



FLORIDA

lo que dejó
el conflicto

LOGROS

seguro de responsabilidad
civil profesional

ANÁLISIS

A 10 AÑOS DE LA

REFORMA DE LA SALUD



ser médico

REVISTA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY



Sindicato
Médico del
Uruguay

MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

Elecciones Generales del Sindicato Médico del Uruguay

25 de mayo de 2017
7:30 a 20 hs

Sede SMU
Br. Artigas 1569

Tu voto decide el futuro del SMU
#EleccionesSMU2017

www.sermedico.com.uy

 [@smuruguay](https://twitter.com/smuruguay)

 [@sindicatomedicouruguay](https://www.facebook.com/sindicatomedicouruguay)

 [/smuuruguay](https://www.youtube.com/smuuruguay)



**PARA LOS PROBLEMAS
MÁS DIFÍCILES DE LA PIEL*
DE LOS LABIOS A LOS TALONES**

Presentamos el Gel Reparador Vasenol®.
Dermatológicamente testado.



EL PODER REPARADOR DE
Vasenol®

*Problemas referentes a pieles secas

BOR WEB

ALIVIO INMEDIATO DEL DOLOR DE GARGANTA

ACCIÓN ANTIBACTERIANA

EFICAZ ACCIÓN ANESTÉSICA

**PREVIENE LA
SOBREINFECCIÓN BACTERIANA**



Con partículas sabor:



NUEVA TECNOLOGÍA ODT QUE LOGRA:

- ✓ Rápida disolución
- ✓ Estimula la secreción salival
- ✓ Mayor rapidez de acción
- ✓ Potencia las defensas naturales

DHK
OFFICE
CENTER

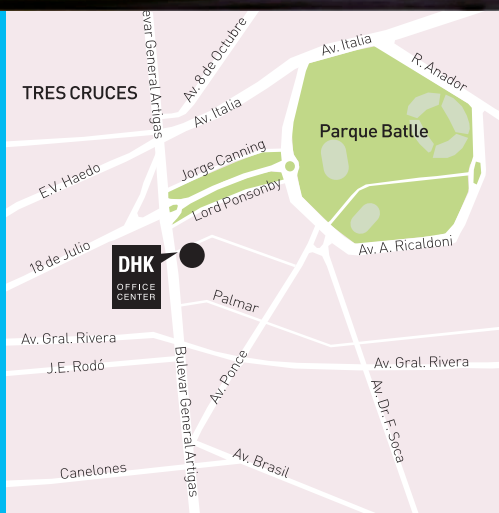
SU CONSULTORIO CERCA DE TODO

📍 Br. Artigas frente a
Asoc. Española

ALQUILER DE LOCALES Y OFICINAS

OFICINAS desde U\$S 560

Moderno complejo de
locales comerciales
y oficinas corporativas
en estratégico punto de
la ciudad, **a estrenar ya**



EL LUGAR IDEAL PARA INSTALAR SU CONSULTORIO

- + PLANTAS FLEXIBLES
DESDE 40 m2.
- + Baño y Tisanería
independientes
- + Garajes opcionales.
- + Hall de acceso
jerarquizado.
- + Portería.
- + Seguridad 24hs.
- + Terminaciones de calidad.

Por más
información:



ESTUDIO KAPLAN
NEGOCIOS INMOBILIARIOS

(+598) 2623 2921*
ventas@kaplaninmobiliaria.com
kaplaninmobiliaria.com

OPORTUNIDAD

PRECIOS BONIFICADOS POR INAUGURACIÓN,
CONSULTE !!!

Consejo editor

Dr. Julio Trostchansky
Dr. Alfredo Toledo
Dr. Alejandro Cuesta
Dr. Luciano Ramírez
Dr. Martín Costas

Nº 23 – Mayo 2017

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

Editor general

Eleonora Navatta
Depto. de Comunicación del SMU

Corrección

Magdalena Sagarra

Diseño

Jessica Stebniki

Fotografía

Juan Capurro

Venta de avisos

Alejandra D'Angelo – 094 899 489/099 590 253
Dina Zabala – 099 244 450

Impresión

Gráfica Mosca – Depósito legal: 359.854

Coordinación editorial la diaria

Contactos

secretaria@smu.org.uy
socios@smu.org.uy
Twitter: /smuruguay
Facebook: /sindicatomedicouruguay
Youtube: /smuruguay

Sindicato Médico del Uruguay

Comité Ejecutivo

Presidente: Dr. Julio Trostchansky
Vicepresidente: Dr. Alfredo Toledo
Secretario médico: Dr. Alejandro Cuesta
Tesorero: Dr. Luciano Ramírez
Secretario estudiantil: Dr. Martín Costas

Vocales

Dra. Malena Passos
Dr. Julio César Braidá
Dr. Álvaro Medeiros
Dr. Eduardo Ferreira
Dr. Daniel Gindel
Dr. Eduardo Lebrato
Dr. Matías Suárez
Br. Lucía Laborda

Arte de tapa

FEDERICO MURRO para la nota "Sigue sin llegar al consultorio" (página 27).



Sumario

8 LOGROS

Acuerdo de género

11 SERVICIOS

Beneficios SMU

12 ANÁLISIS

Sobre el conflicto
médico de Florida

16 AVANCES

Centros de
referencia

18 BENEFICIO

Seguro de
Responsabilidad
Civil Profesional

20 ACUERDOS

Fundación Salud

21 TRIBUNA

GREMIAL

Todas las voces

26 GUÍA DE ACTUACIÓN

El SMU trabaja
junto con el BPS

27 NOTA DE TAPA

10 años de la
reforma de la
salud

32 GARANTÍA ASISTENCIAL

Protocolo de
seguridad

34 SOCIALES.

Graduación,
Conferencia
de Sindicatos
Médicos, festejo



Descarga la APP
CASMU Cerca desde
Play Store o Apple Store.
Utiliza el mismo usuario y contraseña que para la web.

Si aún no estás registrado comunícate a través de
cambiosweb@casmu.com o en cualquier local CASMU.

¿Sabías qué...?

Puedes acceder a toda esta
información y realizar diversos
trámites desde tu propia casa
o desde tu celular.

 **casmu**
más cerca de tu vida

Ser del SMU

es crecer hacia al FUTURO



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

NUEVO HOTEL ALCION

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

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

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

Plan de beneficios para socios SBA

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

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

5 % de descuento en Guamatur

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



**Sindicato
Médico del
Uruguay**



**Nadie
te cuida más**

Informate más en
www.sermedico.com.uy

Seguinos en    



Biblioteca
Virtual en
Salud

30 DÍAS GRATIS



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

DynaMed Plus

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

NUEVA
PLATAFORMA

ClinicalKey®

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

AHORA EN
ESPAÑOL

PROBALAS GRATIS AHORA



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

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

www.bvssmu.org.uy



Sindicato
Médico del
Uruguay



Nadie
te cuida más



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

Más derechos para las mujeres médicas

Se firmó un convenio con las instituciones privadas que mejora las condiciones de trabajo de las profesionales

En febrero de 2017 se concretó un importante convenio colectivo vinculado a temas de género. Los firmantes fueron el Sindicato Médico del Uruguay, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Ministerio de Salud (MS) y las empresas privadas prestadoras de salud.

La Comisión de Género del SMU trabajó con las autoridades involucradas para concretar el acuerdo que hoy está vigente. Soledad Iglesias, integrante de la Comisión, comentó a **ser médico** los logros obtenidos. Iglesias desarrolló los seis puntos acordados para todas las instituciones privadas, pero aclaró que la Comisión está conformada por profesionales que trabajan tanto en el sector público como en el privado. Entre los más importantes está la creación de una sala de lactancia confortable, más tiempo para el ordeño o dar de mamar, la cobertura de vacantes y la conformación de una comisión de seguimiento para asegurar el cumplimiento del convenio.

“Se plantea, además, la manera de mejorar la legislación, por ejemplo, aumentar el tiempo de licencia maternal y extender el de lactancia. Eso está todo para verse. Pero está creado el ámbito para empezar a trabajar sobre las situaciones especiales”, dijo Iglesias.

Lactancia

Las salas de lactancia que se crearán deberán contar con un lugar para almacenar la leche, una heladera exclusiva para ese fin. “Junto con la sala de lactancia se acordó el aumento del tiempo para poder extraer leche o amamantar”. A partir de ahora, las mujeres tendrán dos períodos de media hora cada ocho, o su proporción en jornadas de

trabajo más extensas. “Si tenemos una jornada de 12 horas vamos a tener tres medias horas. Se pueden tomar en cualquier momento y son remuneradas”, afirmó Iglesias.

Quedó en la agenda de la Comisión hacer una evaluación y trabajar junto con el BPS para resolver las licencias de los padres con hijos en situaciones especiales, como los partos múltiples y los nacimientos con patologías complejas.

Vacantes

A partir del acuerdo, las empresas deberán cubrir los puestos vacantes cuando una mujer toma licencia por maternidad y en el período en el que trabaja medio horario, siempre y cuando el servicio lo requiera. “Antes, si una profesional tenía un hijo y compartía la guardia con otra persona, al hacer usufructo de la licencia maternal y después comenzar con el medio horario, esas horas no las suplía nadie. Eran seis meses sin cubrir vacantes, con una sobrecarga al médico de puerta. Pasaba sobre todo en las guardias clínicas internas”, dijo Iglesias. Cuando la mujer se reintegraba, podía ser trasladada. El convenio estipula que el reintegro poslicencia tiene que producirse en las mismas condiciones de antes de la licencia, salvo por razones justificadas.



Dra. Malena Passos.

“Lo que veíamos era que las empresas les decían a las mujeres que se tomaran todo el tiempo que les correspondía con tranquilidad, pero después se veía si podían volver al mismo lugar o eran trasladadas. En algunos casos, el puesto era ocupado por otra persona. En lugar de asignar un suplente, contrataban a alguien. Ahora, el convenio fija que se vuelva a las mismas condiciones de trabajo”.

Un punto importante es la creación de una comisión conformada por el MTSS, el MS, los trabajadores del SMU y los empresarios, que se reunirá de manera bimensual o trimestral para controlar que el acuerdo se cumpla.

A futuro, la Comisión de Género del SMU seguirá trabajando en otros temas, como el aumento de las licencias por paternidad y la creación de una licencia especial para los funcionarios que tengan hijos que estén transitando por una enfermedad.

Mujer y médica

Iglesias dijo a **ser médico** que una de las tareas pendientes es tener un relevamiento de cuál es la situación actual de la mujer médica en Uruguay. “Hay datos del Colegio Médico sobre una muestra de 600 colegiados. También hay investigaciones de la Universidad de la República sobre las profesionales



Br. Lucía Laborda, Br. Ignacio Jabib, Br. Manuel Mendive, Br. Romina Dotta.



Dra. Soledad Iglesias.

en todas las áreas de la institución educativa, con respecto a la remuneración, al desempeño de las tareas en múltiples empleos y al acceso a cargos de jefatura. La Comisión quiere estudiar cuál es la realidad de la mujer médica en nuestro país, lo que no tenemos es un diagnóstico, hay datos de algunos puntos, pero no de todos”, aseguró Iglesias.

La profesional dijo que del total de médicos colegiados, 59% son mujeres. “Estos datos son bastante similares a los números de ingreso a la Facultad de Medicina. En los últimos diez años el ingreso de mujeres ha aumentado con respecto al de hombres”, dijo.

Con relación al multiempleo, el Colegio estudió que es igual entre hombres y mujeres; el 80% tiene más de un trabajo. “Lo que los diferencia es que los hombres tienen tres o más empleos, mientras que las mujeres dos o más. Ambos sexos trabajan un promedio de más de 40 horas por semana. Se hizo una encuesta con respecto a cómo se sentían las mujeres y los hombres. Las médicas se ven más afectadas porque pierden horas de estar con la familia, sobre todo en el cuidado de los hijos. Lo que

buscaremos son estrategias para que la mujer pueda acceder a todo lo que quiera hacer”, dijo Iglesias.

En cuanto a la participación gremial, solo una mujer fue presidenta del SMU. En 1989 accedió al cargo la doctora Graciela Dighiero, pero no fue electa en forma directa sino como suplente. Iglesias aclaró que no hay datos sobre el acceso a los cargos jerárquicos ni sobre la cantidad de egresos de mujeres en la Universidad.

