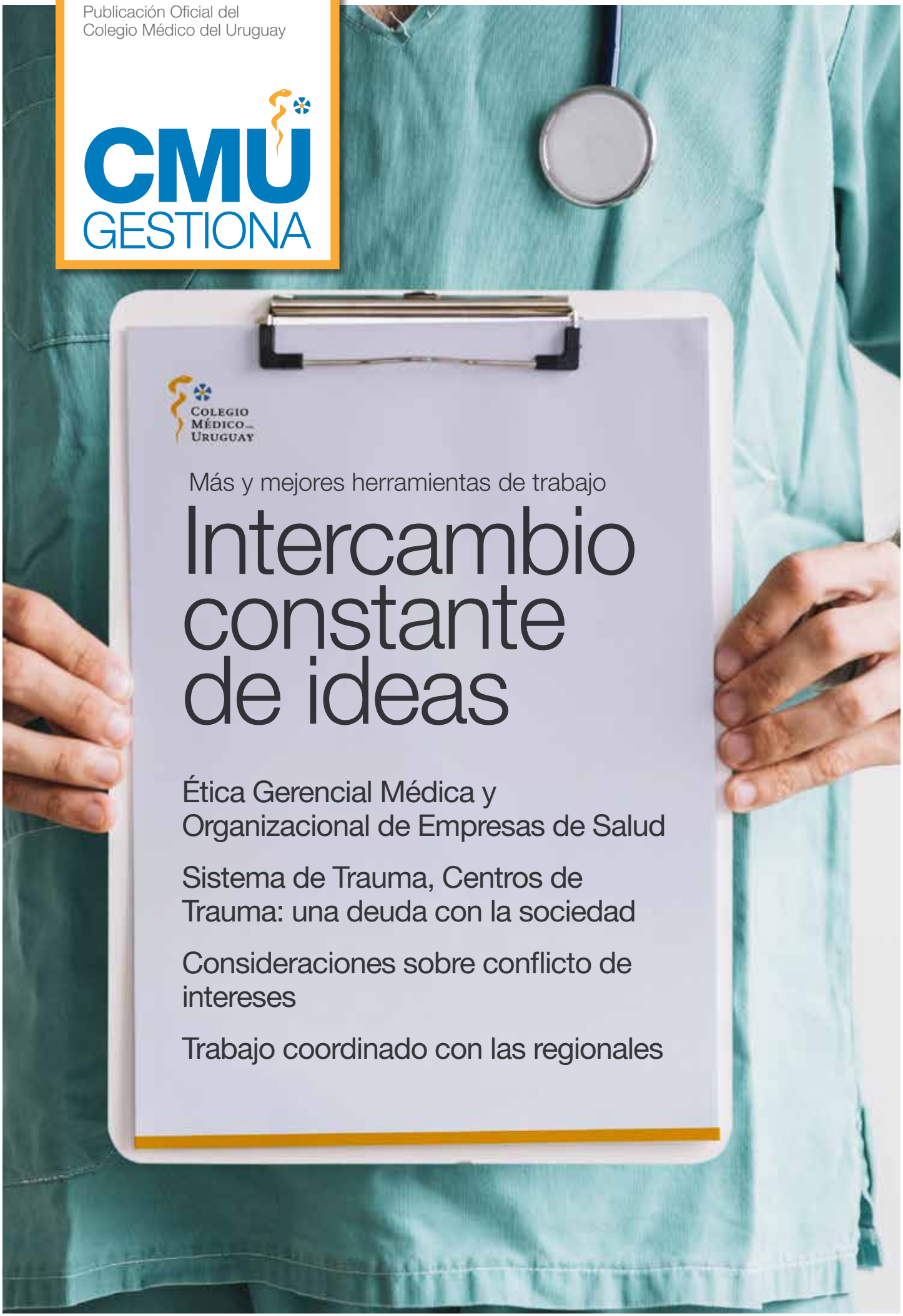
Año 1, 300 días de gestión / Junio-Julio de 2019

Publicación Oficial del
Colegio Médico del Uruguay

# CMU GESTIONA



Más y mejores herramientas de trabajo

# Intercambio constante de ideas

Ética Gerencial Médica y Organizacional de Empresas de Salud

Sistema de Trauma, Centros de Trauma: una deuda con la sociedad

Consideraciones sobre conflicto de intereses

Trabajo coordinado con las regionales

# Sumario


Editorial ....2
Consideraciones sobre conflicto de intereses....3
Corralito, libertad de elegir y calidad....6
Aprendizaje basado en proyectos en medicina....8
Ética Gerencial Médica y Organizacional de Empresas de Salud ....12
Estrés Postraumático y el abordaje en EMDR ....14
Detección de sordera en recién nacidos....16
Cáncer de piel basocelular: una epidemia....19
Medicina Familiar y Comunitaria ....22
Ciclo de charlas Dr. Pablo Schiavi....27
Sistema de Trauma, Centros de Trauma: una deuda con la sociedad ...29
Ley de Colegiación y Ley del Código de Ética Médica. ....32
Cuestiones de Ética Médica II ....34
Síndrome de piernas inquietas: una patología frecuente ....37
Alianza de pacientes....40
SOMERUY y el desafío 2020....42
Reconocimiento presidencial ....44
Jornadas BienPro 2019 ....47
Principales aspectos jurídicos y prácticos en la tramitación de denuncias ante el Tribunal de Ética Médica ....48
Responsabilidad ética de los médicos en Uruguay....54
Actividades en nuestra sede ....63
CMU en los medios ....64
La Mediación. Un instrumento de convivencia....66
Reconocimiento del Perú al Prof. Dr. Enrique Barmaimon....67
Ganadores de becas de Evimed ....68
Felicitamos a los nuevos académicos. Algunos reconocimientos a colegas 2019....71
Obstetricia crítica en regionales ....72
La voz de las regionales ....73
Regional Montevideo....74
Regional Sur....76
Regional Este ....77
Regional Oeste....80
Regional Norte ....81
Protocolo de reserva de salas ....83
Más de 30 actividades de educación médica contínua, realizadas y apoyadas por el CMU en dos meses..84
A tener en cuenta las próximas fechas....86
AGEM
Seguinos en YouTube ....87


Editorial

## Más y mejores herramientas de trabajo

# Intercambio permanente de ideas

***"A través de su funcionamiento el CMU procura el mantenimiento y mejoría de la capacitación durante toda la vida profesional, así como velar para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia para beneficio de usuarios y médicos".***

La mayor satisfacción es proyectar un trabajo conjunto a partir de un constante intercambio de ideas para lograr un CMU abierto a todos lo que suman y aportan valor.

El número anterior de la revista recogió el homenaje realizado por el Colegio Médico al Dr. Jorge Torres destacándose su vida docente, gremial y académica y en ese reconocimiento también estaba presente la creación del CMU y su primera presidencia que brindó un impulso más que importante para todo el colectivo médico.

La segunda presidencia a cargo del Dr. Néstor Campos buscó una nueva proyección con el objetivo de brindar una mirada de largo aliento y, entre otros aspectos, se logró concretar la casa de todos los médicos.

Uno de los énfasis de la gestión actual es seguir impulsando el bienestar médico y es así que a BienPRO lo hemos definido como un proyecto que enfatiza la solidaridad, la fraternidad y responsabilidad de los médicos de cara a todos los colegiados.

La clave es la prevención en salud mental, generando talleres de formación profesional para lograr el buen manejo del estrés, considerar el llamado Burnout o desgsaste profesional, posible transgresión de los límites sexuales con pacientes, colegas o personal. Se trata de una herramienta de trabajo sumamente valiosa y que debemos profundizar.

Nos comprometimos desde el inicio de nuestra gestión a trabajar de puertas abiertas y así lo venimos realizando, recibiendo inquietudes de profesionales y diferentes instituciones vinculadas a la medicina. Cuando impulsamos el reconocimiento "Vocacionales" teníamos claro que asumíamos un compromiso y una responsabilidad en cuanto a destacar y visibilizar la labor de reconocidos médicos, pero también de proyectar una forma de valorar la tarea diaria, el trabajo académico y el compromiso con la sociedad, casi de forma anónima, de queridos colegas.

Hemos tomado como bandera la transparencia de la gestión y así lo hicimos saber a todos los consejeros. Una institución que muestra su gestión y cuenta con la posibilidad de proyectarse, logrando la racionalización del gasto y la rebaja de la cuota de los colegiados.

El trabajo de todas las regionales se ve reflejado en un aporte cotidiano. Hay compromiso, participación e ideas, y lo más importante: hay un intercambio sobre cómo lograr concretar la formación permanente, la reflexión profesional y el convencimiento que se puede trabajar buscando siempre ser mejores profesionales. Compartimos que "a través de su funcionamiento el CMU procura el mantenimiento y mejoría de la capacitación durante toda la vida profesional así como velar para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia para beneficio de usuarios y médicos". Res Non Verba sosteníamos en nuestro primer ejemplar de la revista, hechos y no palabras, cada ejemplar aporta una nueva visión, un nuevo compromiso y el convencimiento de que podemos trabajar en equipo para dotar al CMU de más y mejores herramientas de trabajo.

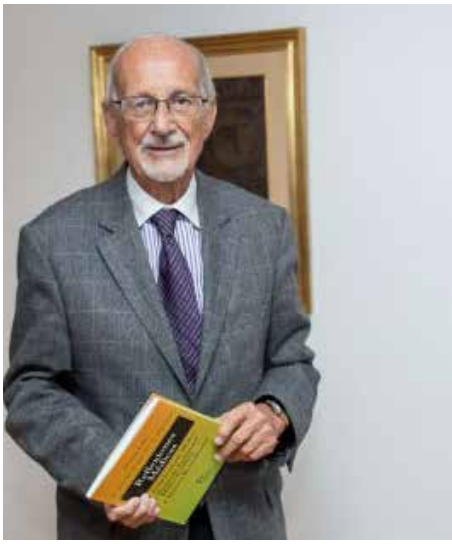
***Mg. Dr. Blauco Rodríguez Andrada***
***Presidente del CMU***


interacciona
CONSULTORES DE COMUNICACIÓN

**Coordinación:** Lic Alexis Jano Ros
**Redacción:** Lic. Laura Fajardo
**Arte y Diagramación:** Interacciona

**Edición y colaboración:** Consejo Nacional CMU integrado por Dr. Blauco Rodríguez Andrada, Dr. Fernando Rodríguez, Dra. Nancy Murillo, Dr. Andrés Saibene, Dra. Rosanna Paolucci, Dra. Diana Domenech, Dr. Julio Vignolo y Dra. Ana Galluzzo.

# Consideraciones sobre conflicto de intereses



Desde los orígenes de nuestra profesión, se entiende como indiscutible que el interés primario de la actividad médica es el de beneficiar a la persona enferma. Cuando el médico, respetando la autonomía de su paciente, deba realizar una propuesta diagnóstica o terapéutica, siempre que se encontraran influyendo en su recomendación intereses secundarios diferentes del fundamental, se instalaría una situación objetiva de conflicto de intereses. Las consecuencias, reales o potenciales, de la mencionada circunstancia pueden ser de una gran repercusión, lo que explica la alta prioridad que se le otorgó al tema desde el comienzo de la actuación de este Colegio, y ello a pesar de la casi inabarcable complejidad que conlleva haber asumido de nuestra parte la responsabilidad de difusión de la propia disciplina Bioética. En efecto, en el comienzo de su actuación e incluso antes de la creación de la Comisión de Asesoramiento en Bioética, el actual Consejo Nacional del Colegio Médico del Uruguay había proyectado habilitar en el cuerpo colegiado el desarrollo de una amplia discusión sobre la problemática del conflicto de intereses, por entender que la misma adquiría relevante importancia para el ejercicio profesional. Innumerables documentos y hechos concretos de la actividad de este Colegio así lo atestiguan. Una vez constituida la Comisión de Asesoramiento Bioético, rápidamente se designó la correspondiente Subcomisión, la cual se puso a trabajar de inmediato en la elaboración de sus propuestas, las que finalmente fueron presentadas por videoconferencia en el primer Coloquio del Colegio Médico del Uruguay. No siendo el conflicto de intereses nada más que una situación vital, frecuente en los más diversos planos de nuestra existencia cotidiana, que sin duda puede favorecer una violación de normas deontológicas pero que no constituye en sí misma falta ética alguna, una declaración de este tenor encuentra su debida justificación en el momento en que el profesional se dispone a actuar dentro del ámbito de dicho conflicto, modificando en algún sentido la toma de decisiones de los potencialmente afectados por dichas resoluciones. Bajo tales circunstancias y por lo menos en el plano ético, la aludida declaración por parte del médico implicado no sería voluntaria sino obligatoria, en el sentido de erigirse en calidad de un auténtico imperativo categórico. Así ocurre tanto sea en el plano clínico, tal cual venimos de ver, cómo en lo educativo al pronunciar una conferencia que recomiende determinadas opciones en detrimento de otras o, finalmente, en el terreno de la investigación científica, al formular las conclusiones de cualquier trabajo de campo.

En efecto y limitándonos al plano clínico, si la sociedad desconociera la existencia de conflicto de intereses presentes en sus médicos tratantes, en el momento de realizar por parte de éstos recomendaciones orientadas en el sentido de obtener la mayor beneficencia para sus pacientes, correspondería que fueran tachadas de nulidad dichas recomendaciones. Pero además la propia autonomía de los afectados sería avasallada puesto que estarían recibiendo una información sesgada y, finalmente, resultaría afectada tanto la relación clínica, cuyo sustento es la confianza mutua como el mismo contrato social, base fundamental de nuestra profesión. Es nuestro propio Código – Ley la que, una vez más, constituye nuestra guía referencial básica. Entre otros, en el artículo 3.7 dicho Código establece que, para el médico: “La búsqueda de lucro económico u otros beneficios nunca deberá ser la motivación determinante en su forma de ejercer la profesión. Asimismo, no deberá permitir que motivos de orden económico u otros intereses influyan en la recomendación profesional referida a sus pacientes, procurando también que la provisión de medios idóneos de diagnóstico y tratamiento sean éticamente adecuados.”

Por todas las razones antedichas, al Colegio Médico del Uruguay le parece adecuado recomendar a sus colegiados que consideren la realización de una declaración de conflicto de intereses toda vez que el profesional médico se encuentre incidiendo en la situación objetiva en la cual se inscribe el mencionado conflicto. En cambio, una declaración sistemática de conflicto de intereses sería inconducente si no existieran los supuestos ya descritos, excepto que el profesional estuviera actuando de manera regular como proveedor de actos médicos u otros servicios profesionales para el Sistema de Salud. Finalmente y en lo referente a la investigación científica, en nuestro país la misma tiene una muy detallada normativa específica, la supervisión de cuyo estricto cumplimiento debería suponer garantía suficiente. En consecuencia, el Colegio Médico del Uruguay continuará trabajando, en el marco de los más amplios acuerdos institucionales, en los aspectos educativos y de difusión de esta temática que considere

indicados, a fin de consolidar el necesario cambio cultural, sustento final de todo verdadero cambio que ayude a consolidar los futuros logros en esta temática.

