

Por otro lado vence el acuerdo con ASSE el 31 de marzo, acuerdo que tuvo sus luces y sus sombras. También tenemos la reinstalación de los consejos de salarios en el sector privado.

La agrupación MAS entiende que las conquistas del gremio médico van de la mano de la unidad, compromiso y participación de todos los médicos. Unidad implica defender los derechos y salarios de todos los médicos y no privilegiar a sectores aislados. Debemos desterrar el concepto de país atrasado, de médicos clase A y B y mirarnos en los países europeos en donde el piso salarial médico es alto y entre el piso y el techo salarial no existe tanta diferencia como ocurre aquí en el Uruguay. Por eso la agrupación MAS lleva en ese sentido una línea distinta de las otras agrupaciones.

El acuerdo con ASSE fue fruto del triunfo logrado por el SMU, en especial de la Asamblea del SMU, luego de años de ingentes movilizaciones, muchas veces resistidas en la interna por un equivocado concepto de fidelidad.

En el debe del acuerdo se encuentra el hecho de que no se le permita a un importante sector de médicos, especialmente en Montevideo, realizar un horario mínimo de trabajo de 24 horas semanales. Mientras las horas de trabajo eran baratas había que "hacer 24 horas". Ahora que con la movilización se consiguen aumentos se retacea el horario a muchos médicos en detrimento de la calidad de atención. ¿Dónde quedó la tan manida concentración horaria, que era el camino para eliminar el pluriempleo médico, mejorando la calidad de vida del médico y los niveles de satisfacción del paciente?

Un elemento básico en las negociaciones, tanto del sector público, como del privado es el pago por responsabilidad médica, entendiendo que debe existir un plus en el salario médico que de alguna manera contemple lo complejo del trabajo médico y la total exposición judicial que tiene su actividad, como dolorosamente lo demuestran procesamientos recientes.

Otro punto muy importante en el sector público es la correcta liquidación del trabajo nocturno (21-6) no en base a un ficto pequeño como hasta ahora, si no a la totalidad del sueldo, lo que lleva a la exigencia de la simplificación y unificación de los rubros del recibo de sueldo.

En los consejos de salarios del sector privado es fundamental la recuperación salarial, así como el pago del rubro destinado a la formación médica por parte de las empresas.

En el sector público es prioritario levantar la bandera de la presupuestación sin rebaja salarial de los médicos de comisiones de apoyo, comisiones de apoyo local y patronato.

La agrupación MAS ha demostrado que con el camino de la unidad, la participación y la movilización ha conseguido logros tangibles para todo el gremio médico.

Agrupaciones

UNIÓN GREMIAL MÉDICA

24 de MARZO: UNID

La Universidad acaba de desarticular los cursos de la Facultad de Medicina en el Interior, específicamente en la Regional Norte, como antes lo había hecho en Maldonado. La intempestiva y asombrosa medida destruye un prolongado y mancomunado esfuerzo de las fuerzas vivas del Interior por asentar las carreras del área salud en el seno de sus pueblos, arraigando a sus hijos en su tierra natal, desarrollando integralmente sus sistemas asistenciales, su cultura y desarrollo científico propios. La decisión parece tener que ver con razones de conveniencia política menuda, más que con razones universitarias. La mezquina medida solo es comparable a aquel bloqueo del Proyecto "Centro Médico" que salvaba al Hospital de Clínicas a fines de los 90. Aquella vez se utilizaron idénticos procedimientos a los de hoy, por los mismos grupos anquilosados que se han abrogado -en nombre de un falso progresismo- la representación de la comunidad universitaria pensante del país. Cuando vaya a votar, quizás apurado de entre una consulta y otra, reflexione sobre esto. La perpetuación de este sistema universitario politizado y vetusto o el renacimiento de nuestra Universidad innovadora, moderna y librepensadora es lo que está en juego. La Facultad de Medicina debe Regular el ingreso a sus diferentes carreras de acuerdo a las necesidades del país y una planificación racional de los

recursos humanos del sistema sanitario, corrigiendo el caótico y perverso sistema actual de admisión donde las carreras técnicas que el país necesita tienen ingreso limitado mientras que en la carrera médica el ingreso es libre. Promovemos sin dobleces la integración de Clínicas a A.S.S.E., gestionando con eficiencia un Hospital Universitario que en ningún lugar del mundo es dirigido asambleísticamente como aquí se pretende. Reclamaremos de las autoridades la equiparación del salario de los docentes clínicos a Salud pública, corrigiendo así una inentendible inequidad. Profundizaremos la integración de investigadores básicos en redes nacionales e internacionales, públicas y privadas para el desarrollo de las enormes potencialidades del país en esa área. La descentralización planificada de acuerdo a las necesidades regionales y la reforma de la gestión son también objetivos centrales. En estos temas en los que todos parecemos coincidir en los corredores pero no en el Claustro público UNID es garantía de cambio. La separación del CASMU del SMU para salvar la institución con criterios de gestión, y la creación del Colegio Médico, realidades que parecían imposibles y que hoy se abren paso vigorosamente, son dos ejemplos de nuestra acción y nuestra prédica constante. Ahora es la Facultad quién debe abandonar el sloganismo y encarar sus desafíos resueltamente.

El drama de Haití

Estamos en contacto con algunas de las brigadas solidarias que están prestando ayuda en Haití, particularmente con Médicos Sin Frontera.

La información que nos hacen llegar ha sido divulgada por la red médica. En el próximo número de Noticias ofreceremos una entrevista a uno de los responsables de MSF en Haití.

Dado el trabajo sin pausa de nuestros colegas en la isla devastada, les ha sido imposible responder las preguntas que desde Montevideo les hemos planteado.

Staff

Autoridades del SMU
Comité Ejecutivo 2009-2011

Presidente:
Dr. Julio Trostchansky.

Vicepresidente:
Dr. Martín Frascchini.

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 155
Marzo 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.

Prod. Editorial:
Monfilco S.A.
Depto. Comercial: Colorado 2425
Tel.: 480 7353 Int. 131
E-mail: comercial@enviar.com.uy

Entrevistas:
Lic. Victoria Alfaro

Fotos:
Est. de la Calle San Juan

Prod. Gráfica:
grafica/mente

Impresión:
Gráfica Mosca
Depósito Legal: 345.336