“En el ámbito académico ingresan más mujeres a la Facultad desde hace varios años. En el área docente la mayoría de los grado 2 y 3 son mujeres; cuando se sube en la escala hay 195 profesores grado 4 de los que 84 son mujeres, 43%. Hay 80 profesores grado 5 de los que solo 20 son mujeres, lo que representa 25%. Se ve una gran diferencia entre las mujeres que llegan a ser grado 4 y las que llegan a grado 5. Hubo una sola decana en la Facultad en el período 2002-2006, pero en la Universidad nunca hubo una mujer rectora”.

Con relación a los cargos de alta dedicación a nivel público y privado hay una amplia mayoría de mujeres, 400 contra 200 hombres. ♦



SERVICIOS BENEFICIOS SMU

Mucho más que una biblioteca

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) del Sindicato Médico del Uruguay, uno de los servicios que presta a sus asociados

Gabriela González coordina la biblioteca del Sindicato desde hace 20 años y formó parte durante mucho tiempo del Comité Asesor de Contenidos del Portal Timbó, en representación del SMU.

Para contarles a los asociados los servicios y las ventajas de utilizar la BVS, **ser médico** conversó con González quien explicó que el 90% del trabajo que realizan se hace de manera virtual y remota: “En este momento, la biblioteca es más un centro de documentación que una biblioteca tradicional”.

Con la finalidad de que los médicos y estudiantes conozcan y optimicen el uso de esta valiosa herramienta que tienen a disposición para el desarrollo de su tarea, desde la biblioteca se han realizado cursos de capacitación, grupales e individuales.

“Hemos hecho todo una serie de capacitaciones en distintos centros de salud y en sociedades científicas, y hoy por hoy las estadísticas de uso están indicando que el servicio se está utilizando cada vez más”, aseguró González, que agregó: “Realmente es una herramienta que desde el punto de vista académico es sumamente útil. Es información científica de calidad y eso tiene un valor”.

Sobre los cursos de capacitación, González explicó: “Tenemos dos servicios: grupales, en los que nosotros vamos a los centros de salud, o individuales, por los que personalmente se atiende al socio. La capacitación que brindamos se basa en el uso y manejo de las herramientas de información que están a disposición de los médicos y estudiantes.

“Estamos poniendo el mayor esfuerzo en el acceso remoto y virtual a la información biomédica”,

explica Gabriela. En este sentido, recalca que se trata de una biblioteca pionera en acompañar el uso de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y capacitación de los socios.

“Por lo general, las colecciones que contratamos intentan ser complementarias a Timbó, que cuenta con dos colecciones liberadas al público y otras de acceso institucional”, señala. En este sentido, luego de una investigación, la biblioteca recomendó y acordó la adquisición de dos fuentes de información: DynaMed y ClinicalKey.

El primero es un portal de medicina basado en la evidencia que remite a fuentes calificadas de información. El segundo cubre un gran espectro de información en medicina clínica e incluye revistas, libros de texto para pregrado y posgrado, guías de práctica clínica, información para el paciente y drogas. “Tiene una base de farmacología bastante extensa”, explica la bibliotecóloga. Y agrega: “Con esos dos recursos se está complementando y cubriendo el acceso a información en medicina basada en la evidencia y medicina clínica”.

Uno de los servicios más importantes que tiene la biblioteca, según explica González, es el Servicio de Búsqueda Bibliográfica y Recuperación y Referencia de la Información. Para solicitar el material se debe escribir a busquedas@smu.org.uy. “Para responder a estas consultas se hace uso de los recursos con los que se cuenta y más”, dice González, ya que la biblioteca trabaja en forma de red con otras instituciones a nivel regional e internacional, como la Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), con sede en San Pablo, y la National Library of Medicine, en Estados Unidos.

La biblioteca del SMU también cuenta con un servicio de traducción automática español-inglés e inglés-español por medio del traductor creado por la Organización Panamericana de la Salud. ♦

Garra y calidad

La complementación acordada para poner fin al conflicto pediátrico que vivió Florida entre septiembre y noviembre del año pasado mejoró sensiblemente la calidad asistencial de esa especialidad en el departamento. Esa es la principal conclusión a la que llegaron los doctores Mario Romero, Federico Preve y Alfredo Cerisola, quienes desde diferentes lugares fueron actores tanto del proceso del conflicto como de las negociaciones para destrabarlo. También coinciden en identificar a la experiencia que se está desarrollando en Florida como un espejo para comenzar a desarrollar futuras prácticas de complementación en todo el país.

Las barreras que tienen que superar los trabajadores médicos de varios departamentos del interior para reclamar derechos que entienden vulnerados; las dificultades para convencer a la población y a las autoridades de la salud sobre las razones asistenciales de un planteo cuando el campo es fértil para que se le coloque la etiqueta de “reclamo meramente salarial”; y algunas trabas que surgen de la implementación de la complementación, son algunos de los temas abordados por Romero, Preve y Cerisola, con el conflicto ya en tiempo pasado (y hasta lejano), y con la complementación como un hecho concreto, real, incluso cuando todavía quedan fases por cumplir.

El principio, el final

“La consecuencia más importante del conflicto fue la mejora asistencial, tanto para los niños de Comef como de ASSE”, comentó el presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), Alfredo Cerisola. Otra derivación fue “la mejora de las condiciones de trabajo de los pediatras, que está directamente relacionado a lo anterior, porque es ilógico pensar que la calidad del servicio es independiente de las condiciones de trabajo”.

Cerisola cree que el conflicto y su salida termi-

naron transformándose en “una experiencia para el sistema de salud en su conjunto, para pensar formas de complementación que sean eficientes”.

A partir del acuerdo rubricado en noviembre, en diciembre se creó el Departamento de Pediatría de Florida. Este cuenta con una emergencia e internación única, ubicadas en el sanatorio de Comef, tanto para usuarios de la prestadora privada como de ASSE. La puerta de emergencia está cubierta con pediatras dedicados exclusivamente a ella. Además hay un pediatra para la emergencia móvil y uno para los traslados especializados, que son los mismos para Comef y ASSE.

Inicialmente, el área de policlínicas no se unificó, pero está aún en proceso de negociación un plan de complementación basado en un estudio de las ventajas comparativas de ambas prestadoras. La complementación también abarca la creación de una maternidad única que, de acuerdo a lo proyectado, estará ubicada en el Hospital Raúl Amorín (ASSE).

En cuanto a recursos, el Departamento de Pediatría cuenta con diez pediatras contratados en régimen de alta dedicación, y tres aún no recibidos, con 40 horas semanales, que al terminar la especialización, serán contratados en régimen de alta dedicación. El resto desarrolla la tarea en cargas horarias menores. “Todos están cumpliendo funciones. Ninguno quedó al margen”, destacó el miembro de la Unidad de Negociación Colectiva del SMU, Federico Preve.

El funcionamiento del servicio a partir de la complementación “es evaluado diariamente por los jefes, semanalmente por los actores involucrados, y mensualmente por la comisión de seguimiento”. Destacó, además, que “hay conformidad de todas las partes, de todos los actores” con la implementación.

De todos modos, tanto Preve como Cerisola coincidieron en señalar que el cumplimiento de

algunas etapas se ha dado “más lento de lo que quisiéramos”, tal como expresó textualmente el presidente de la SUP. “Por un lado, vemos que vamos por el camino correcto. Pero probablemente a un ritmo más lento del que querríamos. La cobertura de los cargos tal vez se pudo haber hecho más ágilmente, así como trabajar en la previsión de la atención en invierno, que es cuando aumentan las consultas”. La solución acordada “aún se está constituyendo”, apuntó Cerisola.

Mario Romero, que en 2016 fue uno de los voceros del colectivo que protagonizó el conflicto, analizó el avance de la complementación desde dentro del Departamento de Pediatría de Florida. Es enfático en cuanto a señalar las mejoras que ha significado la existencia de un servicio único de la especialidad, aunque admite que observa “algunas trabas culturales”, fundamentalmente vinculadas a “prácticas médicas instaladas” y, en ocasiones, actitudes puntuales de especialistas de todas las áreas que afectan no solo la eficiencia del sistema sino también su espíritu. Es que la complementación, añadió, “abre la puerta a trabajar en un marco profesional distinto, donde el eje esté en las necesidades del paciente”.

Preve, por su parte, subrayó que el logro principal de la complementación es “la equidad de atención”, dado que “los niños se atienden en las mismas condiciones”, independientemente de si son socios de ASSE o Comef. “Luego de evaluar esto, luego de que pasen seis meses o un año, podríamos convertirlo en un hito en la complementación real y total, y por qué no extrapolarlo



Dr. Federico Preve, Dr. Mario Romero.

a otros departamentos, incluso a algunos lugares de Montevideo, y avanzar realmente hacia la calidad, la equidad y la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales”. “Para nosotros, políticamente como Sindicato, la mayor calidad asistencial viene de la mano de la equidad. Si no, no lo

vemos. Brindar atención de calidad para unos sí y otros no, políticamente para el Sindicato no es correcto. Articular la calidad de asistencia con la equidad en el acceso y la asistencia es una premisa fundamental, al menos desde la óptica del SMU”. Lo que está pasando en Florida, insistió Preve, “es un hito para el sistema sanitario” del país. “Si tenés un servicio organizado, con actividad académica y con una cantidad de aspectos que se pueden hacer desde la alta dedicación, que tienen que ver con mejorar la calidad de asistencia, fundamentalmente por el trabajo en equipo, la discusión de casos, el background clínico y demás”, todo eso permite además que se pueda pensar en “la incorporación de opciones terapéuticas”. Puso como ejemplo la posibilidad de que el Departamento de Pediatría de Florida incorpore la oxigenación de alto flujo.

El 10 de noviembre, cuando tras un mes de intensas negociaciones entre el MS, el SMU, Comef y ASSE se llegó al acuerdo que puso fin al conflicto, la subsecretaria de Salud Pública, Cristina Lustemberg, afirmó que uno de los principios rectores de la cartera “es ir hacia la complementación, evaluando las fortalezas del sector público y el privado, porque lo que nos interesa es garantizar la resolutivez asistencial más cerca de donde están los pacientes”, dijo, y agregó que en el país se dan varias situaciones en las que “no se pue-

de seguir compitiendo cuando hay tan poquitos usuarios”.

Cerisola recuerda que fue en octubre, cuando los médicos ya habían renunciado, que “se pusieron tres ejes a discusión” sobre la mesa, los cuales estaban interrelacionados: “Eran generar calidad y equidad en la asistencia mediante la complementación real y total de los servicios”. La idea era “que todos los pediatras se contrataran con funciones de alta dedicación, porque estaba más que demostrado que la organización del trabajo médico con cargos y funcionarios de alta dedicación mejora la calidad de atención, y mejora las condiciones salariales y laborales de los médicos. Con esos argumentos fuimos a negociar, y luego de un proceso complejo se llegó al acuerdo”.

La historia y su prehistoria

Aunque el conflicto pediátrico en Florida estalló a fines de agosto del año pasado y acaparó la atención de los medios nacionales a partir de la renuncia masiva presentada el 4 de octubre, es necesario ir más atrás en el tiempo para conocer sus porqués. “Se desencadenó por un proceso de muchos años y no de un día para el otro”, señaló Alfredo Cerisola, y explicó que paulatinamente fueron renunciando pediatras por condiciones laborales que repercutían de manera negativa en la calidad de la asistencia. Mario Romero recuerda que en la primera mitad de 2016 algunos de sus colegas ya habían hecho saber que se desvincularían de Comef, argumentando idénticos motivos. “No podíamos ir renunciando un mes uno y al otro mes otro, empeorando la cobertura”, explicó. “Por eso fue que se planteó el tema en colectivo”. Los ítems de la plataforma de los pediatras buscaban la regularización de los vínculos contractuales, especialmente los de suplentes con horas fijas de guardia; la designación de un jefe de pediatría; el refuerzo de la puerta del sanatorio con un pediatra más en la época de mayor demanda (15 de mayo al 15 de setiembre); atender un promedio de cuatro pacientes por hora en policlínica (atendían en promedio cinco y sin apoyo de enfermería); ajustar el valor hora por guardia de emergencia; separar los traslados de la puerta de emergencia, atento a que

“LA CONSECUENCIA
MÁS IMPORTANTE DEL
CONFLICTO FUE LA
MEJORA ASISTENCIAL,
TANTO PARA LOS
NIÑOS DE COMEF
COMO DE ASSE”,
ALFREDO CERISOLA.

estos se cubrían con pediatras que estaban cumpliendo tareas en ella; pago del salario vacacional en fecha de goce de licencia; y el compromiso de la creación de una puerta de emergencia pediátrica única, en complementación con ASSE.