**Conflicto de intereses en la práctica médica. Introducción.**

Las siguientes consideraciones pretenden instalar con la mayor claridad posible el concepto de Conflicto de Intereses, tal como lo entiende el Colegio Médico del Uruguay (CMU), en el colectivo colegiado y en los diversos ámbitos de la sociedad que participan o son comprendidos por esta problemática, como consecuencia de la práctica médica. A los fines expositivos, el presente documento ha sido dividido en dos partes, con la distribución de contenidos expuesta a continuación:

1. Conceptos generales, estrategias posibles y recomendaciones genéricas para la actuación de nuestros colegiados en relación al Conflicto de Intereses.
2. El Conflicto de Intereses en la Investigación Científica y la Docencia Universitaria. Conceptos generales, estrategias posibles y recomendaciones genéricas para la actuación de nuestros colegiados en relación al conflicto de intereses. En los años 60 del siglo pasado se inician a nivel nacional e internacional la elaboración de normativas y recomendaciones sobre la resolución del Conflicto de Intereses. La 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964) introdujo los conceptos fundamentales y continuó su consideración en la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el tema adoptada en la 60° Asamblea de Nueva Delhi en octubre de 2009. En 2009 por Ley 18.591 se crea en nuestro país el CMU, con los cometidos de velar por la ética y deontología médicas y salvaguardar los derechos de los pacientes y la población. Posteriormente se elabora y plebiscita el Código de Ética Médica que luego es aprobado por el parlamento como Ley 19.286. Cuando se trata la Rendición de Cuentas 2011 (Ley 18.996, Art. 198 referido al Fondo Nacional de Recursos) se estipula que: “El F.N.R. exigirá de quienes se relacionan financiera o técnicamente con dicho organismo la declaración de conflicto de intereses que puedan producirse…” La Ley de Colegiación 18.591 le otorga al CMU fundamento legal para tratar los dilemas éticos con carácter preventivo y considerar las eventuales faltas éticas con carácter punitivo. Para poder ejercer las funciones de control de estas faltas éticas y, en acuerdo con la citada Ley de Colegiación, el CMU nombró un Tribunal de Ética que actúa ante casos concretos de posibles violaciones de orden deontológico que se pongan a su consideración. Al mismo tiempo, el CMU consideró necesario, aunque no estuviera prevista específicamente en dicha Ley, designar una Comisión Asesora en Bioética, encargada de analizar los problemas relevantes de la Bioética Clínica en nuestro medio. La Comisión Asesora en Bioética elaboró un plan de trabajo que incluía la realización de Coloquios sobre diversos temas, el primero de los cuales se dedicó al análisis del Conflicto de Intereses. Es a partir de la declaración del CMU de marzo del 2015 que se inicia la construcción permanente de un soporte doctrinario sobre el tema y se crea un grupo de trabajo para elaborar un documento básico y un plan para la difusión y educación en el tema. Este grupo de trabajo cuenta con una amplia participación, entre otros, de representantes de los Consejos Regionales, Comisión Asesora en Bioética y Consejo Nacional del CMU. El documento elaborado por este grupo de trabajo y que ahora presentamos constituye un paso más del Colegio en la tarea de difusión y discusión del tema entre sus miembros, que será continuado y complementado por otras actividades dirigidas al mismo fin. Desde nuestro punto de vista, el centro de las estrategias de difusión y enseñanza es la provisión de herramientas para que los médicos puedan identificar y resolver de manera apropiada los eventuales conflictos a los que se vean enfrentados en el correr de su vida profesional. La diversidad y variabilidad del Conflicto de Intereses no admite recetas preestablecidas que nos den la solución para cada situación potencialmente conflictiva, lo cual obliga a efectuar en cada caso un análisis reflexivo y altamente contextualizado. El Conflicto de Intereses es una situación posible y frecuente en el curso de la vida profesional. Representa una condición predisponente pero no una violación ética propiamente dicha pudiendo, sin embargo, constituir la puerta de entrada al comportamiento ilícito, sea que el mismo tenga lugar en el plano tanto jurídico como estrictamente ético deontológico. Las conductas profesionales se harían éticamente reprobables cuando el accionar médico posterior al establecimiento del conflicto estuviera condicionado por la obtención de un beneficio secundario (ganancias económicas, búsqueda de prestigio, entre otros), en lugar del valor primario y supremo que es el beneficio del paciente. La confianza como sustento de la relación médico-paciente, la honestidad, la buena fe y el conocimiento y respeto de las normas del Código de Ética Médica constituyen en su conjunto el mejor apoyo para una buena práctica basada en la protección de los intereses legítimos de los pacientes y, en definitiva, para la prevención de los problemas éticos que podrían suscitarse como consecuencia de la toma de decisiones frente a cualquier Conflicto de Intereses. Cuando el médico se encuentra en una posición que lo involucra económicamente o con cualquier otra forma de beneficio personal y se dispone a incidir en cualquier sentido sobre los determinantes objetivos de la situación de conflicto, es indispensable hacer conocer esa situación. Esta declaración de Conflicto de Intereses no debe interpretarse en el sentido de que sea equivalente a poner de manifiesto, por parte del declarante, la comisión de ninguna falta ética, sino que, por el contrario, simplemente está jerarquizando la importancia de la lealtad en la relación profesional. La transparencia en las declaraciones ante cada situación que signifique un potencial conflicto, es la herramienta más idónea para evitar las faltas éticas que pudieran cometerse. La revelación pública de un posible Conflicto de Intereses por un conferencista, un investigador, el organizador de un congreso, el editor de una revista científica, el integrante de un comité redactor de pautas terapéuticas o el médico práctico, es una de las mejores maneras de contribuir al mantenimiento de la confianza del público en los médicos clínicos, los investigadores, la investigación científica, y en último término, en el conjunto de la profesión médica. El Conflicto de Intereses ocurre en la totalidad de las diferentes áreas de

actuación médica, constituyendo potencialmente núcleos de riesgo en cuanto a configurar ulteriores faltas éticas y, simultáneamente, oportunidades para prevenirlas, sobre todo cuando pueden asumir relevante importancia, como lo son particularmente aquellos relacionadas con la industria farmacéutica y los proveedores de tecnología. Dichas relaciones se establecen en el curso de una amplia gama de actividades: la asistencia médica, la investigación biomédica, la docencia, la administración y gerenciamiento de los servicios de salud, la participación en publicaciones científicas y la organización de eventos científicos. Para el caso cotidiano y muy trascendente del médico que actúa frente al paciente individual, basta con comunicar el conflicto, en forma clara y directa al involucrado en el curso de la relación médico paciente, siendo aconsejable su registro concomitante en la propia historia clínica. Al paciente no le resulta suficiente la existencia de una declaración genérica previa de Conflicto de Intereses de parte de su médico tratante. En efecto, él necesita saber si en la recomendación específica que recibe de este profesional se halla presente algún interés secundario diferente al de su propio beneficio y, en caso afirmativo, como deberá valorar la pertinencia de lo recomendado. Tal posicionamiento le resulta fundamental al paciente, antes de participar activamente en la toma de decisiones médicas respecto de la propuesta diagnóstica ó terapéutica que, sobre sí mismo, haya recibido previamente. El diseño de una política pública del país en relación a este tema, por su complejidad y derivaciones, posiblemente requiera de una sabia, eficiente y razonable combinación de las estrategias que venimos de reseñar muy someramente. De lo expuesto hasta el momento se desprende la importancia de que nuestros colegiados sean capaces de identificar y resolver las múltiples situaciones en las cuales pueda intervenir el Conflicto de Intereses. Para lograr este objetivo se habrá de requerir de una amplia difusión y educación sobre el tema, que conduzca a cada médico a reflexionar, asumiendo el deber moral de examinar su propia actuación, base fundamental de un cambio cultural profundo. Sólo de esta manera podremos, frente a cualquier Conflicto de Intereses, lograr que la conducta profesional a adoptar se halle dotada del mayor contenido ético y humano.

**Conflicto de intereses en la investigación científica y la docencia universitaria.Investigación Biomédica.** Desde el punto de vista del soporte jurídico específico de este tema, existe a nivel del MSP una Comisión Nacional de Ética de la Investigación, prevista en su constitución y funciones en la correspondiente normativa, el Decreto 379/008. También existen comités de Ética de la Investigación en varias instituciones, los cuales, de manera coherente e integrada, aplican las correspondientes normas que les conciernen, contenidas y expuestas con mucha claridad en aquel Decreto. En la relación del médico clínico y el investigador puede haber intereses contradictorios y más todavía cuando un mismo médico asume ambas funciones. En este caso siempre se debe priorizar el interés del paciente, debiendo comenzar la actuación profesional por evidenciar la situación conflictiva al potencial reclutado. Los criterios fundamentales a manejar son: - Si bien todo protocolo de investigación debe realizarse para bien propio de la ciencia médica, el bienestar y los derechos de las personas reclutadas en cualquier proyecto de investigación adquieren prioridad en relación a cualquier avance del conocimiento científico, por significativo que este último pudiera resultar. - Las relaciones de interés económico entre médico, investigador y empresa patrocinante deben ser notificados a los comités de investigación y revistas, así como en conferencias, declaraciones y notas de prensa, etc. Toda investigación debe estar respaldada por un contrato, preferentemente de carácter público o, por lo menos, que no se halle vedado al escrutinio público donde consten, entre otros, remuneración de las partes, compromisos voluntarios de los investigadores de publicar los resultados sin importar que sean favorables o no a la hipótesis original (lo cual favorece la precisión de futuros meta-análisis al respecto), acceso abierto a los datos de toda investigación patrocinada por la industria, clara especificación de las responsabilidades emanadas de la aparición de complicaciones y efectos colaterales en las personas participantes en el proyecto, así como de la presencia ó ausencia de beneficios a la población reclutada y a la comunidad de la cual aquella procede y la obligación de informar a todos los participantes en cualquier momento del estudio sobre la marcha del mismo. Docencia Universitaria Como una consecuencia natural de su tarea específica, todo docente universitario es un potencial formador de opinión entre sus discípulos y, eventualmente, también entre sus contemporáneos. En ellos, antes que la trasmisión de dogmas más o menos transitorios, ha de procurar en primer lugar el desarrollo de una conciencia crítica capaz de cuestionar mediante la utilización de sólidos fundamentos, cualquier afirmación de pretendida validez científica. Resulta evidente que, para cumplir cabalmente con este objetivo, los destinatarios de su prédica han de conocer cualquier potencial Conflicto de Intereses en el que pueda hallarse involucrado su referente formativo. Asimismo, el paciente debe estar debidamente informado por parte del docente clínico de que, en su tratamiento, podrán participar personas con diferentes niveles formativos, estudiantes y médicos, debiendo autorizar ó denegar dicha participación, sin que su respuesta vaya a tener la menor repercusión sobre su continuidad y nivel de asistencia efectiva. En síntesis, en relación a la difícil temática del Conflicto de Intereses, que aquí solo hemos podido exponer en líneas generales, estima el CMU que de la confluencia de una permanente actitud de vigilancia de nuestros colegiados respecto a la existencia e influencia del referido conflicto en la actividad cotidiana, unido en cada situación a la aplicación efectiva y por los medios más idóneos, de las recomendaciones que se han entendido oportuno desarrollar, habrán de demostrar progresivamente su creciente suficiencia para minimizar sus posibles repercusiones éticas negativas en la práctica profesional. ✠

# Corralito, libertad de elegir y calidad

El gobierno confirmó la apertura del corralito mutual para febrero del 2020. Fuentes oficiales afirman que desde hace tiempo se trabaja para minimizar el riesgo de "intermediación lucrativa" de "oportunistas" que intervienen entre el afiliado y la mutualista. También se escucha que el gobierno trabaja para regular el potencial gasto excesivo en publicidad de las mutualistas. Todo lo anterior —por más negativo que pueda ser— no justifica la existencia de un corralito que impida la movilidad de afiliados. Es, por lo tanto, una muy buena noticia que los usuarios del sistema de salud recuperen nuevamente la libertad de elegir.

La libre movilidad es fundamental para asegurar la calidad de los servicios prestados. La competencia incentiva a las instituciones a ser más eficientes, innovar y mejorar para atraer a los usuarios. En teoría es así, pero las mañas de la realidad existen y hay que atenderlas. Por ello, muchas veces se hace necesario considerar diferentes mecanismos para que la competencia y sus efectos positivos se puedan materializar. En esta lógica, imponer un corralito permanente que elimine la libertad para elegir claramente no es una alternativa válida.

En noviembre del año pasado, el Poder Ejecutivo suspendió por segundo año consecutivo la apertura del corralito mutual, que permitía a los usuarios elegir un nuevo prestador sin tener que pedirle permiso al gobierno. Desde marzo de 2017, los afiliados al sistema solo se pueden cambiar de institución bajo justificación de nuevo domicilio en otro departamento o por problemas asistenciales serios que deben tener el visto bueno del gobierno.

Para entender la enorme relevancia de la movilidad de usuarios en el sistema, es bueno remontarse a sus orígenes. En 2005 se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) compuesto por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), las mutualistas y

los seguros privados. En 2007 se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para financiar al SNS, que se nutre de contribuciones de activos, pasivos y empresas. Ese mismo año surge la Junta Nacional de Salud con el objetivo de administrar el SNS y asegurar el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Progresivamente, entre 2008 y 2016, se fueron integrando al sistema los trabajadores activos, sus dependientes a cargo, cónyuges o concubinos así como los pasivos.

En este marco, las mutualistas obtienen ingresos principalmente a través de la cuota salud que reciben del FONASA por cada afilado (cápitas), a lo que se le suma un pequeño monto variable sujeto al cumplimiento de metas asistenciales. Por lo tanto, la posibilidad de atraer nuevos afiliados es esencial para el financiamiento de las instituciones. La competencia es un pilar básico del sistema, presente en el espíritu mismo de su concepción.

El último antecedente de competencia entre mutualistas fue en febrero de 2017, cuando se abrió el corralito para casi el 70% de la población total cubierta por el SNS. Así fue como 1.620.000 personas con al menos tres años de afiliación a una misma mutualista estaban habilitados para cambiarse de institución. También podían hacerlo aquellos asignados de oficio en ASSE por no haber elegido una mutualista al momento de ingresar al sistema. Casi 55.000 personas optaron voluntariamente por el cambio, un 3,4% del total habilitado para hacerlo.

Si se analizan los múltiples datos que publica el MSP se puede encontrar lo esperable: cuando la gente tiene libertad de elección, en general, elije lo mejor. Aquellas mutualistas que ganaron afiliados en la última apertura del corralito (2017) son las que en el año previo (2016) tenían mejores indicadores de calidad de servicio. Si se procesan con cuidado los datos disponibles para las once mutualistas de Montevideo, los números hablan.

Empecemos con los cargos médicos. El promedio de médicos generales en policlínica en las mutualistas que aumentaron sus afiliados en la última apertura del corralito era de 16,3 (cada 10.000 usuarios mayores de 14 años), mientras que entre las mutualistas que perdieron afiliados era de 13,7. La misma historia se repite con cargos de especialistas. El promedio de ginecólogos en las mutualistas ganadoras era de 11,5 (cada 10.000 usuarias mayores de 14 años), mientras que entre las perdedoras era 8,3. El promedio de pediatras en las mutualistas ganadoras era de 24,0 (cada 10.000 usuarios menores de 15 años), mientras que entre las perdedoras era de 21,4. Con los cargos de enfermería también se ven las diferencias. El promedio de auxiliares de enfermería en policlínica en las mutualistas que aumentaron sus afiliados con la apertura del corralito era de 10,3 (cada 10.000 usuarios), mientras que entre las mutualistas que perdieron afiliados era de 7,4. El promedio de licenciados de enfermería en policlínica en las mutualistas ganadoras de afiliados era 1,0 (cada 10.000 usuarios), mientras que entre las mutualistas perdedoras era de 0,4.