Una experiencia anterior de planteo de reclamos les confirmó que movilizarse solo por medio del Sindicato Médico de Florida (SMF) no era una opción, dada la fuerte incidencia de los socios cooperativistas —es decir, de la patronal— en el gremio. “Fue apabullante cómo se intervino en aquel entonces para que las cosas no se pudieran hacer”. Por eso en 2016 los pediatras entendieron oportuno recurrir al Sindicato, que junto a la directiva del SMF (que luego fue desautorizada por una asamblea), los acompañó en el proceso. Se fueron cumpliendo etapas de negociación en las que no se registraron avances significativos, hasta que a fines de agosto los pediatras resolvieron rubricar sus denuncias y anunciar que las presentarían si no se llegaba a un acuerdo al 30 de setiembre. Día a día, los voceros de Comef insistían en los medios locales que el conflicto estaba planteado “por motivos meramente salariales”, tal como afirmó su presidente, José Pedro González. Fue especialmente reiterativo el 4 de octubre, cuando después de avances y retrocesos en instancias tripartitas, los 21 pediatras presentaron sus renuncias: “¡Esto es por plata, por plata, por plata!”, dijo.

“También pedíamos un aumento salarial. Eso nunca lo escondimos”, dijo Mario Romero, recordando que en una de las primeras fases de la negociación, al comienzo del conflicto, “fue aceptado un aumento de algo así como tres pesos por hora, algo casi ridículo. Ahí les dijimos ‘ta, ahora olvidense de eso. Lo que nos interesa es lo otro’”.

La instalación de la idea de que todo estaba motivado por un reclamo “meramente salarial” no fue el único muro simbólico con el que se encontraron los pediatras, ni siquiera fue el más grande. También tuvieron que enfrentarse a la idea de estar siendo manipulados por actores foráneos que alteraban una aparente armonía lugareña.

Federico Preve destaca que el SMU “es un sindicato de afiliación individual y libre”, que es nacional, “no montevideano ni metropolitano”.

De hecho, en el último año se dio un importante crecimiento de la masa de afiliados en el interior del país, en cuyos departamentos es frecuente que los trabajadores médicos pertenezcan a sindicatos de la órbita de la FEMI, que representa simultáneamente a empleadores y empleados, según expresó. Durante el conflicto, el entonces presidente del SMF, Fabio Pandolfo, había dicho a la radio floridense CW33: “Llega un momento en que en la vida sindical no pueden convivir en un mismo sindicato patrones y obreros, porque nunca nos vamos a entender. Desde que se inició la FEMI, los gremios médicos [del interior del país] tienen patrones y obreros”. Luego Pandolfo y los directivos del SMF fueron desautorizados por una Asamblea convocada por socios del Sindicato, la mayoría de ellos integrada por cooperativistas de Comef y médicos que ocupaban cargos jerárquicos en dicha prestadora.

En cuanto a la acusación de que el SMU incentivó una medida extrema, Preve y Romero aportan una versión que hasta ahora no se conocía públicamente. “Ya lo habían planteado desde el inicio”, contó Preve, “pero el SMU les dijo que no era una solución. Luego de intentos de negociación, dados los portazos que daba la empresa, decidieron renunciar”. “El Sindicato”, añadió Mario Romero, “trató por todos los medios que nosotros no presentáramos las renuncias. Por eso es que terminamos renunciando el 4 de octubre, a pesar de que pensábamos hacerlo el 30 de setiembre, porque los directivos del SMU tenían idea de todo lo que se generaba a partir de renunciar y de lo difícil que sería sostener lo que desencadenaría”. “Renunciamos con un dolor bárbaro. Hubo compañeros de los que por tres días no supimos nada porque estaban destrozados en sus casas”, recordó.

El tercer muro simbólico, y tal vez el más importante, fue el que se resumía en el enunciado: “Los pediatras dejaron a los niños de Florida sin atención”. Federico Preve refuta esta idea: “Los médicos renunciaron pero hicieron guardia gremial, atendiendo en ASSE (a los niños que eran derivados desde Comef), por lo cual la cobertura siempre estuvo a cargo del mismo colectivo de pediatras. Incluso algunos no cobraron”, enfatizó. ♦

Un paso más en la mejora de la calidad asistencial

A mediados de febrero el Ministerio de Salud (MS) envió a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores el proyecto de ley que declara de interés general la creación de centros de referencia en salud para el tratamiento de enfermedades complejas. El proyecto retoma una iniciativa del Sindicato Médico del Uruguay.

Los centros de referencia son servicios de atención especializada e interdisciplinaria destinados a tratar pacientes con enfermedades o necesidades de cuidados complejos, de alto costo o impacto social. En la Novena Convención Médica Nacional (9CM), celebrada en 2014, se propuso la creación de este tipo de centros para mejorar la calidad asistencial de enfermedades complejas o patologías de baja prevalencia. Después de la 9CM, el Sindicato continuó trabajando en conjunto con sus asesores y, a fines de 2015, realizó una jornada de discusión sobre este tema. Con toda esa información, redactó un proyecto de ley que presentó al MS.

El doctor Federico Preve explicó a **ser médico** que el objetivo de los centros de referencia es “concentrar, coordinar y articular [...] la tecnología, la experiencia y el conocimiento profesional” con el fin de “obtener mejores resultados y brindar mejor calidad de atención sanitaria”.

“En nuestro sistema de salud existe una duplicación y segmentación de recursos, tanto humanos como tecnológicos, que hace que muchos prestadores puedan tener diferente tipo de atención a patologías de baja frecuencia. Con esfuerzos segmentados y duplicados no se obtiene ni la mejor atención ni la equidad en el acceso a estos tratamientos”, agregó Preve.

En el proyecto de ley presentado en la Comisión de Salud Pública se establece que los centros de referencia estarán abocados exclusivamente a atender patologías que sean complejas y de

baja prevalencia, que requieran “diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de elevado nivel de especialización” y que demanden recursos tecnológicos de alta especialización. Será el MS, en consulta con la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia —cuya creación está dispuesta en el proyecto de ley—, los que determinen qué patologías serán atendidas en estos centros.

Preve destacó algunos de los aspectos del proyecto de ley referentes a la equidad del servicio que se prestará en los centros de referencia y a su financiación y funcionamiento. El SMU busca que el servicio sea brindado de forma equitativa, por lo cual el proyecto prevé que sea obligatorio para todos los prestadores derivar a los centros de referencia a los usuarios que sufran patologías que estén comprendidas en estos.

Acerca del financiamiento, se dispone que será realizado a través de la deducción del costo equivalente a los tratamientos que se brindan en los centros de referencia a las cápitas del Fondo Nacional de Salud que les corresponden a los prestadores. “Para el SMU es trascendente una lógica de financiamiento diferente que la de los IMAE y el FNR, una lógica integrada al Fonasa. El proyecto del SMU, además de este, incluye otros tres puntos complementarios muy importantes” sobre el funcionamiento de los centros, indicó Preve, especialmente en cuanto a recursos humanos. El primero de ellos es que los profesionales deberán concentrar en los centros de referencia la mayor parte de su carga horaria. El segundo refiere a que los centros deberán incluir la formación de recursos humanos, para que el conocimiento adquirido en la especialización sea transmitido a estudiantes y profesionales. Y el tercero es la generación de indicadores de calidad sanitaria, para que se pueda

comparar a los centros de referencia con otros de la misma patología en el país, si los hay, o en el resto del mundo.”

El proyecto de ley no solo permite la creación de nuevos centros de referencia, sino que también funciona como marco jurídico para aquellos que ya existen, como el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Maciel, el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del Banco de Previsión Social, la Unidad Biinstitucional de Enfermedades Hepáticas y

Trasplante Hepático del Hospital de Clínicas y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, el Servicio de Neurocirugía del Hospital de Tacuarembó y la Unidad de Ataque Cerebro Vascular del Hospital de Clínicas. Estos “precisan de un marco jurídico para poder funcionar correctamente”, indicó Preve, y agregó: “El proyecto también va a permitir desarrollar otros muchos centros de referencia y concentrar tecnología y recursos que están dispersos por todo el sistema y que es necesario coordinar y complementar”. ♦



*Le invitamos a solucionar hoy, esa instancia
en la que siempre pensó en prevenir y
dejar resuelta para Usted y los suyos.*

Casa Central: Canelones 1450 - 0800 1882
parque@martinelli.com.uy - www.martinelli.com.uy

BENEFICIO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Más seguridad en el ejercicio de la profesión

Desde el 1° de octubre de 2016 los médicos afiliados al SMU están cubiertos por el SRCP, que se suma al patrocinio legal a nivel laboral, civil y penal para casos vinculados al ejercicio de la profesión que ya brindaba hace más de 20 años. Por medio del Banco de Seguros del Estado (BSE), los afiliados que tengan la cuota al día pueden acceder sin costo extra a una póliza de 100.000 dólares anuales, con un límite de 50.000 dólares por evento, sin importar la cantidad. El seguro cubre a los médicos en ejercicio y también a los estudiantes a partir del cuarto año de facultad que hayan solicitado el cambio de categoría de socio cooperador a estudiante.

Alejandro Cuesta, secretario médico del SMU, dijo a **ser médico** que hasta ahora el asesoramiento que brindaba el Sindicato no cubría una eventual condena contra el profesional. Desde el punto de vista económico, “se trata de una erogación muy importante para el SMU. El respaldo es muy amplio porque hay pocos fallos adversos que lleguen a los montos que están cubiertos por el seguro”, dijo.

Cuesta aseguró: “A los efectos prácticos todos los aspectos legales ya se estaban brindando, pero faltaba uno y por eso este es un paso muy importante. La tendencia mundial es que las instituciones pidan a los profesionales médicos un seguro civil para ser contratados, como sucede en la actualidad, por ejemplo, en Estados Unidos”, señaló. El estudio del doctor Carlos Delpiazzo se encargará de la defensa de los médicos en materia civil, mientras que la defensa penal está a cargo del estudio del doctor Jorge Barrera.

Natalia Veloso, abogada integrante del Estudio Delpiazzo, dijo a **ser médico** que el SRCP ayudará al mejor desempeño de los profesionales médicos, porque “no se puede ejercer la medicina con la certeza de que nunca se va a tener un error;

es realmente un gran beneficio”. Veloso afirmó, además, que el Estudio continuará asumiendo las responsabilidades de la defensa de los médicos en los temas administrativos, tanto ante la Comisión Honoraria de Salud Pública como en el Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico.

“Cuando el médico comete un error, se enfrenta a distintos tipos de responsabilidades. Si es un funcionario público puede afrontar un sumario administrativo, que puede derivar en una observación, una amonestación, o incluso llegar a la inhabilitación del título para ejercer la profesión por diez años”, explicó Veloso. “En el estudio nos encargamos de las responsabilidades médicas. El SMU ya prestaba asesoría antes del acuerdo. La responsabilidad administrativa se divide en distintos ámbitos; si un médico comete un error, por ejemplo, si interviene en forma errónea a un paciente y comete una mala praxis, se plantea una responsabilidad civil en la que se reclama una indemnización económica. En la responsabilidad penal no está en juego el dinero, sino el procesamiento y la eventual condena del médico”, agregó Veloso.

Delpiazzo también asesora en otros frentes, como ante el Colegio Médico, ya que para ejercer la profesión hay que estar colegiado. “Si se comete una falta en el ámbito ético se enfrenta a un proceso disciplinario en el Tribunal de Ética Médica, un órgano específico del Colegio; en esa instancia también les brindamos asesoramiento”, dijo.

Veloso señaló que reciben cientos de consultas por año y que efectivamente se llevan adelante menos de 30 juicios. Está estudiado en forma estadística que el monto que cubre el seguro es muy superior a las condenas registradas en los últimos años.

Antes de la implementación del SRCP los médicos que no tenían un seguro y enfrentaban una

condena tenían cubierto, mediante el SMU, los honorarios de los abogados y los timbres, pero si el fallo era adverso debían pagar la condena. “Ahora tienen un beneficio adicional que es la cobertura de la condena”. Previo a que se implementara este seguro un médico que enfrentaba una demanda penal o civil que no estaba asegurado y que no era afiliado al SMU tenía que contratar a un abogado y pagar la condena.

“El doctor Barrera se encarga de los casos de los médicos que incurren en una mala praxis, como cuando hay una denuncia por homicidio culposo. También actúa cuando hay un delito de difamación e injurias”, aseguró Veloso.

“Una nueva etapa”

En el lanzamiento, realizado en setiembre de 2016, el presidente del SMU, el doctor Julio Trostchansky, dijo: “Este seguro es el comienzo de una nueva etapa que va a marcar un antes y un después para nuestros socios, por cómo se sienten cuidados por nuestro Sindicato”. Trostchansky se refirió, además, a la preocupación del colectivo médico por el bienestar y la importancia de este seguro para “afrontar el ejercicio de la medicina de una manera segura y tranquila”.

En tanto, el presidente del directorio del BSE, Mario Castro, señaló su satisfacción “por estar concretando esta cobertura, porque parte de nuestro rol es crear una cultura del seguro”. Además, se refirió al SRCP como un producto muy “ventajoso” por haber sido creado a medida de las necesidades del Sindicato. ♦

El SMU cuenta con una línea telefónica específicamente destinada para atender a los socios que requieran hacer uso del servicio en el momento que lo necesiten. Los interesados pueden hacer consultas en la Sección Socios del SMU al 2401 4701, internos 102, 103 y 131, entre las 12.30 y las 18.30. También se puede enviar la documentación del reclamo o la denuncia preventiva por correo electrónico src@smu.org.uy, todos los días de la semana incluso fines de semana y feriados. Tienen como plazo límite cinco días hábiles desde la ocurrencia del hecho o la notificación judicial. La hora límite para la comunicación es las 15.30 del quinto día hábil. Fuera del horario de oficina del SMU, en caso de emergencia jurídica (vinculada a casos de mala praxis), las consultas se pueden realizar al teléfono 099 887 588.

Dos importantes convenios

La Fundación Salud Augusto Turenne del Sindicato Médico del Uruguay firmó en marzo dos importantes acuerdos. Uno de ellos fue con la Fundación Astur, con la que se suscribió un acuerdo marco por medio del que ambas entidades se comprometen a trabajar en conjunto en aspectos vinculados a la humanización de la medicina.

Participaron en la firma el vicepresidente del SMU y director de Fundación Salud, doctor Alfredo Toledo, el presidente de la Fundación Astur, el contador Enrique Iglesias, y el director general de Astur, el contador José María Puppo.

Alfredo Toledo explicó a *Ser Médico* que el convenio implica el trabajo conjunto de ambas instituciones en un proyecto “de calidad de la atención, seguridad del paciente y humanización. Se trata de un programa de capacitación dirigido al personal de la salud, tanto público como privado, que se pretende dar en cada una de las instituciones. La idea es trabajar directamente con el personal para poder detectar aquellos problemas que podrían estar afectando la calidad de la atención y particularmente el trato entre el paciente y el personal de salud”.

Durante el evento de firma del convenio el contador Iglesias destacó el especial interés que personalmente tiene por todos los asuntos vinculados con la humanización de la medicina y con las tareas de cuidados, principalmente en adultos mayores.

Por otra parte, la Fundación Salud también firmó un acuerdo con la Universidad de Montevideo (UM), que implica la cooperación académica entre las dos instituciones. Alfredo Toledo y el doctor Gustavo Arroyo fueron los representantes de la Fundación en la firma del acuerdo, también suscripto por el rector de la UM, doctor Juan Manuel Gutiérrez, y por el coordinador general del Centro de Ciencias Biomédicas, el doctor Aurelio Fernández.

Según Toledo, el acuerdo prevé “el desarrollo de actividades formativas de educación médica en forma conjunta, dirigidas a los médicos, y también está dentro de los planes la realización de algún trabajo de investigación conjunta. Este acuerdo además reportará beneficios para los socios del SMU y sus familiares directos para la realización de cursos de formación y de posgrado en la UM”.

Si bien la UM no cuenta con Facultad de Medicina, el Centro de Ciencias Biomédicas brinda carreras de posgrado, maestrías y cursos en varias especialidades. Entre otros, se ofrecen especializaciones en mastología, medicina de emergencia y traumatología y ortopedia, maestrías en farmacología y medicina familiar y comunitaria, como así también cursos avanzados en medicina del deporte, cuidados paliativos, ecografía en emergencia y áreas críticas, y en imagenología mamaria. ♦



DOSSIER SEGURIDAD JURÍDICA EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

IMPLICANCIAS LEGALES DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA

¿Qué aspectos jurídicos se vinculan al ejercicio profesional de la medicina? ¿Cuáles son los riesgos que enfrenta un médico ante una denuncia en su contra por su actuación durante el ejercicio de la profesión? ¿Qué cobertura brinda el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional del Sindicato Médico del Uruguay a sus socios? Estas y otras preguntas fueron respondidas por un equipo multidisciplinario integrado por la doctora Natalia Veloso, el doctor Jorge Barrera, asesores jurídicos del SMU, y Ariel Apotheloz y Claudio Rizzo, en representación del Banco de Seguros del Estado (BSE).



Un error involuntario cometido por un profesional de la medicina puede tener repercusiones en lo administrativo y en la justicia civil y penal, explicaron los expertos en una serie de charlas para los socios brindada a fines de 2016, en las que se informó sobre el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

La doctora Veloso planteó que cuando se presenta una presunta mala praxis para un profesional de la medicina se abren “muchos frentes”, además de los referentes a la justicia civil y penal, que suelen ser los primeros en los que se piensa. Ante un error, “es importante tener una visión real de lo que sucede y de los frentes que atraviesa el médico cuando comete una mala praxis”, subrayó.

“Si el médico es funcionario y comete una mala praxis, probablemente también se le inicie un sumario administrativo que puede terminar en una observación o una destitución”, explicó Veloso. Otro de estos “frentes” está en el Ministerio de Salud (MS), ante el cual pueden presentarse denuncias, y esa es la situación más seria en el ámbito administrativo, ya que puede derivar en una inhabilitación. Las denuncias ante el MS son dirigidas a la Comisión Honoraria de Salud Pública, un órgano administrativo constituido por 15 médicos notables en el ejercicio de la profesión, que determina una eventual sanción, que puede ir desde una observación hasta la inhabilitación para ejercer la medicina por un período máximo de diez años. “Esto significa que el médico no puede ejercer la profesión durante ese período, ni en el ámbito público ni en el privado; se tiene que dedicar a otra cosa”, dijo Veloso, y agregó que el promedio es de dos inhabilitaciones por año. Además, apuntó que en muchos casos las pruebas obtenidas en el proceso que lleva adelante la Comisión Honoraria de Salud Pública terminan siendo utilizadas en los procesos civiles o penales.

Desde la creación del Colegio Médico del Uruguay también se abre el ámbito del eventual análisis de la conducta médica en el

Tribunal de Ética Médica, que también puede aplicar sanciones “sumamente severas”, agregó la profesional.

Responsabilidad civil

En cuanto a la responsabilidad en el caso de una demanda civil, la abogada diferenció los casos según quién tiene el vínculo obligacional, si el profesional o la institución médica. Cuando el profesional es independiente —por ejemplo, si tiene un consultorio particular—, existe un vínculo obligacional entre médico y paciente, y este tiene hasta 20 años para recurrir a la justicia civil a presentar una demanda. Sin embargo, si el médico se desempeña en una relación de subordinación profesional como dependiente de una institución, su responsabilidad es extracontractual y el paciente tiene solo cuatro años para reclamar. La institución que brinda el servicio puede citar en garantía al médico para que también comparezca en el proceso, y en ese caso el profesional también va a enfrentar una eventual responsabilidad civil.

Para que exista una condena de responsabilidad civil médica no es suficiente con un error, sino que deben cumplirse, en simultáneo, cuatro aspectos:

- un apartamiento de la *lex artis*, de los protocolos o procedimientos médicos que guían el proceder profesional
- una culpa médica producto de una negligencia o una impericia
- un daño
- un nexo causal entre el error y el daño producido

La abogada hizo hincapié en este último punto y explicó que no es suficiente que exista un error y un daño, sino que el error debe causar el daño. Como ejemplo, dijo que si se comete un error quirúrgico pero el paciente muere por una causa que no se vincula con ese error, entonces no hay nexo de causalidad, porque lo que causa el fallecimiento no es el apartamiento de la *lex artis*, sino otra cosa.

El elemento más relevante de los cuatro es la culpa médica, porque “es sobre el cual hay mayores desarrollos doctrinarios y discrepancias en la jurisprudencia”, indicó Veloso. Se configura culpa médica cuando el profesional se aparta del estándar, actúa con impericia —la falta de conocimiento técnico—, imprudencia —no tomó todas las medidas que tenía que tomar— o negligencia —una actitud descuidada—. Para apreciar la culpa médica no se le puede exigir al médico un estándar de diligencia superior al que tendría la media de sus colegas en la misma situación asistencial, con iguales circunstancias de tiempo y espacio. Tanto para este como para otros puntos, es muy importante la historia clínica, que fue definida por la profesional como “el documento probatorio por excelencia en un juicio de mala praxis”, porque es la única forma documentada de saber cómo estaba el paciente en la situación asistencial. “La culpa médica es una obligación de medios, no de resultados”, aclaró Veloso. “Si el médico hace todo lo que tenía que hacer y emplea la diligencia debida, actúa conforme a la *lex artis* y el resultado es negativo, no existe culpa médica. El médico no tiene una obligación de resultados, no tiene la obligación de salvar al paciente, sino de emplear todos los medios que tiene a su disposición para obtener un resultado exitoso, si no lo tiene, no se configura la culpa médica”, amplió.

Otro aspecto señalado por la doctora Veloso para los casos de responsabilidad médica en la justicia civil es que el error cometido debe ser inexcusable; por ejemplo, que se demore injustificadamente un diagnóstico, que no se agoten los medios disponibles para alcanzarlo o que no se descarte la causa de mayor gravedad para determinada sintomatología. En este sentido, dijo que un caso “muy común” es que una persona recurra a la emergencia porque le falta el aire y su diagnóstico se oriente hacia una infección respiratoria, pero que

fallezca por un tromboembolismo. “En ese caso, se entiende que existió mala praxis y que el error es inexcusable, porque no se descartó la causa de mayor gravedad. Los jueces siempre condenan y entienden que existe error injustificable en esas ocasiones”, subrayó. En cambio, los errores excusables son aquellos que no comprometen la responsabilidad del médico; por ejemplo, cuando un cuadro clínico es confuso o inespecífico, y se llega a un diagnóstico equivocado, o cuando existen discusiones científicas sobre el tema.

Veloso se refirió, en particular, a una situación que aparece con las nuevas tecnologías y el uso de las comunicaciones telefónicas. Indicó que, aunque los médicos, especialmente los pediatras, quieran dar indicaciones telefónicas a un paciente o a una madre ante una situación puntual, deben evitar hacerlo porque “la jurisprudencia es muy dura” con estos casos. “Si algo sale mal les van a decir que existió una evaluación sin tener al paciente enfrente. Hay jurisprudencia y doctrina abundante acerca de que la evaluación del paciente tiene que ser personal”, agregó.

La abogada cerró su exposición abordando los posibles casos de responsabilidad civil médica vinculados al consentimiento informado. En este sentido, reiteró la importancia de la historia clínica, en la cual debe dejarse constancia de si se informó al paciente o a su familia y de qué se les informó, incluso en los casos en los que el paciente ejerce su derecho a no saber, en cuyo caso también recomendó que se intente informar a un familiar. También aclaró que no es necesario que se expliquen absolutamente todos los riesgos en los que incurre el paciente a la hora de afrontar un determinado procedimiento, sino solo aquellos que son normales.

Responsabilidad penal

La exposición acerca de la responsabilidad penal que puede recaer sobre los médicos en el marco de su ejercicio de la profesión

estuvo a cargo del doctor Barrera, quien planteó que, en términos generales, cada vez se recurre más a la justicia penal, una preocupación planteada por varios de los médicos presentes en la charla brindada en el Hospital Británico en noviembre.

A modo de introducción, el abogado indicó que antes el derecho penal “era la última intervención del Estado frente a un conflicto social” y que hace 40 años no era lógico que un médico tuviera relación con un penalista, porque el derecho penal solamente intervenía en aquellos casos en los que ni el derecho civil ni el administrativo ni el laboral podían solucionar un conflicto social. Sin embargo, actualmente, existe una inflación de leyes, porque “está instalada esa creencia de que a mayor número de leyes penales y a penas más duras, hay resolución de conflictos y la sociedad está más pacífica”, consideró, y “ante cualquier conflicto social, lo primero que se hace es la denuncia”. Agregó que para los demandantes la denuncia penal también es un camino para inclinar a su favor una eventual negociación económica como la indemnización.