Las encuestas de satisfacción —por más cuestionables que sean— también reflejan que la gente va a donde cree que le ofrecen un mejor servicio. Mientras que el 78% de los usuarios de las mutualistas que ganaron afiliados con la apertura del corralito indicaban que los trámites y gestiones que tienen que hacer son sencillos de realizar, el grado de satisfacción no llegaba a 74% entre las que perdieron afiliados. Mientras que 80% de los afiliados de las mutualistas ganadoras indicaban que casi siempre estaban disponibles en la farmacia los medicamentos que necesitaban, la satisfacción no llegaba a 78% entre las que perdieron afiliados.

No hay duda, la gente valora tener mejor acceso a los médicos y personal de enfermería, que los trámites y gestiones sean ágiles, y que los medicamentos estén a su alcance. Y, cuando puede, elije lo mejor.

Se habla de la necesidad de una segunda reforma de la salud, objetivo para el cual el partido de gobierno creó una comisión especializada. Desconozco el trabajo que se está realizando, pero creo que una nueva reforma, para empezar, debería enfocarse en mejorar la calidad de la atención. Para ello serán vitales los incentivos que genera una plena libertad de elección entre los usuarios.

Siempre es posible diseñar regulaciones inspiradas en esquemas y topes calculados por burócratas iluminados con la buena intención de mejorar la calidad del sistema. Poco se avanzará en los hechos sin la fuerza de la libertad de elegir, que mayor será cuanto mejor sea la información que tengan los usuarios.

Profesor de Economía y director del Centro de Economía Grant Thornton del IEEM, escuela de negocios de la Universidad de Montevideo.

**Ec. Ignacio Munyo, PhD**

# Aprendizaje basado en proyectos en medicina

Los jóvenes de hoy requieren desarrollar competencias que les permitan desenvolverse en una sociedad globalizada, marcada por el cambio permanente y la incertidumbre. Las competencias del siglo XXI comprenden la capacidad de integrar de manera continua nuevos conocimientos y destrezas, ser creativo, trabajar en equipo, tener habilidades sociales y manejar herramientas de comunicación que les permitan desempeñarse mejor en todos los contextos de la vida y el trabajo.
Los futuros médicos deben desarrollarlas para convertirse en aprendices autónomos a lo largo de la vida, para lo cual, más que recorrer rígidamente un currículo estandarizado, se requieren modalidades educativas donde los jóvenes apelen a su creatividad, elaborando proyectos de manera colaborativa, buscando y seleccionando información y generando datos para dar respuesta a necesidades de la comunidad.

**Enseñar es elegir**

Elegir contenidos, materiales, actividades dentro y fuera del salón, cómo agrupar a los estudiantes, que ritmo se sigue, cómo evaluar su progreso. Existen muchas opciones, y las elecciones que se realicen no son neutras.

Dependiendo del tipo de situación de aprendizaje que se crea, así es la respuesta que se consigue de los estudiantes.
La actividad educativa ha estado dominada por una modalidad transmisora, la llamada enseñanza directa, la que podría resumirse como presentación, práctica y prueba. El docente presenta a toda la clase determinados contenidos, los alumnos practican con ellos a través de actividades controladas, y luego hacen una prueba en la cual tienen que reproducir los contenidos presentados o replicar alguna actividad de las realizadas. El problema es que esta enseñanza directa suele conllevar un aprendizaje memorístico, de corta duración, reiterativo y acrítico. Esta forma de enseñanza dificulta la inclusión al no considerar la variabilidad en los tiempos de aprendizaje, lo que se traduce en problemas de motivación y de actitud en clase.
Hoy existen otras maneras de aprender y también otras maneras activas de enseñar, entre las cuales está el aprendizaje basado en proyectos (ABPro). En esta se gestiona el proceso de aprender con el docente proponiendo a sus estudiantes una pregunta o problema que deben resolver con la finalidad de obtener un producto final tangible y relevante. El ABPro, junto al aprendizaje basado en problemas y a otras modalidades afines son formas de aprendizaje activo, las que muestran que aprender puede ser una manera de conjugar el verbo hacer.

**Características de los tipos de enseñanza**

- Transmisiva / Activa
- Modalidad enseñanza directa tareas y proyectos
- Aprender es memorizar hacer
- Verbos que le caracterizan
- Presentación, práctica, prueba
- Elegir, discutir, aplicar, errar, ensayar, corregir

Esta modalidad educativa gana cada vez más lugar en la enseñanza media, a la vez que comienzan a conocerse experiencias de su incorporación a nivel universitario[3,4].

**La enseñanza de la medicina**

La información biomédica disponible excede lo que una persona puede aprender y retener, lo que se da incluso dentro de las especialidades. No obstante, ello no está claramente definido cuál es la cantidad de contenido que los alumnos deben aprender, si ese aprendizaje se realiza de manera adecuada en el aula tradicional y si se requiere algo más para que los futuros médicos se conviertan en aprendices para toda la vida.
Los docentes que imparten una clase tradicional con muchas diapositivas cargadas de contenido pueden confundir lo que enseñan con lo que los alumnos aprenden: el hecho de haber presentado información no significa que los alumnos lo hayan aprendido. De hecho, la teoría de la carga cognitiva sugiere que nuestros cerebros están limitados en la cantidad de información que pueden procesar a la vez; 60 diapositivas en 45 minutos pueden parecer una forma eficiente de enseñar, pero es poco probable que sea una forma efectiva de aprender[4].
Los estudiantes que aprenden material nuevo pueden ser engañados por la ilusión de saber y la falacia de la comprensión. Cuando escuchan o leen material fluido y bien presentado, es común que crean que ahora dominan el contenido. Sin embargo, cuando se enfrentan a un problema que requiere la aplicación de esa información, pueden darse cuenta de que su comprensión es, en el mejor de los casos, superficial[4].
Para promover la comprensión más profunda y mejorar las habilidades de resolución de problemas y el aprendizaje autodirigido, habilidades críticas para un médico que estará practicando durante 30-40 años es necesario introducir otras modalidades educativas, entre las cuales el ABPro tiene un papel relevante.
A estos jóvenes nativos digitales la tecnología disponible le facilita el acceso rápido a la información, permitiendo que los docentes se enfoquen en ayudarlos a desarrollar una comprensión más profunda de lo que encuentran. En este contexto la función principal del docente es crear la situación de aprendizaje que permita el desarrollo del proyecto.
El trabajo en equipo tratando de dar respuesta a un problema estimula el desarrollo de habilidades para resolver problemas y la capacidad de transferir el conocimiento aprendido en un contexto a otra situación. En esta modalidad educativa el papel del estudiante esta relacionado con procesos cognitivos de rango superior, tales como reconocimiento de problemas, priorización, recolección de información, comprensión e interpretación de datos y planteo de conclusiones. Estas actividades requieren un mayor esfuerzo por parte de los estudiantes del que se necesita para memorizar hechos, pero son más efectivas para aprender y retener el conocimiento[4].

**Nuestra experiencia con el ABPro**

En nuestra facultad los alumnos de 1o y 2o año aprenden a investigar investigando, lo que realizan mediante un proceso que se desarrolla a lo largo de todo el año lectivo. En una actividad semanal de dos horas de duración, trabajando en subgrupos de 5-7 alumnos, con el apoyo de los docentes elaboran la pregunta de investigación, definen objetivos, hipótesis y variables, recolectan los datos, los analizan y finalmente presentan sus resultados ante autoridades de la facultad e integrantes de la comunidad relacionados al tema investigado.
Cada año se define el tema a investigar mediante una pregunta conductora, a partir de la cual cada subgrupo de estudiantes elabora su pregunta específica a responder. Así en 2015 la pregunta conductora fue ¿debe mejorar el control de la hipertensión arterial (HTA) en Maldonado?, y los alumnos investigaron la prevalencia de la HTA en policlínica, papel de la farmacia en el manejo de la HTA, incidencia del ACV, limitaciones del manejo de la HTA a nivel público, y calidad de la medida de la PA en la asistencia. En 2016 la

pregunta fue ¿cómo es la promoción de alimentos y bebidas dirigida a niños?, y los alumnos investigaron canales promocionales empleados, apelaciones que se utilizan para motivar el consumo, así como las técnicas visuales y creativas utilizadas. En 2017 la pregunta conductora fue ¿cómo es la calidad del sueño?, y los estudiantes eligieron investigar al respecto en embarazadas, trabajadores sanitarios, estudiantes universitarios, población general y en postoperatorio en cirugía convencional versus en cirugía ambulatoria. En 2018 la pregunta fue ¿cómo se relacionan entre sí los diferentes actores de la salud?, con grupos que investigaron relación enfermera-paciente en emergencia, médico tutor-estudiante de medicina, humanismo del médico desde la visión del paciente, papel del estudiante de medicina en el equipo de salud, relación interno-médico de guardia y relación cirujano-ayudante en el block quirúrgico. En 2o año los estudiantes evaluaron el papel de la troponina en la emergencia, mientras que otros grupos investigaron prevalencia de depresión en estudiantes de secundaria, en internados y en pacientes de emergencia.

**Resultados observados**

En el Congreso Europeo de Educación Médica en 2017 se presentó nuestra experiencia en ABPro, para lo cual se determinó su impacto educativo evaluando las competencias de los estudiantes para trabajo en equipo, búsqueda de información, pensamiento crítico y presentación oral, las que se categorizaron como insatisfactoria, competente o avanzado en base a listas de cotejo[6]. De 211 estudiantes evaluados, 87% calificó como competente o avanzado en trabajo en equipo, 72% en búsqueda de información, 63% en pensamiento crítico y 85% en presentación oral. Como medida de la calidad de la investigación realizada se utilizó la tasa de aceptación de los trabajos presentados a congresos. De los 18 temas libres presentados en congresos de medicina, cardiología y medicina del sueño, todos fueron aceptados. A partir de estas investigaciones a la fecha se han publicado cuatro artículos en revistas arbitradas del país y del exterior7,8,9,10.

**Reflexión final**

El ABPro constituye una nueva modalidad educativa que promueve la participación del estudiante, el que trabajando en equipo trata de dar respuesta a un problema de la vida real, desarrollando así competencias necesarias para el Siglo XXI. Su implementación en la formación de los futuros médicos además les introduce en la investigación de problemas de salud relevantes de la comunidad, a los que aportan información de valor.

Los expertos aconsejan evitar planteos rígidos respecto a que los métodos de aprendizaje deben cumplir criterios específicos sin permitirse ninguna desviación de la modalidad elegida. Es posible ayudar más a los estudiantes fusionando elementos de varios métodos, como ABPro, aprendizaje basado en problemas y aprendizaje interactivo en grupos grandes, en lugar de sentirse obligado a adherir a un formato particular[4].

Para implementar una cultura de mejora continua de la calidad de la educación médica, es imprescindible generar evidencia evaluando las innovaciones educativas que se introducen, lo que permite ir ajustando la praxis para de esa manera brindar la mejor formación posible a los médicos del futuro.

Referencias

1 Educar Chile. Introducción a las habilidades del Siglo XXI. Disponible en http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=219621&es=219836, accedido en mayo de 2019

2 Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF) Aprendizaje basado en proyectos. Video 1.2. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=iJyhR7uCMJw

3 Buck Institute for Education. Project Based Learning. Disponible en: https://www.pblworks.org/

4 University of Groningen, Project-Based Learning. Disponible en: https://www.rug.nl/ucg/education/curriculum/projects/

5 Schwartzstein RM, Roberts DH. Saying Goodbye to Lectures in Medical School - Paradigm Shift or Passing Fad? N Engl J Med 2017;377:605-7

6 Project Based Learning in Medical Education. Sandoya E, Ganduglia G, Nuñez H, Correa H. AMEE 2017. Abstract book page 61. Disponible en: https://amee.org/getattachment/amee-news/AMEE-2017-Abstracts/AMEE-2017-Abstract-Book.pdf

7 Sandoya E, Torres F, Rivedieu F, Machado F, Nuñez E. Situación de la hipertensión arterial a nivel público y privado. Rev Urug Cardiol 2016;31:219-27

8 Sandoya E, Leotta A, Rodríguez L, Pintos V, Grizzuti V, Rusch A et al. Papel del farmacéutico en el manejo de la hipertensión arterial. Tendencias en Medicina 2016;35:142-9

9 Sandoya E, Nogueira P, Correa N, Dos Santos S, Olivera L, Nadruz L, Machado F, Ferreira A. Calidad de la medida de la presión arterial en la asistencia habitual. Rev Urug Cardiol 2017;32:44-52

10 Sandoya E, Ferreira A, Machado F. Calidad de la medida de la presión arterial en centros de salud comunitarios. Enferm Clin 2017; 27:294-302



Profesor de Medicina Basada en Evidencia, Facultad de Medicina, Universidad CLAEH

**Dr. Edgardo Sandoya**

# Ética Gerencial Médica y Organizacional de Empresas de Salud

La ética es una corriente de la filosofía que estudia y analiza la conducta y el comportamiento humanos, Platón fue el maestro de la ética y su legado aún sigue vigente. Es una disciplina que llama a la reflexión o puede ser normativa, y su fin es útil para dirimir entre lo que es correcto o incorrecto lo que es justo o injusto de las relaciones humanas.

Es característico de las organizaciones jerárquicas como el ejército, las coaliciones políticas y las de salud, que las personas se relacionen en base a sus investiduras sean rangos militares, roles políticos el ministro el canciller el economista y en la salud los doctores, licenciados y los técnicos.

Pero detrás de cada una de estas investiduras hay una persona, un ser humano con fortalezas y debilidades con luces y sombras, con necesidades y expectativas, con sentimientos y emociones con espíritu alma y cuerpo razón y sensibilidad.

Esas personas que brindan servicios, lo hacen a través de la adopción temporal de un rol, pero ellos en si mismos no son ni existen ciertamente como esos "roles" y las personas que los conocen saben mejor que nadie acerca de esas personas, los que no lo saben son las organizaciones y empresas. Esto sucede en el sector salud.

El cuidado del paciente y la seguridad de los servicios que consume, entregados por los procesos asistenciales se brindan desde tres niveles de comportamientos, el individual u operativo, el del servicio o táctico y el estrategico o gerencial.

Esos comportamientos tienen para el staff de salud instrumentos que regulan y miden la calidad de sus relaciones con los clientes externos e internos, son estos los códigos de ética médica y enfermería.

*Faltas éticas gerenciales*
*No tener integridad*
*No decir lo que se piensa*
*No hacer lo que se dice*
*No predicar con el ejemplo*
*No ejercer la equidad*
*Ser avaro con la responsabilidad*
*Impedir el crecimiento humano*
*No escuchar*
*Ejercer el poder condigno*
*Concertrar el poder*
*Castigar sin premiar*
*Ser ambiguo*
*Mantener el status quo*
*Faltar a reuniones*
*Carecer de empatía*
*Poner barreras a la agenda*
*No hacer devoluciones*
*Ser duro con las personas y blando con los problemas*
*Negociar yo gano tu pierdes*
*Medir resultados solo a corto plazo*

Médico Cirujano.
Ex Docente Fac Medicina Udelar.
Esp. Gestion de Servicios de Salud F.CCEE Udelar y Hospital Italiano de Buenos Aires
Esp. en Bioinformática y Sistemas de Información en Salud Hospital Italiano de Buenos Aires
Máster en Dirección y Gestion de Recursos Humanos Universidad Complutense de Madrid
MBA (C) en Administración Fac CCEE Udelar
Project Manager EADIC OEA
Esp. Vigilancia Epidemiologica de Infecciones Hospitalarias FNR. Director de A&C Consultores

**Dr. Gustavo Ribero Lavie**

# Estrés Postraumático y el abordaje en EMDR

Cuando una persona, no importa su edad, ha sufrido un evento traumático como ser víctima de un delito, de una catástrofe, de un accidente, de una muerte de un ser querido, de un abuso o de violencia psicológica sostenida en el tiempo ya sea en el ámbito familiar, escolar, *Bullying*, o laboral *Mobbing*, o desgaste generando el síndrome del quemado, puede desarrollar estrés post traumático. En los primeros tres meses los síntomas responden a un estrés agudo pero pasado ese tiempo si no se puede elaborar esa experiencia y convertirla en adaptativa, el TEPT se instala como crónico con una serie de síntomas que afectan la vida de la persona, su salud mental y física.

La palabra trauma deriva del griego y significa "herida". El trauma es una "herida psicológica" que puede ser provocada por variadas situaciones. Por ejemplo, cuando oímos hablar de traumas lo asociamos a problemas originados por grandes desastres naturales o aquellos causados por el hombre, como guerras, accidentes, abusos, entre otros. Los especialistas los denominamos "traumas" por la gran magnitud de sus causas. También existe otra categoría de traumas, cuyo origen está relacionado con hechos, aparentemente de menor importancia. Como por ejemplo: desprotección, humillación, cambio de roles en la familia, etc. Sin embargo, la importancia de las causas del trauma no determina la calidad del daño que éste produce. Puede ser tan dañino un "trauma" como un "trauma", porque sus efectos dependerán de cada persona, de su historia y entorno afectivo, del momento en que se haya producido y de su reiteración a lo largo del tiempo. El trauma, no importa su origen, afecta de tal manera la salud, la seguridad y el bienestar de la persona, que ésta puede llegar a desarrollar creencias falsas y destructivas de sí misma y del mundo.

Dentro de esos síntomas tenemos:
**Emocionales:** Flashback o escenas del evento que aparecen en cualquier momento reproduciendo las mismas sensaciones vividas, irritabilidad, enojo, miedo, preocupación, sensación de soledad, pérdida de interés en actividades recreativas, culpabilidad, dificultades para sentir emociones agradables y angustia intensa.

**Pensamientos:** abrumadores, que no se pueden controlar, dificultades para recordar aspectos del evento traumatico, pensamientos negativos sobre si mismo y el mundo, dificultades en concentrarse, recuerdos recurrentes, involuntarios,y angustiantes del hecho traumatico, pensamiento monotemático.

**Cognitivos:** trastonos de la memoria a corto plazo, dificultades de concentración, dificultades para hablar y comunicar el hecho, dificultades para leer.

**Sueño:** perturbación del sueño con pesadillas recurrentes del hecho, insonmio, despertarse a las 3 o 4 de la mañana pensando en lo vivido sin poder volver a dormirse.

**Cuerpo:** tensión, estar siempre alerta al peligro, hipervigilante, asustarse fácilmente, hipersensible, racciones físicas de ansiedad cuando algo de la

realidad te recuerda lo sucedido, crisis de pánico, dolores de cabeza recurrente y tensión muscular.

**Comportamiento:** Aislamiento, respuestas violentas ,alcoholismo o aumento del tabaco, evitar pensamientos o acciones asociadas al hecho, fobias, y conducta autodestructiva que le ponen en peligro.

Si una persona presenta algunos de estos síntomas luego de un evento traumático es porque está sufriendo de TEPT. El problema es que muchos profesionales de la salud mental no lo saben diagnosticar y la persona termina con tratamiento farmacológico para la ansiedad, la angustia y depresión, que no resuleven el TEPT o acudiendo a terapias habladas que retraumatizan, que son muy largas y terminan no curando la herida que provoca estos síntomas.

La terapia EMDR está avalada por la Organización Mundial de la Salud y las Guías Clínicas Internacionales para el tratamiento del trauma. Se basa en la comprensión del efecto de las experiencias vitales adversas y traumáticas sobre la patología y en el procesamiento de dichas experiencias a través de procedimientos estructurados que incluyen movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral. Su aplicación se ha extendido a un amplio rango de problemas clínicos no quedando limitada a el TEPT.

En 1987, la psicóloga norteamericana, Francine Shapiro, observó por casualidad que los movimientos oculares en ciertas condiciones pueden reducir la intensidad de los pensamientos perturbantes. Esto fue el principio del desarrollo de este método terapéutico que utiliza la estimulación bilateral (visual, auditiva o kinestésica) para procesar recuerdos traumáticos, cambiar creencias autolimitantes y desensibilizar emociones y sensaciones negativas. Hoy hay más de 50.000 terapeutas entrenados en la utilización de este abordaje terapéutico. En España han sido entrenados unos 1400 terapeutas aproximadamente de los cuales más de 600 asociados están presentes en esta página web. Existen investigaciones hechas sobre la eficacia de EMDR para reducir el Estrés Post Traumático que muestran el mantenimiento de la mejoría de los síntomas en el tiempo frente a otras intervenciones terapéuticas.
El abordaje en EMDR es un método que puede combinar elementos teórico-clínicos de orientaciones tales como el psicoanálisis, cognitivo-conductual y otras. Para muchos pacientes EMDR resulta de mayor ayuda para sus problemas que otras terapias convencionales, dado los efectos rápidos y visibles que generan cambios en su sintomatología.

En el proceso con EMDR, el terapeuta trabaja con el paciente para identificar un problema específico que será el foco del tratamiento. El paciente describe el incidente traumático, a partir del cual es ayudado por el terapeuta para que seleccione los aspectos más importantes y que más lo angustian de dicho incidente. Mientras el paciente hace movimientos oculares (o cualquier otra estimulación bilateral) le vienen a la mente otras partes del recuerdo traumático u otros recuerdos. El terapeuta interrumpe los movimientos oculares cada tanto para asegurarse que el paciente esté procesando adecuadamente.

La estimulación bilateral puede ser:
a) Visual: el paciente mueve los ojos de un lado al otro guiado por el terapeuta.
b) Auditiva: el paciente escucha sonidos alternados en ambos oídos.
c) Kinestésica: el terapeuta golpetea suavemente y en forma alternada sobre las manos o los hombros del paciente. Esto facilita la conexión entre los dos hemisferios cerebrales logrando el procesamiento de la información y la disminución de la carga emocional.
El terapeuta guía el proceso, tomando decisiones clínicas sobre la dirección que debe seguir la intervención. La meta es que el paciente procese la información sobre el incidente traumático, llevándolo a una “resolución adaptativa”. En las palabras de Francine Shapiro, esto significa:
a) una reducción de los síntomas.
b) un cambio en las creencias.
c) la posibilidad de funcionar mejor en la vida cotidiana.

El abordaje empleado en EMDR se sustenta en tres puntos:
1) Experiencias de vida temprana.
2) Experiencias estresantes del presente.
3) Pensamientos y comportamientos deseados para el futuro.

El tratamiento con EMDR puede ser desde 3 a 12 sesiones para un trauma simple, hasta más de un año para problemas complejos.

¿Por qué los pacientes responden tan bien?
EMDR es un abordaje centrado en el paciente que permite que el terapeuta estimule los mecanismos de curación inherentes al propio sujeto. Pone en marcha un sistema de procesamiento de información del cerebro. El modelo EMDR toma en cuenta los componentes fisiológicos de las dificultades emocionales. El método de EMDR enfoca directamente estas sensaciones físicas además de las creencias negativas y estados emocionales de los síntomas que perturban al paciente.

https://emdr-es.org/que-es-emdr/

Especialista en Trauma
En Violencia psicológica Mobbing y Bullying
Perito forense Investigadora, escritora y conferencista
Terapeuta en EMDR
099274027
www.silvanagiachero.com

**Lic. Silvana Giachero**

# Detección de sordera en recién nacidos

En Uruguay nacen entre 46 y 48 mil niños por año. Se estima que nacen unos 300 niños con sordera por año en el Uruguay.

Detectar a tiempo la sordera permite realizar un tratamiento efectivo y precoz logrando un desarrollo psicointelectual, afectivo-emocional y del lenguaje acorde con un niño sin sordera.

A quienes se detecte la patología, se les realiza un seguimiento, y de ser necesario un tratamiento a través del Fondo Nacional de Recursos y el BPS con la colocación de audífonos o implante coclear según el grado de sordera.

De cada 1000 nacidos vivos normales, uno a seis nacen con sordera profunda, hipoacusia severa o moderada. Debido a que ésta es la única patología que presentan, lo habitual es que se detecte tardíamente, en general a partir de los dos años de edad, cuando sus padres consultan porque no han desarrollado el lenguaje.

Si a esta cifra se agrega los bebés que nacen con riesgo de sordera por presentar patologías prenatales o perinatales, cuya incidencia es de 10 a 50 en 1000 nacidos vivos y que tampoco son evaluados sistemáticamente, se llega a una cifra máxima de 56 niños en 1000

con hipoacusia o sordera que no son detectados tempranamente, o sea antes de los seis meses de vida, como lo define la Academia Americana de Pediatría, el Comité de Hipoacusia Infantil y el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos que son quienes rigen las normas de detección de la sordera en los niños.

A través del decreto 677/09 desde el año 2009, las instituciones de salud públicas y privadas de todo el territorio nacional donde se producen nacimientos, deben realizar procedimientos de screening a través de las emisiones otoacústicas (EOA) antes del alta de la maternidad.

Este estudio especializado para detección de hipoacusia se incorporó formalmente al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal.

El informe del Joint Commitee of Infant Hearing (año 2000) promueve la detección e intervención temprana de los niños con alteraciones auditivas a través de programas estatales interdisciplinarios.

Se define “detección temprana” a la practicada antes de los seis meses de edad. Es por eso que se recomienda realizar un estudio auditivo con emisiones otoacústicas a todos los recién nacidos antes de ser dados de alta de la maternidad.
La forma de implementar la detección de la sordera en los centros de salud es mediante un protocolo que permita estudiar la audición del recién nacido y realizar un seguimiento cuando se detecta la sordera.

**Otoemisiones acústicas auditivas (OEA)**
Este es un estudio objetivo (ya que no depende del examinador ni del examinado), no invasivo, y repetible que se aplica desde 1990 para la detección de sordera en recién nacidos. Las ventajas que tiene sobre otros estudios auditivos son: no requiere ningún tipo de anestesia; se puede realizar en las habitaciones de internación, dentro de los servicios de neonatología, el tiempo que requiere este estudio no sobrepasa los 10 minutos; no produce molestia al paciente estudiado; se puede realizar el estudio en estado de vigilia, alimentándose o dormido.
El aparato se coloca en ambos oídos del recién nacido, se lo estimula con sonido y se obtiene un registro que confirma la audición del recién nacido. Si el análisis da normal, ese bebé es retirado del programa, pero si la prueba falla, se repite en 15 días.

**Causas de la pérdida de audición y la sordera**
Las causas de pérdida de audición y sordera se pueden dividir en congénitas y adquiridas.

**Causas congénitas**
Las causas congénitas pueden determinar la pérdida de audición en el momento del nacimiento o poco después. La pérdida de audición puede obedecer a factores hereditarios y no hereditarios, o a complicaciones durante el embarazo y el parto, entre ellas:
-Rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo.
-Bajo peso al nacer.
-Asfixia del parto (falta de oxígeno en el momento del parto).
-Uso inadecuado de ciertos medicamentos como aminoglucósidos, medicamentos citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos.
-Ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido.

**Causas adquiridas**
Las causas adquiridas pueden provocar la pérdida de audición a cualquier edad.
-Algunas enfermedades infecciosas, como la meningitis, el sarampión y la parotiditis.
-La infección crónica del oído.
-La presencia de líquido en el oído (otitis media).
-El uso de algunos medicamentos,

como los empleados para tratar las infecciones neonatales, el paludismo, la tuberculosis farmacorresistente y distintos tipos de cáncer.
-Los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos.
-La exposición al ruido excesivo, por ejemplo en entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o se producen explosiones.
-La exposición a sonidos muy elevados durante actividades recreativas, como el uso de aparatos de audio personales a un volumen elevado durante períodos prolongados de tiempo, o en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos.
-El envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales.
-La obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños.
-En los niños, la otitis media crónica es una causa común de pérdida de audición.

**Factores de riesgo auditivo**
Por tanto existen factores de riesgo prenatales y perinatales que pueden generar hipoacusia en recién nacidos. Estos son:
Antecedentes Prenatales: sordera hereditaria, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis y VIH, ingesta de ototóxicos.

Antecedentes perinatales: prematurez, bajo peso (menor a 1500 grs.), pequeño para la edad gestacional, hipoxia, apgar menor a cuatro el primer minuto y/o menor a seis a los cinco minutos, asistencia ventilatoria mecánica más de cinco días, hiperbilirrubinemia, convulsiones, hemorragia intracraneana grado III ó grado IV, malformaciones cráneofaciales, meningoencefalitis aguda supurada, sífilis congénita y recibir fármacos ototóxicos (aminoclucósidos, furosemide).

**Consecuencias de la pérdida de audición**
Una de las principales consecuencias de la pérdida de audición es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás. En los niños con pérdida de audición desatendida, el desarrollo del habla se suele retrasar.
La pérdida de audición y las enfermedades del oído desatendidas, entre ellas la otitis media, pueden tener efectos muy perjudiciales en el rendimiento escolar de los niños. Las personas afectadas suelen tener mayores índices de fracaso escolar y necesitan más asistencia educativa.

**Prevención**
En general cabe presumir que la mitad de los casos de pérdida de audición pueden prevenirse a través de medidas de salud pública.
Algunas estrategias de prevención sencillas de la pérdida de audición consisten en:
-Vacunar a los niños contra las enfermedades de la infancia, en particular el sarampión, la meningitis, la rubéola y la parotiditis.
-Administrar la vacuna contra la rubéola a las adolescentes y las mujeres en edad fecunda, antes de que queden embarazadas.
-Prevenir las infecciones por citomegalovirus en mujeres embarazadas mediante una higiene correcta.
-Efectuar pruebas para detectar y tratar la sífilis y otras infecciones en las embarazadas.
-Fortalecer los programas relativos a la salud materna e infantil, incluida la promoción de los partos sin riesgos.
-Seguir unas prácticas correctas de atención otológica.
-En los niños, realizar pruebas de detección de la otitis media y llevar a cabo las intervenciones médicas o quirúrgicas que convengan.
-Evitar el uso de algunos medicamentos que puedan ser nocivos para la audición, a menos que sea prescrito y supervisado por un médico.
-Remitir al servicio pertinente a los bebés que presentan riesgos altos (por ejemplo, los que tienen antecedentes familiares de sordera, los que han nacido con bajo peso o han sufrido asfixia del parto, ictericia o meningitis) a fin de someterlos a una evaluación y diagnóstico tempranos y garantizar que se les dispensa el tratamiento adecuado, según proceda.
-Reducir la exposición a ruidos fuertes mediante la sensibilización de la población sobre los riesgos que acarrean.