En materia de derecho penal, Barrera presentó los artículos 1º y 3º del Código del Proceso Penal, que refieren al concepto de delito y a la relación de causalidad, respectivamente. Acerca del primero —que dice que “es delito toda acción u omisión expresamente prevista por la ley penal”—, subrayó que para que exista un delito la ley tiene que determinarlo como tal, porque si no se estaría violando el artículo 7º de la Constitución, que establece que “ningún habitante de la República será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”. Sobre el segundo —que indica que no se puede castigar a nadie “si el daño o el peligro del cual depende la existencia del delito, no resulta ser la consecuencia de su acción o de su omisión”—, señaló que para que exista un delito culposos se necesita un resultado lesivo que sea consecuencia de la existencia del

delito, algo similar a lo planteado por Velloso respecto del nexo causal entre el error médico y el daño producido. “En Uruguay los delitos culposos solamente existen cuando hay un resultado”, dijo Barrera. Como ejemplo de un caso en el que existe un delito culposos cuando hay un resultado, contó que en España una persona puede ser condenada, aunque no exista un resultado lesivo de su actuación, si conduce alcoholizada.

En este punto Barrera también hizo hincapié en la necesidad de contar con una historia clínica al día a la hora de llevar adelante la defensa de un médico acusado de mala praxis en la justicia penal. Explicó que en la historia clínica figuran datos que pueden ser evidentes para los médicos pero no para los demás involucrados en un juicio, y que en ellos están las claves para poder explicar conceptualmente aspectos que permitan demostrar que no hubo un nexo de causalidad entre el error y el resultado.

“Es importante que tengan presente que no toda muerte trae como consecuencia una responsabilidad penal, porque ustedes tienen una obligación de medios y no de resultados; no hay una obligación de sanación, hay una obligación de llevar adelante los medios idóneos”, subrayó el abogado, antes de aclarar que la responsabilidad penal puede aparecer en casos de imprudencia, impericia, negligencia o dolo. En particular, se refirió al artículo 18º del Código del Proceso Penal, que establece cuándo existe culpabilidad, y lo complementó con el 314º, que trata sobre el homicidio culpable. En este sentido, explicó que hay culpabilidad cuando se genera un resultado que podría haber sido previsto pero no lo fue por imprudencia, impericia, negligencia o violación de leyes o reglamentos. Aun así, aclaró que “no necesariamente todo homicidio culpable debe llevar a un procesamiento con prisión”, ya que incluso en este caso el juez puede optar por un procesamiento sin prisión.

Otro aspecto a tener en cuenta en el caso de la responsabilidad penal es el vinculado a

las lesiones graves. El abogado detalló que un procedimiento penal por lesiones solo puede ser iniciado si la víctima presenta una denuncia —para lo cual tiene un período máximo de seis meses—, ya que en estos casos ni la fiscalía ni el juzgado pueden actuar de oficio, aunque hayan sido testigos de lo sucedido o estén relacionados con la persona lesionada. Agregó que usualmente se presenta la denuncia tanto civil como penal, y que el equipo multidisciplinario de juristas que trabaja con el SMU intenta negociar con la víctima para que desista de la acción penal.

Además, el asesor del SMU subrayó que “no toda denuncia implica un procesamiento” y que comparecer ante la justicia penal no implica que se genere un antecedente, una duda bastante frecuente entre los médicos, según contó.

Por último, Barrera recordó que todos los socios del SMU pueden comunicarse las 24 horas con el equipo de abogados que trabajan con el Sindicato por un teléfono celular. “El temor a lo desconocido existe, aunque uno sea un profesional de la más altísima nota, porque desconocer lo que puede pasar genera incertidumbre”, indicó, invitando a los asociados a comunicarse telefónicamente en caso de que tengan dudas urgentes o de que surja algún imprevisto para recibir un “asesoramiento primario”.

Una sociedad de riesgos

Tanto Barrera como Apotheloz hicieron hincapié en que vivimos en una sociedad en la que el riesgo está presente constantemente en nuestra vida cotidiana, pero mientras el primero dijo que es “algo tolerado y permitido”, el segundo consideró que es posible resguardarlo para protegerse.

“Cuando uno no pone el riesgo a resguardarlo, puede generar una situación desastrosa para su patrimonio, su familia y su vida”, planteó el director de la División Legal del BSE. “La función del seguro es que uno pueda desarrollar su actividad tranquilamente, pese

“ES FUNDAMENTAL QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE GRABEN EN SU CABEZA QUE SU MEJOR DEFENSA, EN CASO DE QUE HAYA UN PROBLEMA, ES LA HISTORIA CLÍNICA”, DESTACÓ LA ABOGADA NATALIA VELOSO DURANTE SU EXPOSICIÓN. SE TRATA DEL “DOCUMENTO PROBATORIO POR EXCELENCIA EN UN JUICIO DE MALA PRAXIS” Y ALLÍ DEBE ESTAR DOCUMENTADO TODO LO SUCEDIDO CON EL PACIENTE DESDE QUE FUE VISTO POR EL PROFESIONAL, DESDE LOS SÍNTOMAS INICIALES HASTA SI SE LE INFORMÓ SOBRE LOS RIESGOS DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO AL QUE FUERA SOMETIDO. POR SU PARTE, EL ABOGADO JORGE BARRERA SUBRAYÓ QUE EN LA HISTORIA CLÍNICA ESTÁN LAS BASES PARA DEMOSTRAR SI EXISTIÓ UN NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE UN ERROR MÉDICO Y UN RESULTADO LESIVO.

a saber que se están generando riesgos”, agregó.

Apotheloz explicó que los seguros funcionan como un sistema de seguridad en el que una empresa administra un fondo común conformado por los aportes de las personas que enfrentan situaciones de riesgo equivalentes para que estén aseguradas. Ese fondo común es el que después se utiliza para pagar indemnizaciones o reparaciones, según el tipo de seguro. En el caso del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, las primas son abonadas por el SMU en nombre de los médicos, pese a lo que no habrá un incremento en la cuota gremial. El BSE, que en este caso es la empresa aseguradora, fue responsable de estimar, mediante la estadística y la probabilística, las hipótesis de riesgo que enfrentan los riesgos y el alcance del seguro, que es una cobertura anual de 100.000 dólares, con un tope de 50.000 dólares por evento.

“La principal obligación del asegurador no es pagar las indemnizaciones, porque en la técnica del seguro nadie la quiere, sino la asunción del riesgo de acuerdo a los términos y condiciones previstos en el contrato”, indicó Apotheloz. Como ejemplo, señaló que en el caso de los médicos “muchas veces el asegurador asumirá el riesgo” ante una demanda, “pero no indemnizará porque no se producirá la culpa médica y no habrá responsabilidad”.

¿Cómo debe actuar un médico en el caso de un reclamo? Lo primero que debe hacer es no aceptar la responsabilidad. Este es un punto que fue subrayado tanto por Rizzo como por Apotheloz, los dos representantes del BSE en la charla del Hospital Británico. Rizzo dijo que el BSE “se subroga los derechos del asegurado” y que este “tiene que tener derecho a defenderse”, mientras que Apotheloz apuntó a que reconocer la responsabilidad implicaría aumentar el riesgo de que se deba pagar una indemnización. “Cuando el asegurador calcula la prima previó determinado formato de riesgos que es el que puede

afrontar con las primas que cobra. Si cada asegurado, por sí, agravara el riesgo, desactualiza el cálculo y la empresa de seguros se desfinancia”, explicó. En todo caso, aclaró que si un médico admitiera la responsabilidad esto no implicaría la recesión del seguro, sino que no podrá acceder a los derechos indemnizatorios para ese caso en particular. Ante un nuevo evento, el médico podrá acceder nuevamente al servicio completo.

Rizzo agregó que, una vez recibido el reclamo, el médico debe comunicarse con el SMU en un plazo máximo de cinco días hábiles para que todos los asesores del Sindicato puedan ponerse a trabajar en una estrategia para enfrentar la situación. Todos los participantes subrayaron la importancia del equipo multidisciplinario contratado por el SMU para que brinden servicios a sus asociados, así como la coordinación que existe entre ellos y la necesidad de que los médicos colaboren con las investigaciones para garantizarse la mejor defensa en cualquiera de estos casos.

El seguro

Hace ya varios años que el SMU brinda a sus asociados cobertura en el caso de denuncias administrativas, civiles o penales, otorgándoles, sin costo, el servicio de los estudios Jorge Barrera & Asociados y Delpiazzo. El Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, también disponible sin costo, es un paso más en este sentido. “El SMU tiene entre sus fines brindar a sus socios, y a los médicos en general, una protección en todos los aspectos”, y este seguro “nos permite ejercer con seguridad y con cobertura, que hoy en día es cada vez más importante”, aseguró el presidente del SMU, Julio Trostchansky, en la charla brindada en el Hospital Británico sobre las implicancias legales del ejercicio de la profesión médica.

Por medio del seguro, el Sindicato se hace cargo de los costos de los procesos en todas las áreas y de la eventual indemnización. El Seguro de Responsabilidad Civil Profesional fue lanzado por el SMU y el BSE en setiembre

y entró en vigor el 1º de octubre automáticamente para todos los socios con efecto retroactivo, cubriéndolos ante posibles reclamaciones por eventos sucedidos desde el 1º de octubre de 2015. Además, se renueva anualmente sin que los asociados tengan que hacer ningún tipo de trámite.

El seguro otorga una cobertura anual de 100.000 dólares, que puede dividirse en dos o más eventos, por ejemplo, dos de 50.000 dólares cada uno o diez de 10.000 dólares. Cada socio tiene la posibilidad de ampliar su cobertura contratando un adicional con un costo bonificado para los socios del SMU, informó Rizzo. Trostchansky aclaró que los montos que se cubren en el seguro están establecidos con base en la historia de las sumas que han tenido que pagar los profesionales en este tipo de casos. Por su parte, Apotheloz coincidió en que es una “cobertura adecuada”. ♦

23

COLECCIONABLE

CONTACTO: sermedico@smu.org.uy



MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

UGM**Lo mejor está por venir**

A lo largo de estos casi dos años de trabajo dentro del CE del SMU, hemos sido protagonistas constructivos de todos y cada uno de los lugares desde los que nos ha tocado participar; incluso propiciando una forma de trabajo que reuniera todas las opiniones, pues para nosotros al gremio lo conforman y enriquecen todas las voces.

Así desde la Fundación Salud, las Comisiones del Reencuentro y la Amistad, de la Administración de la Colonia de Vacaciones, de Estatutos, la de Estudio de la Seguridad Social de los médicos, la de Bienestar Médico, la de Emergencias médicas, etc. nuestra labor fue propositiva y en todas se ha avanzado.

Más aun, hemos sido partícipes de la creación de Núcleos de Base: Hospital de Canelones, de Las Piedras, de Cardiomóvil (Maldonado), y participamos activamente en el conflicto de Florida y nuestra voz se hizo presente en la Comisión de Salud de la Junta de Florida.

A esto, las múltiples actividades sobre enfermedades raras, los contactos con otros colectivos profesionales y con usuarios del sistema.

Pero aún resta por hacer. Esto es lo más importante, la tarea nunca termina y para ello la profesionalización de nuestro Sindicato es fundamental, y en esto la Unidad de Negociación Colectiva debe mantener su activo rol, participando, elaborando y siendo la conciencia crítica que movilice la estructura política.

En 2015 planteábamos, entre otros puntos, criterio de género, trabajo en emergencias móviles, seguridad médico-legal.

Hoy podemos decir que sin vanagloria nos sentimos complacidos de que estos temas y otros de la agenda médica se están discutiendo y en algunos casos avanzando en soluciones concretas.

En los últimos meses hemos revertido la relación ingresos/egresos y mediante el Seguro de Responsabilidad Civil los médicos afiliados tienen la total cobertura a través de su Sindicato.

Nuevos desafíos se avecinan al colectivo, el nuevo presupuesto plantea la necesidad de acercar cada vez más las remuneraciones en el sector estatal con el privado, recordando que ASSE es un eslabón, el principal del aparato asistencial del Estado; fundamental para la integración en el SNIS que hoy navega a la deriva. En 2018 una nueva negociación colectiva, la necesidad de relacionar las metas asistenciales y la referenciación de pacientes a la remuneración de quienes son los responsables de estas tareas, una Ley de Residencias Médicas que eleve el estatus y mejore la calidad formativa de los futuros especialistas, la implementación, según lo pautado, de los CAD en todo el sistema; como se ve, tarea hay para hacer.