**Detección y tratamiento**
La detección e intervención tempranas son fundamentales para minimizar las consecuencias de la pérdida de audición, en el desarrollo y el rendimiento escolar del niño. En los lactantes y niños pequeños con pérdida de audición, la detección y el tratamiento tempranos en el marco de programas de detección auditiva neonatal pueden mejorar los resultados lingüísticos y escolares del niño.
La detección de las enfermedades del oído y la pérdida de audición en los ámbitos preescolar, escolar y profesional también es una herramienta eficaz para identificar y tratar la pérdida de audición en una etapa temprana.
La situación de las personas que padecen pérdida de audición puede mejorar con la utilización audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos de ayuda auditiva. La logoterapia, la reeducación auditiva y otros servicios conexos también pueden ser beneficiosos.

Prosecretario del CMU.
Otorrinolaringólogo, ex profesor adjunto
Grado 3 en el Hospital de Clínicas.

**Dr. Andrés Saibene**

# Cáncer de piel basocelular: una epidemia

El cáncer de piel es la forma más frecuente de cáncer en el ser humano. Su incidencia ha aumentado exponencialmente en el último tiempo, debido al aumento de la exposición a los rayos UV, convirtiéndose en una verdadera epidemia y así un problema de salud pública. Podemos clasificarlos como cáncer de piel tipo melanoma (representado por el melanoma maligno, de mayor agresividad) y los cáncer de piel no-melanoma (mas frecuentes y representados por los carcinomas derivados del ectodermo, baso y espinocelular).(1–4).

**¿Qué es el cáncer de piel basocelular?**

El término cáncer de piel hace referencia al conjunto de tumores o neoplasias malignas derivadas del revestimiento cutáneo, siendo el cáncer más frecuente en el ser humano, con una incidencia que ha ido en aumento en los últimos años. Dentro de estos, los tumores derivados de las células basales de la epidermis se denominan carcinomas basocelulares (CBC), y representan el 70% del cáncer de piel no melanoma. (2,5)

Fig 1: Anatomia de la piel.(2)

**¿Por qué se produce el cáncer de piel?**

Clásicamente se reconocen factores predisponentes y determinantes , endógenos y exógenos. Dentro de los factores predisponentes se destaca:

- Raza: Las personas de raza blanca tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel. La clasificación de Fitzpatrick, toma en cuenta el color de piel, de ojos y la respuesta cutánea ante la exposición solar, siendo los fototipos bajos I, II y III los de mayor riesgo, por presentar piel blanca y bronceado mínimo.
- Edad: El pico de incidencia es entre los 50 y 80 años. El daño cutáneo fotoinducido es acumulativo, y el 70% del daño solar en piel se produce antes de los 18 años. El 50 % de las personas mayores de 65 años padecerán en el futuro un cáncer de piel y el 25% desarrollarán dos o más tumores de este tipo.
- Sexo: el cáncer de piel no melanoma es 2 veces más frecuente en el sexo masculino que femenino, mientras tanto, las cifras se igualan en el tipo melanoma.
- Factores genéticos: antecedentes personales y/o familiares de cáncer de piel. Antecedentes de CBC múltiple familiar. Enfermedades hereditarias como: albinismo por ausencia de protección melánica o enfermedades del tipo Xeroderma Pigmentoso (enfermedad autosómica recesiva, que se caracteriza por una alteración en la reparación del ADN celular por daño fotoinducido, con desarrollo de cáncer de piel a temprana edad). También existen formas clínicas sindromáticas para el CBC, si bien generalmente son esporádicas: Síndrome de carcinoma basocelular nevoides o síndrome de Gorlin (enfermedad autosómica dominante, con presencia de CBC asociada a queratoquistes odontogénicos, disqueratosis, hoyuelos en palmas, plantas y calcificaciones intracraneanas); Síndrome de Bazex (autosómico dominante, caracterizado por la presencia de múltiples CBC pequeños en cara en el adulto joven asociado a marcas en “pica-hielo” en extremidades, hipotricosis).
- Inmunodepresión: destacándose pacientes con transplante renal y HIV.
- Lesiones precursoras o premalignas tales como: nevo sebáceo de Jadassohn, y queratosis actínica. La queratosis actínica es la lesión epitelial premaligna más frecuente de la población de raza blanca. Se caracteriza por lesiones papulomatosas rojas, amarillas, marrones o pálidas de superficie irregular, descamante. Dejadas a su libre evolución en un 10 a 15 % pueden desarrollar CEC. La asociación de queratosis actínica y CBC es muy baja. En cuanto a los factores desencadenantes el más importante es la radiación ultravioleta solar UV (RUV). Se cree que la RUV es el carcinógeno de primer orden en el desarrollo de cáncer de piel. El riesgo de desarrollar cáncer de piel aumenta cuanto más próximo al ecuador se vive y cuando se realizan tareas al aire libre, por mayor exposición solar. La radiación solar está integrada por los rayos infrarrojos, el espectro visible y los RUV, con importante acción nociva sobre el material genético. Se distinguen 3 tipos de RUV: UVA (320-400 nm), UVB (290-320nm), UVC (200-280 nm). Las radiaciones UVB son parcialmente rechazadas por la capa de ozono, llegando con mayor intensidad cuando los rayos son perpendiculares, como es al mediodía. Estas radiaciones son la causa de eritema, la intolerancia solar y los carcinomas cutáneos por daño fotoquímica en el ADN y daño en el mecanismo reparador del ADN. Los UVA potencian los efectos de las RUVB. Están presentes desde el amanecer al ocaso, siendo los principales responsables del bronceado. La mayoría de las UVC son filtradas por la capa de ozono.

Las RUVA son también emitidas por las camas solares existiendo una relación dosis dependiente, entre el tiempo de exposición en la cama solare, el fotodaño y la aparición de cáncer de piel. Aproximadamente el uso de radiaciones UVA (320-340nm), tres veces por semana por 30 minutos, en un período de 20 años duplicará el riesgo de neoplasias cutáneas1.

Además del daño en el ADN celular, las RUV producen inmunodepresión local, facilitando el desarrollo y mantenimiento de la patología neoplásica.

Otros factores determinantes de cáncer de piel son las radiaciones UV no solares, como las lámparas UVA, las radiaciones ionizantes, exposición a sustancias químicas y la presencia de cicatrices patológicas. Dentro de las sustancias químicas relacionadas con el

CBC se destacan: pesticidas, licor de Fowler, alquitrán, hidrocarburos aromáticos policíclicos, asbesto, resinas y carbón. En cuanto a las cicatrices, se ha descrito el desarrollo de cáncer de piel no melanoma, sobre todo de CEC, en cicatrices crónicas de ulceras venosas, quemaduras, ulceras por presión, etc.(3–5)

**¿Existe una epidemia de CBC?**

La incidencia de CBC según cifras internacionales varía de 60 hasta 720 casos por año cada 100.000 habitantes, cifras que han ido en aumento, por lo que algunos autores lo consideran una epidemia inminente. (5–7)
Aunque su mortalidad es baja, la morbilidad que acarrea y el consumo de recursos financieros durante su diagnóstico, manejo y seguimiento son altos, y pese a que el costo por paciente afectado es significativamente menor que en otras neoplasias, su elevada incidencia lo pone muy por encima cuando de cifras globales se trata. (5,6)
En Uruguay, según cifras de la CHLC, la incidencia del cáncer de piel no melanoma en los últimos años es de 37,88 y 54,93 cada 100.000 habitantes por año para mujeres y hombres respectivamente.(1)

**¿Cómo se diagnostica el CBC?**

Si bien la confirmación del diagnóstico es mediante el análisis anatomopatologico de la pieza, la presunción clínica es fundamental. Para ello es necesario una completa anamnesis, destacando la presencia de factores predisponentes y desencadenantes. Además, el examen físico general y especifico de la lesión nos aproxima clínicamente al tipo y subtipo de la misma. Estos elementos clínicos pueden apoyarse en la dermatoscopía, método complementario y útil, que acerca aún más al diagnóstico de CBC; ésta posee una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89% .(6)
Si bien existen diferentes tipos de CBC, clásicamente este se describe como una lesión crónica de la piel sin tendencia a la curación, que aparece sobre todo en zonas expuestas al sol como en centro de la cara, caracterizada por ser polimorfas bien limitadas con un borde perlado, algunas veces pigmentadas. Las características macroscópicas están determinadas por el subtipo anatomoclínico de CBC que estemos tratando. Ante la sospecha se debe realizar una biopsia que puede ser resecando la totalidad de la lesión (escisional) o solamente un porcentaje de la misma (insicional). El estudio anatomopatológico es el que determina el diagnóstico definitivo, y grado de la lesión.

**¿Cuáles son los subtipos anatomoclínicos que se reconocen?**

Las distintas variantes anátomo-clínicas presentan diferencias macroscópicas y respecto a su agresividad y pronóstico.
CBC nodular, es la forma más frecuente, 78 %. Se caracteriza por ser un nódulo pequeño eritematoso, bien definido, brillante, perlado, con telangiectasias en su superficie. Generalmente se desarrolla en áreas expuestas de la cara. Crecimiento lento.
Fig 2: CBC nodular de canto interno. *
CBC nodular ulcerada, se trata de una forma nodular con ulceración central, con una costra que se desprende fácilmente, y bordes sobreelevados, perlados con telangiectasias.
Fig 3: CBC nodular ulcerado de ala nasal.*
CBC cicatrizante superficial, 15%, mácula escamosa o eritematosa. Puede ser difícil de diferenciar clínicamente de una lesión inflamatoria, epitelioma espinocelular in situ o queratosis. Se encuentra con mayor frecuencia en el tronco y extremidades, pero también puede afectar a la cabeza y cuello. Las lesiones típicas son planas y eritematosas, en su superficie se puede observar una pequeña cantidad de escama y pueden tener un borde fino sobreelevado y translucido. Se pueden encontrar zonas de regresión espontánea que se caracterizan por atrofia e hipopigmentación. En su inicio el patrón de crecimiento es principalmente horizontal, lo que explica el gran tamaño que pueden alcanzar. Con el paso del tiempo estos tumores pueden invadir profundamente con induración, ulceración y formación de nódulos. La extensión horizontal subclínica es la responsable de la alta tasa de recurrencias de estos tumores después de la extirpación quirúrgica.
Fig 4: CBC cicatrizante superficial de canto interno izquierdo.*
CBC esclerodermiforme, 6 %, se trata de una lesión plana, firme, con bordes mal delimitados, de aspecto cicatrizal. Puede presentar telangiectasias en su superficie. Presenta un crecimiento lento y generalmente no presenta costra, ulceración, ni sangrado, lo cual puede retrasar el diagnóstico. La lesión es más extensa de lo que en general aparece macroscópicamente. Tiene un patrón de crecimiento agresivo e infiltrativo hacia la dermis profunda.
Fig 5: CBC esclerodermiforme de mejilla.*
CBC quístico, generalmente la degeneración quística de un CBC no es aparente clínicamente y por tanto la lesión parece un CBC nodular típico. En algunas ocasiones hay cambios quísticos marcados, caracterizándose por quistes claros o gris azulado.
CBC con metaplasia escamosa, o basoescamoso es una variante del CBC que no tiene características clínicas que permitan diagnosticarlo antes del estudio anatomo-patológico. Se cree que este tipo de CBC tiene una evolución más parecida al CEC, dado que es más agresivo, con mayor tendencia a diseminación linfoganglionar y riesgo de recurrencia.
CBC infiltrativo o micronodular, se caracteriza por tener un comportamiento agresivo y destructivo. Clínicamente son lesiones aplanadas, firmes y mal delimitadas.
Fibroepitelioma premaligno de Pinkus, es muy poco frecuente. Su topografía más frecuente es en sector caudal del dorso. Se caracteriza por ser un nódulo liso, eritematoso, firme, puede presentar un pedículo. Cualquiera de ellas puede ser pigmentado.(7–9)
Fig 6. CBC Pigmentado de dorso nasal.*

**¿Qué importancia tiene la topografía del CBC?**

Existen áreas anatómicas de alto, mediano y bajo riesgo. La distribución en áreas de fusión embriológica, alta densidad de nervios, la proximidad con el pericondrio y periostio así como el alto número de glándulas sebáceas, produce invasión más profunda y su exceresis es más compleja

- Áreas de alto riesgo o área H (High): abarca toda la cara (excepto frente y mejillas), genitales externos, palmas y plantas.
- Áreas de mediano riesgo o área M (Médium): piel cabelluda, frente, mejillas y cuello.
- Áreas de bajo riesgo o área L (Low): tronco y las extremidades. (10–12)

**¿Cómo se trata el CBC?**

Para el tratamiento es importante considerar la estadificación del paciente con cáncer de piel. La misma se realiza a través del sistema internacional TNM, cuyas actualizaciones son desarrolladas por el AJCC. La T se refiere al tamaño y extensión del tumor primario. La N hace referencia al compromiso linfático

regional. Y la M a la diseminación a distancia del tumor, agrupando así diferentes categorías. Por lo tanto, presenta implicancias en cuanto al pronóstico y tratamiento del paciente.

El tratamiento planteado dependerá de la localización anatómica, la histopatología y el comportamiento biológico. Las directivas del tratamiento son eliminar el tumor previniendo en la medida de lo posible las secuelas funcionales y estéticas. Contamos con un arsenal terapéutico amplio para el tratamiento de estas lesiones que va desde la electrofulguración, inmunomoduladores, quimioterapia, láser, crioterapia, radioterapia, terapia fotodinámica y la cirugía siendo esta el tratamiento de elección para cualquier forma clínica de CBC. la resección quirúrgica mediante cirugía convencional o Cirugía micrográfica de Mohs representan el gold standard de tratamiento ya que nos permite el control histológico de los márgenes del tumor traduciéndose en la curación del paciente. Ambas técnicas quirúrgicas tienen registros de tasas de curación promedio entre 95-99%.(13–15)

La resección de la lesión deja como consecuencia un defecto cutáneo que si bien en ocasiones puede ser cerrado de forma directa, muchas veces requiere procedimientos de reconstrucción mediante injertos de piel o colgajos, movilizando piel de la región para brindar una cobertura acorde en lo anatómico, funcional y estético.

**¿Cuál es la mejor manera de prevenirlo?**

La prevención está destinada principalmente a evitar los factores desencadenantes como:

- exposición solar prolongada sin fotoprotección
- exposición solar en horarios no apropiados (11 a 16 hs)
- camas solares

Debemos hacer hincapié en la fotoprotección, con sombreros, prendas que filtren rayos UV y protectores solares con factor de protección mayor a 30, principalmente en niños y adolescentes, etapa en la cual ocurre el mayor daño cutáneo. Además debemos instruir e inculcar el autoexamen de la piel en busca de un diagnóstico precoz. (12,16)

Nota **

La publicación de fotos de pacientes en este artículo se realiza bajo consentimiento informado.