El fermento de un colectivo está en su renovación, esta solo es posible si atraviesa las generaciones ya que no es patrimonio etario, lo es de la forma como nos adecuamos a los cambios; para ello es fundamental el diálogo gremial, con sustento técnico y político. Las viejas fórmulas elaboradas siglos atrás hoy no responden a los intereses ni al ánimo de los médicos; los medios masivos de comunicación transforman día a día las relaciones sociales y los médicos no escapamos a ello.

Debemos avanzar, ser creativos, democráticos, propositivos, manteniendo las diferencias y sustentándolas con argumentos y no con meras opiniones, valorizando lo que es sin duda más importante, por encima de las apetencias políticas y los egos, la herramienta Sindicato Médico del Uruguay.

MEDICOS ASALARIADOS SOLIDARIOS (MAS)

Elecciones SMU:

Tu Voto Es Tu Fuerza

Votá Cambio Sindical,

Votá Ag. MAS!!!

Porque creyendo en la victoria, e impulsando decisivamente la confluencia con otras agrupaciones logramos el triunfo histórico del nuevo estatuto del SMU en el plebiscito resolutivo de mayo de 2016.

El nuevo estatuto ya es el comienzo del cambio, e implica más democracia, más transparencia y mayores controles para los gastos.

Por conciencia sindical denunciemos el despilfarro del dinero de todos por parte de la mayoría del CE. La pérdida económica es de carácter significativo, dado que durante el cogobierno oficialista se perdió la tercera parte del patrimonio.

Exigimos un plan de austeridad.

Además recuerda que hicimos sendos plebiscitos triunfantes por mayoría absoluta sobre Laudo Médico Único Equitativo y Ley de Jubilación Médica Digna.

Votá Ag MAS por coherencia, tenacidad, inclusividad, honestidad y austeridad.

Nuestro compromiso con l@s médic@s:

- 1- Sindicato inclusivo para tod@s l@s médic@s asalariad@s. ¡No al elitismo!
- 2- Independencia de los partidos políticos, gobierno y empresas.
- 2- Prioridad salarial: Laudo Médico Único Nacional Equitativo. Equiparación público privada.
- 3- Defensa de todos los puestos de trabajo médicos. Defensa de los servicios de salud del Banco Hipotecario y ANCAP. No al cierre y/o traslado del Filtro.
- 4- Defensa del Nuevo Estatuto que define al CE y a la Asamblea General como los órganos máximos e incluye la participación real de los Núcleos de Base y las Sociedades Científicas.
- 5- Democracia sindical y empoderamiento de los soci@s. ¡No al autoritarismo!
- 6- Transparencia de la gestión. Libertad informativa. Defensa de la Red Médica libre y plural. ¡No al secretismo!
- 7- Plan de saneamiento del SMU. Austeridad en los gastos y defensa de su patrimonio. ¡No al despilfarro!
- 8- Cuidar al cuidador. Luchar por condiciones laborales amigables para la salud de l@s médic@s.
- 9- Defensa y mejoramiento de la jubilaciones médicas. No a la rebaja jubilatoria en la CJP.

FOSALBA

Construir puentes hacia nuevas conquistas

Ya están próximas las elecciones y con ellas la necesidad de evaluar lo realizado y plantearnos nuevos desafíos. Fosalba lo hizo y queremos compartirlo.

Los objetivos generales siguen siendo los mismos:

- Consolidar al SMU como la asociación médica más representativa del país.
- Mantener al SMU como actor sustantivo y usina de propuestas para profundizar el SNIS.
- Mejora de la calidad de vida de los médicos.

En el consejo de salarios privado logramos recuperar lo perdido en la crisis y crecimiento real. Avanzamos en la Reforma del Trabajo Médico con la implementación de Cargos de Alta Dedicación (CAD), que ya están mostrando beneficios objetivos. Hay 700 CAD; vamos por 2.000 y en todas las especialidades.

Nos comprometimos y logramos un acuerdo sobre derechos de género, maternidad y lactancia. Ahora vamos por contemplar situaciones maternas especiales y la paternidad.

Avanzamos en la regulación laboral de sectores nunca considerados, como Nefrología y Móviles. Vamos a seguir, tendiendo a eliminar las formas precarias de contratación.

Con mucho conflicto logramos instalar el consejo de salarios público. Las dificultades continúan y firmamos un convenio que ahora ASSE incumple. Tenemos como norte lograr la equiparación de las condiciones salariales y laborales con el sector privado. La próxima rendición de cuentas será un punto de inflexión.

Se debe consolidar un Programa Nacional de Residencias Médicas y es perentorio un incremento salarial de los residentes.

Impulsaremos el crecimiento del SMU en todo el país, sobre la base de las organizaciones médicas locales, por lugar de trabajo y científicas. Seguiremos buscando utilizar las nuevas tecnologías.

El SNIS debe avanzar en los principios de la atención primaria: accesibilidad, atención longitudinal, continua e integralidad, en el abordaje de

personas, familias y comunidades. Aún se exige poco a los prestadores para progresar en el cambio de modelo.

Seguiremos impulsando la ley nacional de Centros de Referencia. También la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnología y la actualización del PIAS y FTM.

Reimpulsaremos la Ley de Salud Mental. Ya hay medio camino avanzado con las SSCC y cátedras del área de salud mental.

Nos comprometemos a seguir impulsando la complementación público-privada. La reestructura de Pediatría en Florida es una buena experiencia a considerar.

Logramos incorporar el Seguro de Responsabilidad Civil para todos los socios sin costo adicional. Ya teníamos asesoramiento legal civil y penal. Muchos quieren desmantelarlo, nosotros potenciarlo.

El deterioro de infraestructura y pérdidas económicas de la Colonia eran insostenibles. Con nuestro liderazgo se ha iniciado el proceso de reconversión. Necesitamos apoyo societario para culminarlo.

Los socios del SMU cuentan con la Biblioteca Virtual más completa de Sudamérica. Tenemos que trabajar en la promoción para aprovecharla.

Donde algunos ven gasto, nosotros inversión. Donde ven derroche, vemos nuevos y mejores servicios. Cuando anuncian desastres y hundimientos, tenemos un SMU que mejora su economía y crece en socios. Donde algunos ven oportunidad de criticar, nosotros desafíos a trabajar.

Estos no son algunos títulos. Te invitamos a leer su desarrollo y ver a los colegas que se comprometen a trabajarlos. Te invitamos a construir puentes hacia nuevas conquistas.

<http://fosalba.org.uy>

GREMIALISMO AUTÉNTICO (GA)

Una docena de razones para votar GA:

1) Por un Sindicato Médico único, plural, en el que TODOS los médicos, sin importar edad, condición, especialidad o residencia, nos sintamos incluidos. La múltiple integración de nuestra

agrupación constituye fiel reflejo y adecuada base para esta aspiración.

2) Un SMU que defienda los intereses profesionales, laborales y sociales de los médicos, dignificando nuestra profesión. Porque mejorar nuestras condiciones laborales y salario es contribuir a una mayor calidad del sistema.

3) Un SMU que tome como principal bandera las reivindicaciones de sus médicos más sumergidos y postergados.

4) Por un SMU independiente, sin lazos ni compromisos con los gobiernos y administraciones de turno.

5) Por una dirección gremial que dirija y no que imponga, que escuche y que sea representativa de nuestros intereses, respetando nuestras decisiones. El nuevo estatuto que conseguimos aprobar será una valiosa herramienta para ello.

6) Por las necesarias austeridad y transparencia contables en la gestión y administración. Eliminar el despilfarro, combatir el déficit y gestionar con eficiencia.

7) En defensa de la Caja de Jubilaciones Profesionales y por la recuperación de los beneficios perdidos, derechos adquiridos de sus afiliados.

8) Por la derogación del fondo de solidaridad y del adicional. No al cobro retroactivo de la educación universitaria. Bajar la carga tributaria de los médicos.

9) Por Laudo único público-privado. A igual función, igual remuneración.

10) Por representantes en ASSE y en la Junasa. El progreso del Sistema de Salud, el cambio del modelo de atención y la verdadera promoción de la salud requieren el concurso de los médicos.

11) Porque es imperioso financiar la reconstrucción e integrar el Hospital de Clínicas al SNIS.

12) Porque exigimos un presupuesto justo para la Universidad, para estudiantes, residentes e internos, que son nuestro presente en desarrollo.

Ejecutivo: Felipe Schelotto, Gonzalo Ferreira, Inés Vidal, Cristina Cavagnaro, Martín Bazzino. Arbitral: Edmundo Batthyány, Jorge Pomi, Julio Alves, Aníbal Dutra. Fiscal: Daniel Salinas, Pedro Cladera, Eduardo Ferreira, Daniel Gindel. Colonia: Cristina Grela, Beatriz Defranco, Erika González, Idea Decia.

TODAS LAS VOCES

ESTUDIANTES INDEPENDIENTES

Estudiantes Independientes es desde sus inicios un espacio de trabajo colectivo abierto a todos los estudiantes de nuestra Facultad, basado en la tolerancia y cuyos objetivos no persiguen más que los intereses de aquellos por quienes trabajamos.

Así es que en más de 15 años hemos recorrido un camino de compromiso con nuestros compañeros, llenando, junto al SMU, los huecos que las múltiples carencias de la Facultad dejan en su formación, por medio no solo de congresos, talleres, cursos y becas, sino acercando los recursos y herramientas necesarias para potenciar el aprendizaje, con una página web que nos permite acceder a todos los libros de la carrera, entrega de materiales como gestogramas y farmanuarios, entre tantas otras actividades.

Todo esto sin olvidar la importancia de trabajar en pos de un mejor futuro laboral que asegure las condiciones que facilitarán el desempeño de nuestra tarea de la mejor manera y que nos permitirán entablar una relación sana con nuestros pacientes y nuestra profesión sin descuidar nuestro bienestar por estar sometidos a jornadas laborales demasiado extensas, en ambientes laborales nocivos o en espacios de trabajo que no cumplen con las condiciones básicas para que un profesional se desempeñe correctamente.

Para seguir avanzando en este sentido, necesitamos un SMU con mayor participación de sus socios, un SMU en el que todas las voces sean escuchadas y todas las opiniones valgan lo mismo, en el que prime el bien del colectivo y las individualidades queden afuera. Es por eso que contamos con tu apoyo, para seguir trabajando por el SMU que vos querés.

AGRUPACIÓN 1958-AEM

¡El 25 de mayo se vienen las elecciones del SMU y queremos que nos conozcas!

El SMU es la herramienta gremial que une a los profesionales médicos, y tiene la particularidad de que en su Comité Ejecutivo y en su trabajo en general integra también a los estudiantes.

La 58 es una de las agrupaciones que participa dentro de la AEM y desde las últimas elecciones del SMU contamos con un representante en el Comité Ejecutivo del Sindicato, en el que hemos participado activamente.

Somos un grupo de trabajo comprometido con acercar el SMU a vos y todos los estudiantes de nuestra Facultad.

Luchamos por incorporar en nuestra formación académica los contenidos de los cursos que brinda el Ceprie (como el ATLS). Mientras esta realidad no se concreta, hemos conseguido el aumento de la oferta de los cursos, con una mayor frecuencia e importantes descuentos para los socios del SMU.

Nos acercamos a diferentes compañeros practicantes, para conocer su realidad laboral y condiciones de trabajo. Reafirmamos nuestra convicción en lograr condiciones laborales dignas con reglas claras, respetando nuestros derechos, como el del cobro de la licencia no gozada.

Sabemos que a lo largo de nuestra formación vivimos situaciones de mucha presión, de exigencia y estrés, por eso trabajamos desde la Comisión de Bienestar Médico para garantizar condiciones adecuadas de aprendizaje y desempeño laboral. ¡Es fundamental seguir trabajando juntos para la correcta evaluación de los lugares disponibles en el internado!

Estos son solo algunos de los temas que desarrollamos con tu apoyo, ¡pero vamos por más!

Queremos construir juntos:

Más beneficios estudiantiles; más acceso al conocimiento científico y formación de calidad; más y mejores condiciones de estudio en los hospitales durante el internado y la residencia; más apoyo a la inserción laboral de los practicantes y nuestros compañeros recién recibidos.

El 25 de mayo acompañanos a construir.

¡Más y mejor SMU!

“La mejor forma de decir es Hacer”.