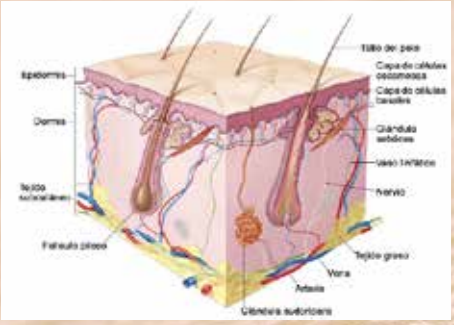


Figura1. Anatomía de la piel

Figura 2. CBC nodular de canto interno.**

Figura 3: CBC nodular ulcerado de ala nasal izquierda.**

Figura 4: CBC Cicatrizante superficial de canto interno izquierdo. **

Figura 5: CBC Esclerodermiforme de mejilla. **

Figura 6: CBC Pigmentado de dorso nasal.**

Referencias

1. Incidencia Cancer de piel en Uruguay [Internet]. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cancer. Uruguay. 2019 [cited 2019 Jun 20]. Available from: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_335_1.html
2. Cancer de piel [Internet]. Instituto Nacional del Cancer. 2019 [cited 2019 Jun 20]. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/pro/tratamiento-piel-pdq
3. Burns T, Breathnach S CN. Non Melanoma Skin Cancer & Other Epidermal Skin Tumours. In: Rook's textbook of dermatology. 8va ed. 2013.
4. Fitzpatrick's, Wolff K RA. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 7a ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2013. 240-46 p.
5. Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. An Bras Dermatol. 2011;86(2):292–305.
6. Jemal, Ahmedin; Siegel, Rebecca; Xu, Jiaquan; Ward E. Canadian Cancer Statistics 2010. Statistics (Ber). 2010;60(5):277–300.
7. Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, Steliarova- Foucher E SR. Cancer Incidence in Five Continents [Internet]. Vol. 325, Bmj. International Agency for Research on Cancer; 2002. p. 903b–903. Available from: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.325.7369.903/b
8. Malvehy J, Llambrich A PS. La Piel en La Práctica Diaria. Signos guía en el diagnóstico diferencial en dermatoscopia. Elsevier, editor. Barcelona; 2013.
9. Bianchi OJ. Dermatología. Principios básicos. Buenos Aires; 2007. 217-231 p.
10. Porras N, Norris-Squirrell F. Extirpación quirúrgica de carcinoma basocelular de cuero cabelludo. Dermatologia Rev Mex. 2016;60(1):51–4.
11. Pérez Alcalá D, Medina Bojórquez A, González Torres S, Navarrete G, Garibay Ramos A, Peralta Pedrero M, et al. Correlación clínica, histológica y dermatoscópica del carcinoma basocelular. Rev Cent Dermatol Pascua. 2013;22:5–14.
12. Sanchez Vanegas Guillermo., Buitrago Garcia Diana Carolina., Acosta Madiedo De Hart Alvaro., Rueda Cadena Xavier. NVJA. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la. 2014;(31):1–460.
13. Arenas R. La piel. Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. 5a ed. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana; 2012. 745-49 p.
14. National Comprehensive Cancer Network. Basal cell skin cancer [Internet]. 2019. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf
15. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de carcinoma basocelular. Secr salud. 2012;México.
16. Pr DE, Cl C. Guía de práctica clínica prevención diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular. 2013;1–53.

**Dra. Tania Lema**
Especialista en Cirugía Plástica Reparadora y Estética.
Facultad de Medicina. UdelaR

**Dr. Gabriel Otormin**
Cirujano Plástico Reparador y Estético Miembro sociedad de cirugía plástica, reparadora y estética de Uruguay.

# Medicina Familiar y Comunitaria

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad clínica efectora de la estrategia de la APS con un ámbito de desempeño con especial énfasis en el primer nivel de atención y en la comunidad. Los informes Millis y Willard (1966) establecen una nueva modalidad de atención médica, dado el descontento con el tipo de atención de atención que se prestaba, constituida por una medicina tecnológica ejercida por especialistas, por tanto fragmentada y centrada en los hospitales o centros de alta complejidad (impacto del informe Flexner en 1910)[1-2]. Con el auge de la especialización al inicio del siglo XX, los médicos generalistas fueron desapareciendo y los modelos a seguir fueron exclusivamente el de los "especialistas" trabajando básicamente en los hospitales. White et al[3] demostró en forma incontrastable que de 1000 personas seguidas durante un mes, 750 presentaron algún malestar, 250 consultaron con el médico general de los cuales sólo uno precisó el ingreso al hospital, frente a lo cual Gallo Vallejo3 señala: *"Parece evidente que realizar la enseñanza de la Medicina centrada en este paciente supone que los alumnos aprendan la regla a través de la excepción".*

De acuerdo con McWhinney[4-5] la Medicina Familiar y comunitaria es una disciplina clínica que posee un conjunto definido de conocimientos, habilidades y un área de investigación y posee un ámbito propio de actividades. Su ámbito de acción es el primer nivel de atención y las estrategias tales como la atención primaria de salud y promoción de salud encuentran en esta el mayor espacio para su desarrollo. El enfoque comunitario[6] le permite una valoración desde la medicina colectiva utilizando herramientas epidemiológicas y sociales desde los determinantes sociales de la Salud.

La longitudinalidad de la atención a la persona se prolonga a la familia y a la comunidad. Entonces no basta para nuestra especialidad realizar un diagnóstico si no de visualiza desde una planificación donde su objetivo es poder "entender" el territorio y su población para luego actuar. Esto debe hacerse desde el equipo básico territorial y con la participación de integrantes de la comunidad.

Para partir de este abordaje, debemos tener delimitado nuestro espacio geográfico en lo que llamamos "territorialización" que es un modelo de organización del primer nivel de atención basado en territorio y población (características demoepidemiológicas y sociales).

Se trabaja conjuntamente con las demás instituciones que operan en el mismo territorio.

Debemos trabajar en la reorientación de los equipos de salud basando nuestro accionar en el proceso salud enfermedad. Dando tanta relevancia a la enfermedad y a la prevención de enfermedades, como a mantener la salud de las poblaciones trabajando la estrategia de promoción de salud desde sus tres componentes fundamentales: La educación para la salud, la comunicación social y la participación comunitaria.

La investigación en el primer nivel de atención sobre promoción de salud y participación comunitaria, entre otros temas, constituye un trabajo ineludible. La interdisciplina y la intersectorialidad deben acompañar esta actividad

La medicina familiar y comunitaria se caracteriza por una atención longitudinal, centrada en la persona, atención de pacientes en consultorio, domicilio y seguimiento en otros niveles de atención. La atención de la especialidad es continua, integral, holística y con un enfoque individual, familiar y comunitario.

Lemus Elía Rosa la define como: *"La especialidad efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia - el individuo – y la comunidad y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social integrando las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta*[7-8]*; "La medicina familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales tanto de las comunidades como del Estado"*[9] (Iturbe, 1987).

La medicina familiar y comunitaria constituye la especialidad de puerta de entrada al sistema de salud y el eje del cambio de modelo de atención. Permite resolver entre el 85 y al l 90% de los problemas más prevalentes en el primer nivel de atención, por tanto su cuerpo de conocimientos se encuentra integrado por los problemas de salud más prevalentes de diversas especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, psiquiatría, cirugía, geriatría, otorrinolaringología, oftalmología, epidemiologia, administración de servicios de salud (fundamentalmente gestión en el primer nivel de atención), salud ocupacional así como ciencias sociales.

Entre sus destrezas y habilidades además de las clínicas, destacamos: manejo sistémico de la familia, (aproximación terapéutica y orientación familiar) y arribaje comunitario, con especial énfasis en la participación comunitaria y el trabajo en red. En cuanto a las estrategias utilizadas están son: de atención primaria de la salud, de promoción de salud así como las preventivas. El ejercicio de la medicina familiar requiere de equipos interdisciplinarios actuando en el primer nivel de atención.

La duración de la residencia en el Uruguay es de 3 años, con 48 horas semanales, de las cuales 30 son de trabajo con tutor, trabajo con docentes y rotación por diversas especialidades básicas y la propia MFyC., 12 horas de guardia y 6 horas para actividades académicas específicas.

**NIVELES DE ATENCIÓN**[10]

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población$_1$. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.[11-12] Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. En este nivel se destacan las actividades que pueden ser resueltas por recuperación, rehabilitación y por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.[12-13]

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en especialidades básicas (entre otras por ejemplo medicina interna, pediatría, ginecobstretricia cirugía) y donde existen servicios de internación. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.[11-13]

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), centros de diálisis, entre otros. Sistema de referencia

y contrarreferencia para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos.[11-14] Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención. La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutividad que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva.
La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

**NIVELES DE COMPLEJIDAD[10]**

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.
El primer nivel de complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como médicos familiares y comunitarios, pediatras, ginecólogos, médicos generales. En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, psiquiatría, etc.
El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

**COMPLEJIDAD EXTENSIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN[13]**

Este concepto no se encuentra referido a los niveles de complejidad en relación a la administración de servicios de salud, sino que señala la complejidad extensiva de problemas de salud que se presentan en el primer nivel de atención. Estos pueden ser extremadamente diversos como por ejemplo: controles de salud, enfermedades prevalentes, disrupciones familiares, violencia, adicciones, accidentes y enfermedades profesionales entre otros. La complejidad de estos problemas de salud, necesitan de profesionales altamente capacitados y con alta calidad de atención y resolución.
Esta complejidad requiere excelencia clínica, familiar y comunitaria, trabajo en redes, coordinación intersectorial e interinstitucional, todo lo cual requiere de destrezas y habilidades altamente calificadas.

**NIVELES DE PREVENCIÓN**

La prevención se define como las "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo", sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Las actividades preventivas se pueden clasificar en cuatro niveles:

**Prevención Primaria**

Son "medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes" (OMS, 1998, Colimón, 1978).[15] "Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes" (OMS, 1998, Colimón, 1978).[15] El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

**Prevención Secundaria**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos "aparentemente sanos"[15] de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening).
"En la **prevención secundaria**, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad"[15] (OMS, 1998, Colimón, 1978). Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control

periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.[15]

**Prevención Terciaria**

Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.[15-16]

**Prevencion Cuaternaria**

Marc Jamoulle define a la prevención Cuaternaria como las Acciones o medidas adoptadas para identificar a un paciente en riesgo de medicalización excesiva, para protegerlo de nuevas intervenciones invasivas médicas, y sugerir intervenciones éticamente aceptables.

Permite frenar la implantación y difusión de intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudoso beneficio en especial en el terreno de la prevención y si es éticamente aceptable.[17]

La prevención cuaternaria según Juan Gérvas Camacho, Enrique Gavilán Moral y Laura Jiménez de Gracia es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se evita el daño evitando actividades innecesarias.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción.[16-18-19] Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. Refiere la estrategia como líneas de acción para su implementación las siguientes: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.[16-18-19] Desde 1978 han existido importantes cambios en el contexto mundial, así como en la conceptualización y práctica de la APS. En tal sentido, a partir del año 2005, se elaboró en Montevideo un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS. En éste la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores. Distingue entre valores, principios y elementos. Los valores son los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad, como, por ejemplo, el derecho al mayor nivel de salud y la equidad. Los principios son los fundamentos, leyes, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos. Por ej: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, con orientación hacia la calidad. Los elementos son parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial por ejemplo; atención integral e integrada, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención.[20-21] La participación “convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad”.[20-21]

**En octubre de 2018 la Declaración de Astaná promueve la prioridad y bienestar de las personas tanto a nivel individual como colectivo, mediante sistemas de salud sólidos, el desarrollo de una APS y servicios de salud integrales de alta calidad, entornos propicios y favorables para la salud y la implementación de líneas de acción adecuadas para su desarrollo en forma sostenible. [22]**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”.[23-24]

La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar

a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud). [25,26]

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

Los determinantes sociales de la Salud, se entienden como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, alguno autores los señalan como las causas de las causas, es decir como las causas de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer afecciones.

Enfermamos y morimos en función de la forma como vivimos, nos alimentamos, nos reproducimos, trabajamos, nos relacionamos, nos educamos. Los principales determinantes señalados por la comisión de la OMS en el año 2008 son: Gradiente social, Estrés, Infancia, Exclusión social, Trabajo, Desempleo, Apoyo social, Adiciones, Alimentación y Transporte. [25]

1Vignolo J, 2Vacarezza M, 3 Sosa A.
1 Prof. Titular Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina Udelar.
2 ExProf. Adj. Medicina Interna e Infectologia. Udelar.
3. Prof. Agda. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Udelar.

Profesor Titular de Medicina Familiar y Comuntaria en UdelaR Especialista en Medicina Interna, Administración de Servicios de Salud, Salud Ocupacional. Máster en Epidemiología, Diplomatura en Economía de la Salud, y en Salud Pública.

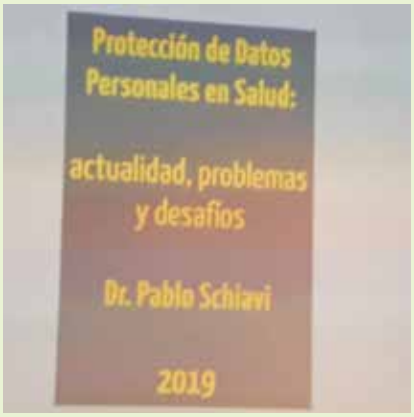
**Dr. Julio Vignolo**

BIBLIOGRAFIA
1- Dibarboure Icasuriaga H. La Salud como estado de mal: análisis crítico-propósito del Sistema de atención a la Salud en Uruguay.Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Año 1, Nº1, 2003.
2- Gómez Gascón T, Ceitlin J. La Medicina de Familia en España y otros países.Capítulo 13.Zurro M; Cano Pérez, J.F. Docencia en Atención Primaria. Capítulo10. En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta Edición. Harcourt Brace.Madrid. España.1999.
3- Gallo Vallejo FJ, Gómez Gascón T , Ortiz Camuñez M A. La Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Situación Nacional e Internacional. Unidad 1. En Gallo Vallejo FJ y Cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y comunitaria. 2da Edición. SemFYC.Coordinación Editorial: I.M y C. Madrid España,1998.
4- Spann, S. La Medicina Familiar. Definición, historia, principios y futuro en Introducción a la Medicina Familiar.Universidad de la República. Hugo Dibarboure, Juan C. Macedo editores. Montevideo.1998.
5- Mc Whinney,IR. Medicina de Familia.Edición en Español. Barcelona. Doyma libros. Capítulo 2, 1995.
6- Dibarboure Icasuriaga, H. Sobre la Medicina General -Familiar- Comunitaria. Definiciones. Rev Med Uruguay 8:180 – 183, 1992.
7- Vaughan P; Morrow R H. Salud Comunitaria. Manual de Epidemiología para la gestión de servicios locales de salud SILOS: Escuela de Higiene y Medicina Tropical. Londres, Inglaterra. México.1989.
8- Zurro M; Cano Pérez, J.F. Atención Primaria de Salud Capitulo 1. En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta Edición. Harcourt Brace. Madrid. España. 1999.
9- Lemus E R, Borroto E, Aneiros Riba R. Atencion Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica, Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV, La Paz, 1998.
10- Vignolo J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la Salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1): 11-14.
11- García Salabarría J. Sobrevivirán los niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana. Rev. Cubana Salud Pública 2006,32(1): 07-15.
12- Magnífico G, Noceti C, Rodriguez N. Planificación de la Red Asistencial de ASSE.ASSE- abril,2002.
13- Etchebarne L. Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En: Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social. Montevideo, Fefmur.2001.p. 75-82.
14- Villalba S, Noceti M C. Tipos de Establecimientos de Atención Médica del MSP. Niveles de Complejidad. MSP. Montevideo.1989.
15- Colimon K. Niveles de Prevención.Citado 25/32010. Disponible en: http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044.
16- La Atención Primaria de la Salud. Documento de Alma Ata 1978. En Revista de Atención Primaria de la Salud. MSP. UNICEF, 1990. p. 11-12.
17- Pizzanelli, M. Citado 20/04/2017, disponible en: https://www.google.com.uy/seacrh?q=prevencion+cuaternaria+pizzanelli&tbm=isch&tbo=u&soucre=univ&sa=X&ved=0ahUKEwiRkNuE9b3TAhUDGpAKHeSRAuUQsAQIRw&biw
18- Cueto, A. García, J. et al. Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Mentales. En: Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11va. Ed. Barcelona: Masson;2008. P 908-917.
19- Sánchez, A. Ramos, E. Marset, P. La Participación Comunitaria en la Atención Primaria de Salud En: Martinez Navarro. Salud Pública. 1ra. Ed. México: Mc GRAW.1998.p.318-333.
20- OPS/OMS. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas Nº1. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.2005 Citado 25/3/2010. Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovaciónSalud.pdf 43 pp.
21- OMS.La Atención Primaria de la Salud.Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo.ISBN 978 92 4356373 2. Ginebra, 2008 Citado 25/3/2010. Disponible en www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf154pp.
22- Méndez, A. Ponzo, J. Rodriguez, M. Promoción de Salud. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I.1ra. Ed. Montevideo. Oficina del Libro. Fefmur.2008.p.27-37.
23. Declaración de Astaná. Global Conference on Primariy Health Care. Astana Kasakhstan. 25-26 de de octubre de 2018.
24- Valenzuela,T. Herramientas de Comunicación para el desarrollo de entornos saludables.1a. Ed. Washigton.OPS/OMS.2006.248 pp.
25 OMS. Subsanar las desigualdades en una Generación. Comisión de Determinantes de la Salud Citado 22-5-2017. Disponible en: file:///C:/Users/JulioCèsar/Downloads/9789243563701_spa.pdf
26-Umaña IV, Carpio OV del, Monge AS, Holthuis K. Promoción, Prevención y Educación para la Salud [Internet]. 1ra ed. San José; 2003. Citado 19-4-2017 Available from: http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf

2

# Datos personales en salud: actualidad, problemas y desafíos

El derecho a la protección de datos personales es un derecho humano fundamental amparado en la Constitución y en la Ley N* 18.331 (2008) y reglamentaciones posteriores.
La Ley reconoce el derecho a controlar el uso que se hace de los datos personales, de nuestros datos personales.
Ésta se aplica a los registrados en cualquier soporte que permite tratarlos y usarlos posteriormente de diversos modos, tanto en el ámbito privado como público.
Cabe destacar, que no contamos con una ley especial para este tipo de regulación en salud, sino que se trata de una regulación general de la protección de datos personales.
Sostiene Carlos Delpiazzo que: "Hoy vivimos inmersos en lo que ha dado en llamarse "sociedad de la información" caracterizada, entre otros rasgos, porque en ella "la información se presenta con caracteres hasta ahora desconocidos en la historia de la civilización humana en lo concerniente a su cantidad, su variedad, su rapidez, su persistencia y, finalmente, y este es el carácter decisivo y condicionante de todos los demás, a su automatización".
En ese contexto, se considera información pública aquella que se encuentra en poder de las administraciones, siempre que la misma no se encuentre limitada mediante ley dictada por razones de interés general en atención a fines específicos.
Contrariamente, la reserva de la información personal o de carácter privado se opone a la publicidad que, por principio, tiene la información pública, distinción que, aunque desde el punto de vista práctico, se ve diluida por el avance de las nuevas tecnologías e Internet, no por ello ve desnaturalizada su esencia.
La información privada comprende datos que afectan a la vida íntima de la persona, pero también a todos aquellos que identifiquen o puedan identificarla y, al hacerlo, puedan ser susceptibles de producir, en determinadas circunstancias, una amenaza para el individuo.
Abonan la confidencialidad de la información de carácter personal un conjunto de principios generales de derecho. Hay que ser especialmente cuidadosos con la manipulación y administración de datos personales relativos a la salud de las personas, y estos son especialmente sensibles que aparejan una gran responsabilidad para los responsables de las bases de datos, sea de instituciones públicas como privadas, con graves consecuencias en caso de filtración o mala gestión de los mismos.
Está en juego el prestigio y la reputación tanto personal como corporativa en el manejo de los datos de salud de las personas.
Dichos datos pueden ser tratados por los establecimientos sanitarios de salud, siempre y cuando se respeten el secreto profesional y las disposiciones en materia de razones de interés general autorizadas por ley. Puede además, contener otros datos sensibles tales como raza, vida sexual o creencias religiosas.
De acuerdo con la guías publicadas por la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales, hay ciertos datos personales que describen los aspectos más sensibles o delicados sobre el individuo y que pertenecen a la esfera más intangible de la persona, como su estado de salud, sus características físicas, ideología o vida sexual, entre otros.
Por esta razón, solo pueden ser objeto de tratamiento con el consentimiento expreso y escrito de su titular.
Los datos relativos a la salud física o mental de los pacientes pueden ser recolectados y tratados por establecimientos sanitarios públicos o privados y por profesionales vinculados a la salud, siempre y cuando se respeten los principios del secreto profesional y las disposiciones en materia de protección de datos, o por razones de interés general autorizadas por ley.
Dentro de la historia clínica de cada usuario del sistema de salud, se encuentran datos que son parte de su esfera íntima y refieren a enfermedades pasadas, presentes, tratamientos recibidos, adicciones -si las tiene- e información genética, entre otros.
Puede además contener otros datos sensibles tales como raza, vida sexual o creencias religiosas.
Los datos sensibles, son aquellos que revelan un origen racial o étnico, preferencias políticas, convicciones religiosas o morales, afiliación sindical e informaciones referidas a la vida sexual de una persona.
Los datos relativos a la salud, informaciones o de datos concernientes a la salud física o mental de una persona.
Las bases de datos personales deben



cumplir con la normativa vigente e inscribirse en el registro a cargo de la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales.
Los datos no deben utilizarse para fines diferentes a los solicitados y cumplida su finalidad deberán eliminarse.
Se debe contar con el consentimiento del titular para tratar sus datos.
El Consentimiento debe ser:

- Libre (podrá brindarlo o no);
- Previo (recabado antes de solicitar los datos);
- Expreso (no tácito o implícito);
- Documentado (verificable);
- Informado (conocer la finalidad por la que se recolectan los datos y dónde ejercer sus derechos).
- Seguridad: La normativa señala que se deben adoptar medidas de seguridad para proteger los datos recolectados.
- Reserva: Los datos personales deben ser tratados en forma reservada y utilizarse únicamente para la finalidad para la que se obtuvieron.
- Responsabilidad: El responsable de la base de datos deberá responder por cualquier violación a las disposiciones de la ley.

En caso de violación del cumplimiento de la Ley de Datos Personales, se puede denunciar ante la URCDP la violación de cualquiera de estos derechos.
Asimismo, se puede consultar gratuitamente el registro de base de datos de la URCDP.
Es la autoridad de control, un órgano desconcentrado con autonomía técnica, cuya competencia es custodiar el cumplimiento de la legislación de protección de datos personales y el respeto de sus principios.
La Unidad tiene los siguientes cometidos:
Asesorar al Poder Ejecutivo y recomendar políticas en el tratamiento, seguridad y manipulación de los datos personales.
Informar sobre el alcance y los mecanismos de defensa previstos por la ley.
Inscribir las bases de datos y los códigos de conducta a través de la página www.datospersonales.gub.uy.
Autorizar las transferencias de datos personales a países sin niveles de protección adecuados en la materia.
Inspeccionar a las entidades públicas y privadas en relación con el tratamiento de los datos personales.

Sancionar las infracciones según el marco jurídico existente en materia de protección de datos personales.
Las instituciones presentarán sus bases de datos personales ante la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales, para que sean registradas, de acuerdo con la normativa vigente.
En el mundo que vivimos hoy en día, hay que ser especialmente cuidadosos en todo lo relacionado a la manipulación, administración y gestión de datos de salud de las personas, teniendo en cuenta la facilidad de compartir datos de salud a través de internet, redes sociales y WhatsApp, razón por la cual, hay que capacitar y formar a todo el personal médico y no médico de todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, para evitar graves problemas que afecten la reputación de los profesionales y de las instituciones, y especialmente al titular de los datos afectado.

# Sistema de Trauma, Centros de Trauma: una deuda con la sociedad

La organización de la respuesta a las emergencias en general y de la asistencia a los pacientes traumatizados en particular, ha dado lugar en los últimos tiempos a frecuentes intervenciones en los medios de difusión de varios integrantes de nuestra comunidad médica. Las opiniones brindadas han sido a veces complementarias entre sí y otras, han reflejado posiciones claramente diferentes en la forma de concebir los caminos de solución a este problema.

¡Bienvenido sea el debate! Y más aún, tratándose de un tema tan relevante, si este debate contribuye a avanzar en la concreción de medidas específicas. Como médicos comprometidos con este tema desde hace años, nos sentimos en la obligación de participar del mismo, con el objetivo de aportar y sumar en la elaboración conceptual de un sistema del que, todavía hoy, estamos carentes.

**La magnitud del problema**

En el año 2018, según cifras oficiales de la UNASEV, 26.123 uruguayos resultaron lesionados en siniestros de tránsito (72 lesionados por día). De ellos, más de 3.000 fueron traumatizados graves. Muchos fueron motociclistas, que viajando sin casco, sufrieron un traumatismo encéfalo-craneano (TEC). En estos traumatizados, con una media de internación en terapia intensiva de unos 14 días, sin considerar otros gastos derivados de los estudios de imágenes, intervenciones quirúrgicas, etc., sólo por costo/día/cama de CTI, el año pasado se gastaron más de 47 millones de dólares siendo los costos hospitalarios tres a cuatro veces mayor que para cualquier otra enfermedad. Toda esta suma de dinero, en el tratamiento de una enfermedad prevenible y por lo tanto evitable. Como si esto fuese poco, no podemos dejar de considerar lo que es la punta del iceberg: más de 500 uruguayos fallecieron. Aunque con una tendencia que se había hecho descendente en los últimos años para

volver a ascender en los últimos dos, desde el año 2010 hasta el fin del 2018, 4693 uruguayos perdieron la vida en las calles y rutas de nuestro país: un número superior al de muchos de nuestros pueblos del interior.
A estos números -que son personas- deben sumarse los lesionados y fallecidos como consecuencia de la violencia civil y el trauma de origen laboral, que suman costos en términos económicos y, sobre todo, en discapacidad y en vidas. Los suicidios, los homicidios y los siniestros de tránsito, representan el 60% de las causas externas de mortalidad en nuestro país.
La sangría anual de fallecidos, los miles de lesionados y secuelados -todos ellos mayoritariamente jóvenes- más las cuantiosas sumas de dinero que la enfermedad traumática determina para su manejo, obligan a considerarla un problema muy importante para el país y particularmente un problema sanitario, cuya dimensión no deberíamos ignorar. Sin embargo, y como un recurrente designio que nos interpela en pleno siglo XXI, penosamente para nosotros mantiene plena vigencia la frase que el Dr. Tom Shires expresara en los años ’60 del siglo pasado, refiriéndose a la postura que la sociedad toda tenía entonces frente al trauma: “la enfermedad olvidada de la vida moderna”. Más de 50 años después, para muchos de los actores relevantes de nuestra sociedad, que tienen en sus manos la posibilidad cierta de transformación de la realidad, sigue siendo un problema no considerado y tal vez hasta desconocido como tal en su verdadera dimensión. Hasta el momento, no parece haber sido el tema de ninguna de las agendas políticas, en pleno año electoral.

**El impacto de no contar con un Sistema Nacional de Trauma**

Que los sistemas organizados suelen arrojar mejores resultados que aquellos sin organización, parece ser algo no sólo intuitivo sino que también es fácilmente demostrable. Para el caso particular de los Sistemas de Trauma, este concepto de “funcionar mejor” se refleja en términos de posibilidades de sobrevida. Aquellos países que han desarrollado desde hace ya décadas Sistemas de Trauma para la asistencia organizada de estos pacientes, han demostrado en múltiples trabajos un descenso de la mortalidad del 15 al 20%, según las diferentes series publicadas. Dicho en otros términos, en Uruguay tenemos de 15 a 20% de muertes evitables como consecuencia de esta carencia. Contar con un Sistema de Trauma representa salvar cien vidas anuales en nuestro país.
¿Y por qué afirmamos que carecemos de un Sistema, si en realidad contamos con todos los componentes del mismo? En nuestro país existe la forma de acceso al sistema, también contamos con una asistencia prehospitalaria abarcativa de todo el país -al menos en sus áreas metropolitanas- más una red de centros asistenciales públicos y privados de diferente nivel de desarrollo en todos los departamentos, incluyendo terapia intensiva y, en muchos de ellos, muchas de las especialidades necesarias para brindar una respuesta asistencial adecuada a la gran mayoría de los pacientes traumatizados.

Para algunos, todo se reduciría a gestionar mejor el sistema existente. Para otros, mejorar el sistema de traslados se ha transformado en el camino principal para organizar el sistema.
Parece obvio que nadie intentaría cuestionar que una mejor gestión y la existencia de protocolos de traslado adecuados, son factores muy importantes en el marco de cualquier respuesta a las situaciones de emergencia. Pero ambos son respuestas puntuales, conceptualmente alejados de lo que debería ser una mirada mucho más global. No reconocen siquiera un posicionamiento que necesariamente debe tomarse desde otra perspectiva, si pretendemos avanzar hacia una verdadera organización del punto de vista sistémico.
Porque precisamente en lo sistémico es donde están nuestra fallas; por causa de esta falta de un sistema organizado, a pesar de contar con muchos de sus componentes, aunque dispersos, desarticulados, siguen muriendo de muerte evitable, muchos uruguayos.