Ser del SMU

es tener BENEFICIOS

Nadie te cuida más

- Unidad de Negociación Colectiva
- Seguro de Responsabilidad Civil Profesional
- Biblioteca Virtual de la Salud
- Asesoramiento Legal (Administrativo, Civil, Laboral y Penal)
- Asesoramiento y acompañamiento en trámites jubilatorios
- Colonia de Vacaciones y Campo Deportivo
- Convenios y descuentos comerciales
- Alquileres de espacios para diversas actividades

**Vos ocupate de ejercer tranquilo.
Nosotros de que lo hagas seguro.**

**AFILIATE
AHORA**

socios@smu.org.uy
2401 4701



**Sindicato
Médico del
Uruguay**

MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

**Nadie
te cuida más**



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

Mejoras en el sistema de certificaciones

El Sindicato Médico del Uruguay sigue trabajando con el Banco de Previsión Social (BPS) y la Cátedra de Salud Ocupacional de la Universidad de la República (Udelar) para mejorar el Sistema Nacional de Certificaciones Médicas Laborales (SNCL).

El grupo de trabajo elaboró un documento que compila los Tiempos Esperados de Recuperación (TER) de diferentes patologías. Como lo indica su nombre, la guía incluye información basada en estadísticas y comparación de datos nacionales e internacionales, validados por la Udelar.

La guía pauta recomendaciones sobre cuándo certificar, por cuánto tiempo y los mecanismos de control; también se especifica la diferenciación de la patología aguda altamente prevalente, episódica o esporádica, de la patología crónica que requiere descanso por semanas o meses. El objetivo del documento es brindarle herramientas y respaldo institucional al cuerpo médico sobre aspectos prácticos de la certificación. De ahora en más, se trabajará en la realización de un análisis crítico del funcionamiento del sistema, se harán capacitaciones sobre los aspectos médicos y legales y se realizarán campañas de difusión y de sensibilización.

El presidente del Sindicato, doctor Julio Trostchansky, explicó que la causa del incremento de certificaciones es multifactorial: hay más trabajadores inscriptos en el BPS, más patologías a certificar. “Antes mucha gente no se certificaba porque el subsidio por enfermedad cubría hasta un tope menor del actual y prefería ir a trabajar enferma; además ahora el trámite es más sencillo”.

En tanto, el vicepresidente del SMU, doctor Alfredo Toledo, aseguró: “Por fin se están encontrando los ámbitos adecuados de discusión, con las personas e instituciones adecuadas para debatir, dialogar y hacer los aportes correspondientes, para que un sistema de la magnitud y trascendencia que tiene el de las certificaciones médicas laborales sea discutido en profundidad”.

Por su parte, el decano de la Facultad de Medicina, Fernando Tomasina, aseguró que la Universidad “está comprometida por ley orgánica a participar en los temas de interés público, y este lo es”.

“El debate que hay que dar es el de hacer mejor uso de los recursos que la sociedad ya destina a un evento de contingencia propia de la seguridad social como es la enfermedad y la incapacidad temporal o definitiva de las personas. Estamos debatiendo sobre el mejor uso de un derecho que está muy bien que se ejerza, como parte de la seguridad social en su conjunto. Como institución formadora de recursos humanos también está nuestra preocupación por la formación en valores de los profesionales y la responsabilidad ética, deontológica y moral que tenemos en el ejercicio de nuestra profesión”, afirmó.

El doctor Gustavo Grecco, representante del SMU en el grupo de trabajo, dijo que es necesario construir pautas avaladas multiinstitucionalmente para que los médicos usen como referencia a la hora de certificar. Sobre la necesidad de contar con un protocolo, Grecco señaló: “Desde la implementación del SNCL, y otros cambios en la prestaciones de la seguridad social, el médico clínico, el de a pie, el tratante, ha cobrado una jerarquía muy grande en las certificaciones. Entendemos que el sistema, como tal, no brinda las condiciones idóneas para el desempeño de ese acto médico que complementa la asistencia de la patología”.

El 6 de noviembre de 2016, el SMU y el BPS firmaron un convenio para la mejora del SNCL. Se plantea la realización de un análisis sobre su funcionamiento, capacitaciones a médicos sobre los aspectos legales y bioéticos de las certificaciones médicas, campañas de difusión de las actividades y de sensibilización de la opinión pública. El Sindicato Médico se comprometió a promover el uso correcto de la certificación entre sus afiliados, favoreciendo la participación en instancias de capacitación, promoción y difusión de estos aspectos. ♦

Sigue sin llegar al consultorio

Este año se cumplen diez años de la reforma de la salud, de la aprobación de la ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS, la N° 18.211), la ley de Creación del Fondo Nacional de Salud (la N° 18.131) y la ley de Descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (la N° 18.161). Los objetivos del nuevo sistema implicaban tres grandes cambios: la transformación del modelo de financiamiento del sistema sanitario, la forma de organización del trabajo médico y la reforma de la gestión asistencial. Sobre este último punto nos centraremos en esta primera nota de evaluación de los diez años del SNIS.

El primer dato que surge al intentar evaluar cómo ha cambiado la atención en salud es que no hay una cantidad importante de indicadores que permitan hacer una evaluación objetiva de los impactos que generó la reforma. Esto no significa que no haya indicadores, pero, como comenta el presidente del Sindicato Médico del Uruguay, Julio Trostchansky, los que existen no permiten evaluar el proceso. “Muchas veces se muestra como resultados de la reforma la mortalidad infantil o la expectativa de vida de la población, indicadores generales que no necesariamente están mostrando el resultado del proceso de la reforma”. Estos indicadores, en cambio, pueden dar cuenta del impacto de los determinantes sociales de la salud, es decir, cómo influye el progreso de la medicina o la mejora de la calidad de vida de la población, y no exclusivamente de los cambios introducidos por la reforma.

Una muestra de esta carencia de indicadores sobre la calidad asistencial, opina el director de la Unidad de Negociación del SMU, Gustavo Grecco, es la reapertura del corralito mutual: “Cada febrero nos inunda la propaganda de los prestadores, pero si miramos atentamente, poca o ninguna

está referida a indicadores de calidad asistencial. ¿Dónde están los mejores profesionales? No lo sé. ¿Dónde las cirugías tienen un mejor resultado en términos de mortalidad o complicaciones? No lo sé. La calidad hospitalaria, la internación por determinadas patologías, ¿es más corta, más eficaz en una mutualista o en otra? Esas cosas no se saben”. Además, según Grecco, los indicadores que recoge el Ministerio de Salud (MS) “no están procesados de tal manera que los podamos usar para medir el proceso de gestión de calidad”.

Para Trostchansky, esto se debe a que, en sus inicios, la reforma se centró “en el análisis de la situación económico-financiera del sistema sanitario, cómo mejorarla y estabilizarla, y el cambio en el modelo de gestión y en el modelo de atención quedaron relegados. Por eso, evidentemente también quedó relegada la construcción de determinados indicadores que pudieran medirlos”.

En 2014 la 9ª Convención Médica puso como eje la calidad a nivel de la salud, lo que implica, explica el presidente del SMU, “generar determinados estándares asistenciales, generar la infraestructura para alcanzar esos estándares y una medición de los procesos para ver si efectivamente se está logrando el producto deseado”. La elección del tema fue, en parte, porque “no podíamos garantizar que la reforma estaba generando un proceso asistencial de mejor calidad que el que se realizaba antes, no podíamos garantizar que efectivamente la reforma estaba llegando al consultorio”. A partir de la Convención, en opinión de Trostchansky, “se empezó a generar conciencia de que tenemos que medir de mejor manera el proceso sanitario”. En particular, asegura el dirigente, el MS “lo tomó como uno de los elementos a tener en cuenta”.

A partir de abril, el cambio en la forma de evaluar la meta prestacional N° 2, que promueve

la figura del médico de referencia, pareciera ser un camino en la incorporación de indicadores de mejora asistencial. El componente variable que el sistema paga a los prestadores en función del cumplimiento de las metas se evalúa con información que envía cada prestador y que pide el ministerio. En este caso, la meta se comenzó a pagar estrictamente en función de la mejora de indicadores: dos son fijos para todo el sistema (hipertensión arterial y manejo del infarto agudo de miocardio) y otros dos son elegidos por cada prestador. “Es un cambio de rumbo muy sano, que requiere toda una ingeniería de gestión, de diseño de los indicadores, de medirlos, pero que entendemos que tendría que haberse hecho mucho antes”, considera Grecco.

Trostchansky reconoció que uno de los principales logros de la reforma fue mejorar el acceso a la salud, pero advirtió que ahora a los uruguayos “no les alcanza con saber que tienen acceso a la salud, hoy necesitan tener acceso y cobertura a la mejor salud posible en términos comparativos con la región y el mundo”.

Integrado

Otra de las metas que se propuso la reforma de la salud fue la integración del sistema, lo que todavía sigue sin lograrse. En primer lugar, destacan Trostchansky y Grecco, porque a ASSE “se le exige poco y nada de lo que se le exige a los otros prestadores”. Si bien ASSE es el prestador de salud con más usuarios —y por tanto el que más cápitas atiende—, también recibe recursos del Presupuesto Nacional. “Hay gestiones hospitalarias públicas que hacen las cosas muy bien, pero no están sometidas a las mismas reglas que el resto del sistema”, manifestó Grecco, que añadió que, en su opinión, en un sistema nacional integrado de salud “en el que el modelo público debería ser ejemplo, se transforma en la parte rezagada en aspectos de gestión, en la reforma del trabajo médico, en integración de las funciones de alta dedicación... y desconectado en cuanto a los lineamientos estratégicos que, por ejemplo, se les piden a las mutualistas”.

Para Trostchansky, ASSE “es el talón de Aquiles del proceso de reforma. Si el sistema

EL PRIMER DATO QUE
SURGE AL INTENTAR
EVALUAR CÓMO
HA CAMBIADO LA
ATENCIÓN EN SALUD
EN ESTOS DIEZ
AÑOS ES QUE NO
HAY UNA CANTIDAD
IMPORTANTE DE
INDICADORES QUE
PERMITAN HACER UNA
EVALUACIÓN OBJETIVA
DE LOS IMPACTOS QUE
GENERÓ LA REFORMA.



ha avanzado poco en términos de cambio del modelo de atención y de gestión, ASSE ni siquiera ha iniciado ese proceso, está atrás de lo poco que se ha avanzado en el resto del sector”. Esto, dice el dirigente, pasa porque ASSE mantiene una estructura “basada en la cuotificación y gestión política de un proceso sanitario que requiere de otro tipo de gestión”. En el mismo sentido que Grecco, para Trostchansky ASSE debería funcionar “como un ente testigo para el resto de los prestadores”, y está lejos de cumplir ese rol. Además, para el presidente del SMU, la situación de ASSE “genera un peligro latente, porque frente a una situación de desequilibrio económico del país muchas de las personas que hoy están cubiertas por la previsión social en el sector mutual, con determinado nivel, van a volver a ese sector público que ya hoy no da las garantías para una atención adecuada, y que seguramente menos la va a poder cubrir en una situación de deterioro económico”.

Esta disparidad entre la atención en prestadores privados o en ASSE, considera Grecco, implica dificultades para “complementar los sistemas público y privado, para no superponer recursos, no malgastar complementando estructuras”, y esa fue una de las preocupaciones planteadas por el SMU al ministro de Salud Pública, Jorge Basso.

La mayor forma de complementación entre los subsistemas público y privado actualmente es la compra de servicios, “en condiciones que no siempre son las más ventajosas y que no contemplan solo las cuestiones asistenciales, sino tasas o porcentajes de ganancia que hacen que los precios que se pagan de uno u otro lado del mostrador sean bastante elevados”. Según Grecco, ASSE gasta anualmente 20 millones de dólares en la compra de camas de terapia intensiva a prestadores privados, que, “con una gestión adecuada, debería no hacerse o minimizarse”.

Un buen ejemplo de una forma de complementación de servicios entre públicos y privados es el servicio de pediatría de Florida. De una situación de falta de cobertura de guardias a nivel público y privado, con un acuerdo que implicó la implementación de funciones de alta dedicación, con cargos compartidos, se logró dar cobertura pediátrica en todo el departamento.

La complementación de servicios es parti-

cularmente importante para superar la mala distribución de los recursos humanos en todo el país. El desafío es claro: solo 7% de los médicos especialistas viven al norte del Río Negro. En su opinión, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República tiene un rol clave en este proceso. “La academia no se ha querido incorporar al proceso de reforma, se ha mantenido ajena, entonces seguimos viendo cómo se promueven recursos humanos que no son necesarios, que no satisfacen las necesidades de una sociedad que sustenta a la universidad pública. Los actores que hoy están en la Facultad de Medicina persisten en estar por fuera de este proceso y no complementar la reforma”, cuestionó.

Por otra parte, si bien uno de los ejes de la reforma fue fortalecer el primer nivel de atención y su capacidad de resolución, para minimizar la atención en el segundo y tercer nivel de asistencia, para Grecco este aspecto continúa en el debe: “Debería trabajarse mucho más en ese sentido”.

En términos de mejora asistencial, también identificó como una carencia la ausencia, hasta este año, de iniciativas que promuevan la creación de centros de referencia. En febrero el MS envió al Parlamento un proyecto de ley para la creación de centros de referencia, lugares donde se asisten patologías de baja prevalencia y de alto impacto social que, por su demanda económica, requieren la concentración de recursos, de experiencia y de insumos.

Una agencia independiente

La reforma implicaba para el MS un cambio de rol: dejar de ser el prestador público y pasar a ejercer el rol de contralor y rectoría del sistema. La creación de ASSE permitió separar esas funciones, pero, según Grecco, todavía falta para que el ministerio cumpla “realmente el rol de policía sanitaria, exigiendo desde las habilitaciones correspondientes, la idoneidad correspondiente, asignando recursos racionalmente según un mapa sanitario, buscando los acuerdos políticos necesarios para llegar a una complementación real que, sin asfixiar a las instituciones, logre optimizar los recursos que tiene el país”.

Trostchansky consideró que todavía “está en el debe” separar el rol regulador del MS de la toma de decisiones técnicas en relación a las presta-

ciones del SNIS. Recordó que la 9ª Convención resolvió promover la creación de una agencia de evaluación tecnológica, independiente del poder político, que sería la encargada de definir las metas prestacionales, así como los medicamentos o procedimientos médicos a financiar por el Estado. “Esas son decisiones técnicas, después el sector político, el regulador, debe definir si es posible solventarlo y financiarlo, pero pretendemos que no sea al revés, como puede llegar a ocurrir en algunas situaciones, en las que primero se piensa si es posible solventar determinado procedimiento o medicamento y después se busca la justificación técnica en un lugar donde hay representación política, y por lo tanto esas decisiones están viciadas”, opinó.

Tanto Grecco como Trostchansky coinciden en que en términos generales Uruguay tiene hoy una mejor salud. Tras un período

inicial muy intenso, en el primer gobierno de Tabaré Vázquez, la reforma vivió durante la administración de José Mujica un “proceso de enlentecimiento franco, hasta llegar en algunos momentos a detenerse”, según Trostchansky. En esta etapa, el presidente del SMU identifica “un impulso más tenue. Se están generando avances pero de manera más compleja de lo que uno debería esperar para dejar de discutir lo obvio”. Para Trostchansky, la mejora en términos generales “es evidente, porque se le ha dado al sistema una estabilidad económico-financiera que permite la discusión de otros aspectos del proceso sanitario que no hubiera sido posible discutir si esa estabilidad no existiera”. Pero consideró que el país puede dar “el salto cualitativo y comenzar a tener indicadores” de gestión asistencial, para lo que aún “falta mucho”. ♦



AVALADO POR LAS MAMÁS DE TODO EL MUNDO

Cuando se trata de proteger contra la dermatitis del pañal, las mamás confían en Vaseline® Gel Reparador. Dermatológicamente testado.



EL PODER REPARADOR DE
Vaseline®

Una garantía para que la asistencia llegue a todos

El Ministerio del Interior y la Comisión Multi Institucional por la Seguridad del Personal de Atención Extrahospitalaria (Comsepae) firmaron el 7 de febrero el “Protocolo de seguridad en la escena de atención médica extrahospitalaria”.

La Comsepae está integrada por diversos actores vinculados a la atención médica en situaciones de inseguridad, como la Federación Uruguaya de la Salud, la Cámara de Emergencias Móviles, la Federación de Funcionarios de Salud Pública, el Ministerio del Interior y algunos prestadores integrales de salud. El protocolo de actuación, acordado en el ámbito de la

comisión, fue firmado en 2014 por todas las instituciones excepto el Ministerio del Interior. Para concretar la refrendación por parte de la cartera, se trabajó en especificar la actuación de los equipos policiales que acompañan a los servicios de asistencia en situaciones de peligro. Puntualmente, se determinó cuándo pueden retirarse del lugar en el que el equipo médico está brindando asistencia.

El objetivo del protocolo de actuación es brindar a la población asistencia “en las mejores condiciones de seguridad para el equipo asistencial, el usuario y su entorno familiar”. El documento establece que son



situaciones de peligro aquellas en las que se presenta “cualquier elemento que pone o puede poner en riesgo la integridad física del personal asistencial”, y ejemplifica mencionando, entre otros, derrames de materiales peligrosos o tóxicos, factores meteorológicos y violencia ciudadana. Ante cualquier situación de peligro se debe pedir apoyo logístico para que las condiciones de seguridad estén dadas previo a la llegada del equipo de asistencia, que no será despachado al lugar hasta que esté garantizada su seguridad.

Una vez allí, el protocolo establece que el equipo asistencial y el personal policial deberán considerar



la situación para evaluar si estos últimos pueden retirarse de la zona porque ya no existen elementos que atenten contra la seguridad del personal. En caso de que existan riesgos, este puede retirarse del lugar, debiendo hacer la denuncia ante la Policía y la Comsepae.

El “Protocolo de seguridad en la escena de atención médica extrahospitalaria” también establece que quien conduzca el móvil que traslade al equipo asistencial, sea conductor o chofer-enfermero, no debe permanecer en el vehículo, sino acompañar al equipo asegurando que el vehículo quede bien cerrado.

Además, el documento establece un protocolo de actuación para los llamados de baja complejidad que son recibidos en horario nocturno. Se deberá intentar diferirlos al turno diurno, de forma tal de evitar situaciones de peligro para el equipo.

La firma del protocolo por parte de todos los integrantes de la Comsepae implica un hito para la comisión, creada en 2011 con el objetivo de analizar el conflicto de intereses entre el derecho de la población a ser asistida y el de los equipos asistenciales a no exponerse a situaciones riesgosas.

En la firma por parte del Ministerio del Interior en febrero, el presidente del SMU, el doctor Julio Trostchansky, destacó que el documento es producto de “un trabajo hecho a cabalidad”, que integró a “múltiples actores de las diversas áreas vinculadas a la asistencia prehospitolaria”. Además, subrayó que el protocolo permite garantizar que todos los usuarios reciban la atención que necesiten y que los equipos de asistencia cuenten con la seguridad necesaria para cumplir sus tareas.

Por su parte, el ministro del Interior, Eduardo Bonomi, señaló que el protocolo de actuación “apunta a tratar de resolver el problema de los médicos y las ambulancias cuando tienen que entrar a zonas complicadas” y consideró que este es “un acuerdo imprescindible para llevar la atención sanitaria a todos lados”. ♦

SOCIALES GRADUACIÓN

Nuevos doctores

Los días 8 y 9 de diciembre se realizaron las dos jornadas de entrega de títulos de los graduados de las generaciones 2007 y 2008. La ceremonia se realizó en el salón de actos de la Facultad de Medicina.





5



6



7

1. Dr. Fernando Tomasina, decano de la Facultad de Medicina.
2. Dr. Alfredo Toledo, vicepresidente del SMU.
3. Carolina Monge, Valentina López, Silvana Navarro, Natalia Méndez.
4. Eliana Martínez, Sofía Rinaldi.
5. SMU informa sobre sus beneficios a los nuevos médicos.
6. Nicolás Traba, Federico Marrero.
7. Victoria Vico, Valentina Nidegger.
8. José Salsamendi, Melissa Porro, Yoanna Tammara, Mariana Pintado.
9. Leonardo Paller, María José Mattos.
10. Natalia Pereira, María José Rivera.
11. Natalia Lorduguin, Macarena Larregui, Sofía Rivarola, Cecilia Tessore.



8



9



10



11

SOCIALES CONFERENCIA DE SINDICATOS MÉDICOS

Segunda conferencia

Entre el 3 y el 4 de abril se realizó en el local del SMU la II Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos. En el evento participaron médicos representantes de instituciones de Brasil, Argentina, Chile, España, Portugal, Alemania, Myanmar y Uruguay. Todas las delegaciones destacaron la importancia de la realización de esta conferencia y reafirmaron el compromiso de seguir organizando este tipo de encuentros internacionales.





7



8



9

1. Andrés Botzlar (Alemania).
2. Dr. Francisco Miralles (España).
3. Dr. Julio Trostchansky (Uruguay).
4. Delegaciones de Portugal y Brasil.
5. Dr. Julio Trostchansky, Dr. Jorge Basso y Dr. Alfredo Toledo.
6. Dr. Gustavo Grecco (Uruguay).
7. Dra. Guida da Ponte.
8. Dr. Luis Velozo (Chile).
9. Delegación de Argentina.
10. Delegación de Alemania.



10

SOCIALES FESTEJO

Fin de año

En la sede del SMU se hizo la fiesta de despedida del año el 14 de diciembre. En el evento, además, se realizó un reconocimiento a tres funcionarios con más de 35 años en la institución: Marcelo de la Sierra, Martha Anzalone y Graciela Cidade.





7



8



9



10



11



12

1. Dr. Blauco Rodríguez,

Dr. Marcos Moulia.

2. Dr. Eduardo Ferreira, Dr. Pedro

Cladera, Dr. Eduardo Lebrato.

3. Dr. Segio Valassi, Dr. Julio

Trostchansky, Dra. Elena Soriano,

Dra. Carmen Núñez, Dr. Sergio

Faravelli, Dr. Andrés Flores

Colombino, Dr. Raúl Gandini.

4. Dra. Piedad Márquez

y Dra. Patricia Arbes.

5. Dr. Martín Odriozola,

Dr. Gustavo Costabel.

6. Dra. Libia Svarcas, Dr. Gustavo

Grecco, Dra. Beatriz Defranco,

Dra. Cristina Grela.

7. Dr. Julio Trostchansky y Marcelo

de la Sierra (funcionario del SMU).

8. Carmen Pérez recibe

reconocimiento en nombre de

Martha Anzalone (funcionaria

del SMU).

9. Dr. Julio Trostchansky, Graciela

Cidade (funcionaria del SMU).

10. Dr. Gerardo Eguren, Dr.

Sergio Casapietra, Dr. Federico

Stipanivic, Dr. Juan Andrés Peña,

Dr. Jorge Stipanivic, Dr. Telmo

Russo, , Dr. Daniel San Vicente,

Dr. Alarico Rodríguez.

11. Dr. Federico Preve,

Dra. Soledad Iglesias,

Dr. Gustavo Grecco.

12. Dr. Luis Pacheco y

Dr. Gerardo Eguren.



Ser del SMU

es estar SEGURO

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

MÁS
COMPLETO
—
SIN COSTO

- El seguro te corresponde siempre que seas afiliado y estés al día.
- Cobertura de U\$S 100.000 anuales.
- Asesoramiento Legal (Administrativo, Civil, Laboral y Penal) con destacados profesionales del país.
- Asistencia telefónica en el momento que lo necesites.

Vos ocupate de ejercer tranquilo.
Nosotros de que lo hagas seguro.

**AFILIATE
AHORA**

socios@smu.org.uy
2401 4701



**Sindicato
Médico del
Uruguay**

MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

**Nadie
te cuida más**



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



Más trámites se podrán iniciar a través de la agenda web

Con el propósito de continuar mejorando el servicio que la Caja ofrece a sus afiliados, se han sumado nuevos trámites a la lista de los que permiten agendar día y hora a través de la página web.

- Consulta/solicitud de jubilación.
- Consulta de jubilación por incapacidad (primera consulta para solicitar esta jubilación).
- Consulta/solicitud de pensión.
- Consulta/solicitud de acumulación (para consultar o solicitar acumulación de servicios con otros organismos de seguridad social).
- Solicitud de subsidio por incapacidad temporal.
- Subsidio por maternidad.
- Solicitud de dispositivos médicos.
- Beneficios por discapacidad (primera consulta para solicitar compensación por gastos de salud destinado a integrantes del grupo familiar con discapacidad).



Caja de Profesionales
Universitarios

Somos tu caja,
estamos contigo

En enfermedad venosa crónica y enfermedad hemorroidal...

daflon® 500

fracción flavonoica, purificada y **micronizada**

• el flebotónico superior



• **Eficacia clínica superior por su exclusivo proceso de micronización**

• **Mayor absorción**

• **Mayor rapidez de acción**

• **Mayor alivio para sus pacientes**



EFA LABORATORIOS
ANTIA, MOLL & CIA. S.A.

www.efa.com.uy

SERVIER

www.servier.com