¿Qué implica entonces un Sistema de Trauma? ¿Cuáles son los elementos que hacen la diferencia?
Un Sistema de Trauma contiene, entre otros componentes:

- Un proceso formal de creación del mismo, definiendo claramente la entidad rectora de carácter público (agencia, oficina, unidad), su integración y sus vínculos con el resto del Estado. Esta deberá tener autoridad legal para la designación de Centros, su categorización y la regionalización en el territorio. Esta entidad es generadora de políticas de prevención de las distintas formas de presentación de la enfermedad traumática, bajo la forma de Programas de Prevención, en coordinación con otras entidades gubernamentales y no gubernamentales
- La conformación -en el seno de esta entidad rectora- de equipos de categorización independientes, tanto de la entidad pública como de las privadas que le permita, sin sesgos, definir las distintas categorías de los centros asistenciales
- La designación de Centros de Trauma de diferente nivel, utilizando los recursos hospitalarios existentes, incluyendo todos los componentes del sistema (sistema inclusivo)
- La regulación de la actividad del sistema prehospitalario en todo el territorio nacional, terrestre y aéreo, en un trabajo conjunto con los sectores público y privado del mismo, para la protocolización de la respuesta sanitaria, una regulación

de la capacitación de sus recursos humanos y su recertificación permanente
- Creación de un registro (Base Nacional de Datos de Trauma), acoplado a los registros con los que ya contamos en relación a la siniestralidad vial, pero que amplíe nuestra base de información hacia la realidad hospitalaria y más allá (registro de secuelas, rehabilitación, etc.), única forma de definir políticas tendientes a una mejora continua de la calidad.
- Organización de los vínculos interinstitucionales necesarios para la optimización de un sistema de rehabilitación (uno o varios centros)

**El camino propuesto**

Con el objetivo de dar respuesta a esta imperiosa necesidad, en el año 2017 la UNASEV, el Sindicato Médico del Uruguay y el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, trabajaron en conjunto con el fin de elaborar un anteproyecto de Ley para la creación -en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)- de un "Sistema Nacional de Trauma y Emergencia Médica"; es decir, dirigido tanto a la organización de un Sistema de Trauma como también a la respuesta a otras enfermedades tiempo-dependientes.

Tal como lo expresa su Artículo 1º:
"El objeto de esta ley es la creación de un Sistema Nacional de Trauma y Emergencias Médicas, como un sistema público de carácter permanente tendiente a la prevención, asistencia y rehabilitación del trauma y la emergencia médica, mediante la coordinación conjunta del Estado y los demás actores sociales, para la optimización de los recursos humanos y materiales públicos y privados."
Entre otros aspectos incluidos en este anteproyecto, se destaca:
"La creación de protocolos uniformes para todo el territorio nacional, vinculantes para todos los actores públicos y privados, para el manejo, asistencia y traslado de pacientes traumatizados y en situaciones de emergencia;
La designación de Centros de Trauma en sus distintos Niveles y Emergencias Médicas a donde derivar pacientes en todo el territorio del país, según ubicación, y capacidad de resolución según la severidad del trauma o de la emergencia;
La realización, ejecución y puesta en marcha de la categorización de Recursos Hospitalarios y Pre-Hospitalarios Móviles Terrestres y Aéreos, según los Niveles establecidos en Centros de Trauma, Unidades de Trauma y Emergencias Médicas que conformarán el Sistema propuesto;
Regionalizar los Centros y Unidades Asistenciales en función de las categorías establecidas
La formación de un Registro Nacional de Trauma y Emergencias Médicas integrando y coordinando con los procesos que se vienen desarrollando en el ámbito del Ministerio de Salud y la UNASEV;
La creación de un programa de control de calidad, que incluya todas las fases del cuidado de pacientes de trauma…"

Entendíamos entonces y seguimos convencidos hoy, que el camino propuesto es capaz de amalgamar las recomendaciones internacionales con la realidad de nuestro SNIS y sería, más que una solución inmediata a nuestra situación actual, el punto de partida para un proceso de transformación positiva de la realidad, desde un sistema de componentes dispersos y muchas veces descoordinados (el actual) hacia un Sistema de Trauma organizado.
Pero debemos saber, basados en la experiencia de otros países, que ese proceso les ha llevado al menos una década para llegar a lo que se denomina la maduración del Sistema: proceso de transformación paulatino, progresivo, con readecuación a las nuevas realidades, con participación democrática de todos sus actores.
Nuestra propuesta, seguramente perfectible, mejorable, enriquecida con los aportes del colectivo, lamentablemente aún no ha llegado al Parlamento para su consideración.
"No se invita a crear entes burocráticos sino a unir esfuerzos, hoy dispersos, con la mira puesta en la prevención de hechos de violencia o de lesiones no intencionales". Programa de Enfermedades no trasmisibles.
División de Prevención y Control de Enfermedades. OPS / OMS. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.
Naciones Unidas.

**Dr. Fernando Machado**
FACS
Profesor Director del Departamento de Emergencia
Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina de la UdelaR
Chairman del ATLS en Uruguay

**Dr. Gerardo Barrios Camponovo**
Médico Intensivista - Emergencista
Facultad de Medicina de la UdelaR
Ex Presidente de la UNASEV

**Dr. Julio Trostchansky**
Profesor Adj. de Cirugía de Tórax
Ex Profesor Adj. del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina de la UdelaR
Ex Presidente del Sindicato Médico del Uruguay

# Ley de Colegiación y Ley del Código de Ética Médica. Pilares del compromiso de los médicos con la sociedad

El Colegio Médico del Uruguay fue creado por la Ley 18591 del 18 de setiembre de 2009.

En su artículo primero la Ley define al CMU como una “persona jurídica publica no estatal, con el cometido de garantizar al médico y a la comunidad, el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido”.

Debemos recordar que el Código de Ética Médica es una norma con rango de Ley. La Ley 19286 fue promulgada el 29 de setiembre de 2014, luego de haber sido respaldada por el Colectivo Médico en un plebiscito nacional 22 meses antes. Todos los médicos debemos regirnos por dicho código.

El conocimiento y cumplimiento de la Ley de colegiación y de la Ley del código de Ética Médica debe ser uno de los principales compromisos de quien integra el Colegio Médico, una persona jurídica pública no estatal, porque es la garantía del cumplimiento del mandato de la sociedad.

La Ley de Colegiación Médica constituye una gran muestra de confianza por parte de la sociedad hacia el colectivo médico al otorgarle al mismo la autorregulación ética de la profesión.

Es un valor fundamental que el propio Código de Ética Médica, con rango de Ley, haya sido plebiscitado entre todos los médicos.

Es importante apreciar el carácter profundamente democrático del Colegio Médico, cuyos consejeros son electos en forma directa por todos los médicos con voto secreto y obligatorio primando, de esta forma, la igualdad de derechos y no criterios elitistas ajenos a la Democracia. Las elecciones están supervisadas por la Corte Electoral.
La condición necesaria y suficiente para elegir las autoridades de los Consejos Regional y Nacional, como en todo órgano de dirección en una sociedad democrática es contar con la mayoría absoluta de los votos, asegurando la gobernabilidad del mismo. Otra definición fundamental del Colegio Médico del Uruguay es su absoluta independencia de laboratorios farmacéuticos y demás empresas no aceptando patrocinios ni subvenciones por parte de las mismas. EL Colegio es financiado

únicamente por los propios médicos, garantizando de esta forma la total independencia de su accionar.

El artículo cuarto de la Ley 18.591 señala como cometidos del Colegio Médico: "Velar para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia.
Vigilar que el ejercicio de la profesión médica se cumpla dentro de los valores y reglas del Código de ética médica.
Garantizar la calidad de la asistencia brindada por los médicos, así como la protección de los derechos de los usuarios.
Proporcionar las garantías legales y sociales necesarias para asegurar un marco deontológico adecuado, que evite el riesgo de incurrir en prácticas corporativas.
Establecer los deberes del médico para mantener actualizado su conocimiento.
Resolver sobre los casos sometidos a su jurisdicción en los asuntos relativos a la ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio.

- Organizar actividades de educación médica continua y desarrollo profesional médico continuo, vinculados al ejercicio profesional y los preceptos éticos aplicables.
- Procurar la mejora continua de la calidad en el ejercicio profesional de los médicos colegiados."

Debemos destacar la importancia de asegurar mediante el cuidado de la salud del médico y la protección frente a posibles presiones de las instituciones y cuadros jerárquicos la dignidad e independencia de su actuación. En este sentido se encamina el programa de Bienestar Profesional Médico (brindando las posibilidades de atención confidencial y permanente para la patologías de salud mental y adicciones) y las labores de mediación realizadas por los Consejos Regionales.
La protección de la salud de los médicos también redunda en la garantía de la calidad de la asistencia en salud.

Otro cometido importante que la Ley confiere al Colegio Médico es la aplicación de los valores del Código de Ética Médica al ejercicio profesional que alumbre al médico en su accionar profesional comprometido con los derechos de los pacientes, la sociedad y los propios médicos.

En este punto es relevante subrayar que la Ley 18.591 habilita la creación del tribunal de Ética Médica en su artículo 21 señalando que será funcionalmente independiente del Consejo Nacional un punto significativo cuando se trata de asegurar la imparcialidad del mismo en sus decisiones. El artículo 24 señala la competencia del Tribunal de Ética "para entender en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio Médico del Uruguay."

**Llegados a este punto debemos señalar enfáticamente que el único Tribunal en el Uruguay que tiene la potestad legal para juzgar los casos de Ética entre médicos, médicos y pacientes médicos e instituciones, es el Tribunal de Ética del Colegio Médico** (con la excepción de la comisión honoraria del MSP que solo analiza eventuales casos de malapraxis).

Dentro de los cometidos del Colegio Médico se plantea el de realizar tareas de educación médica continua y desarrollo profesional médico continuo vinculados no sólo a la temática profesional sino a preceptos éticos siempre con el objetivo de la mejora de la calidad profesional.

Es de destacar que como persona jurídica el Colegio sólo puede realizar los fines específicos indicados por la Ley. La recertificación no sólo no aparece dentro de los cometidos sino que está expresamente descartada en el artículo quinto de la reglamentación de la Ley: "Establecer los deberes del médico para mantener actualizado su conocimiento. Este cometido no implica función de recertificación, pero si una necesaria cooperación con los organismos encargados de atender la educación médica continua"

La tarea de formación continua debe ser una actividad central y permanente del Colegio Médico tanto a nivel regional como nacional. Prueba de ello son las innumerables actividades académicas desplegadas a lo largo y ancho del país.

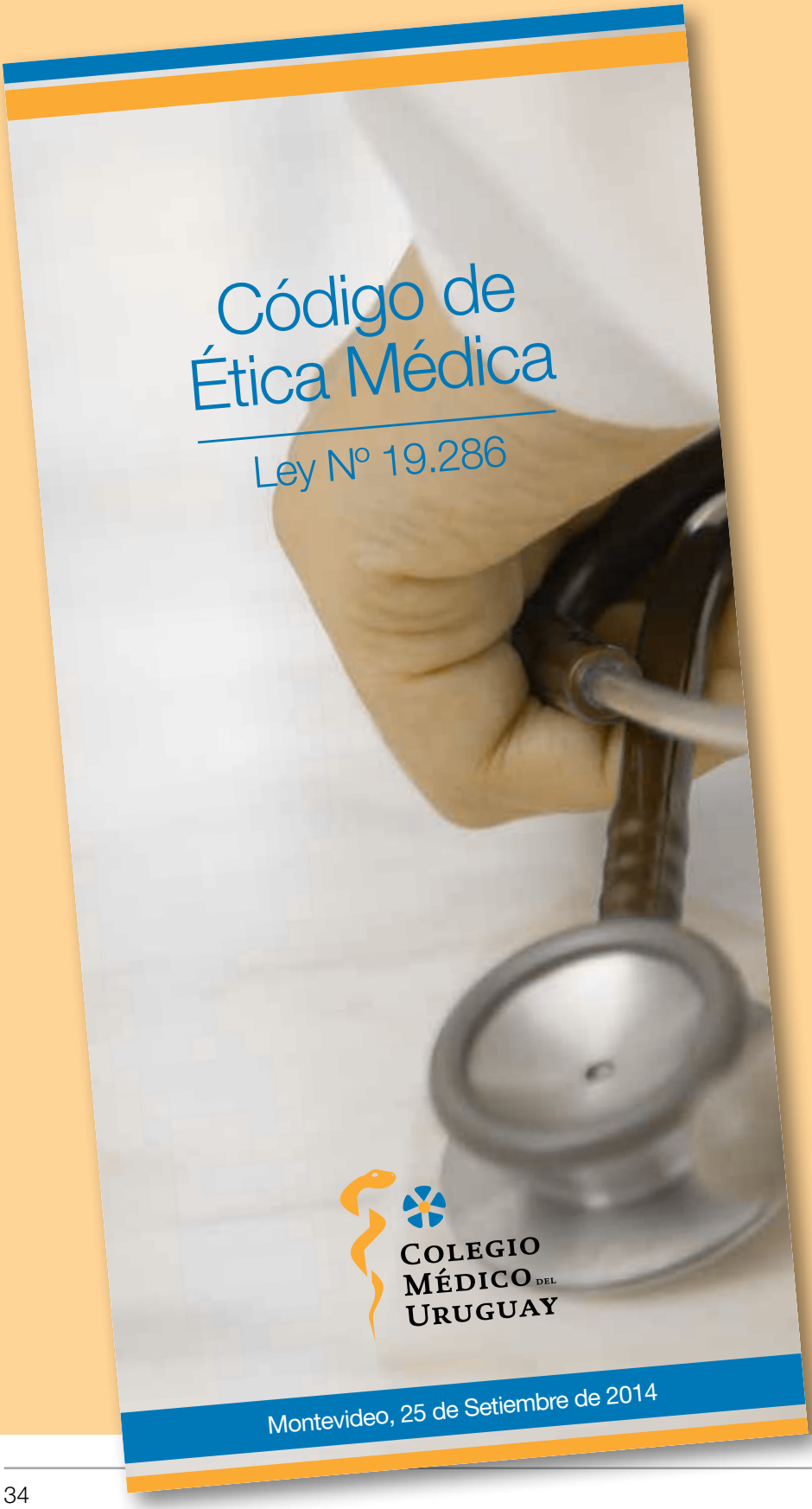
Las dos leyes, la ley de creación del Colegio N° 18591 y la ley del Código de Ética Médica N° 19286 son los dos grandes pilares que sellan el compromiso de los médicos entre sí y con la sociedad.

Es deber de todos conocer, cumplir y hacer cumplir esta dos leyes respetando de esta manera la voluntad soberana de la sociedad. Ello implica también la defensa irrestricta de la institucionalidad democrática.

Médico Cardiólogo
Presidente del Consejo Regional
Montevideo del CMU

**Dr. Daniel San Vicente**

# Cuestiones de Ética Médica II




La Ley No. 19.286, del 25 de setiembre de 2014, sancionó el Código de Ética Médica que regula la conducta de nuestra profesión y constituye una guía para las buenas prácticas.

El Código de Ética Médica regula los derechos y obligaciones de los médicos entre sí, con sus pacientes y con los ciudadanos. Constituye un gran pacto con el paciente y la sociedad, correspondiéndonos asumir deberes inexcusables para nuestra profesión, y debe haber un control estricto de su cumplimiento. El texto completo, que obliga a todos los médicos que ejercen en el Uruguay, puede consultarse o "bajarse" de:

https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2017/03/codigo-de-etica-medica-web.pdf

En nuestro comentario anterior nos referimos a los derechos de los médicos. Hoy nos referiremos a los deberes y obligaciones de nuestra profesión respecto de los pacientes.

En el próximo número dedicaremos espacio a los deberes y obligaciones frente a los colegas y la sociedad.

**DEBERES DE LOS MÉDICOS**

Ante los pacientes

El Código establece que el médico debe propiciar que el paciente conozca sus derechos y sus obligaciones hacia las instituciones y los equipos de salud. (Art. 10). Las quejas de un paciente no deben afectar la calidad de la asistencia que se le preste, sin perjuicio de lo que establece el artículo 37. (Art. 11). En efecto, éste establece que el médico tiene derecho a sus pender su atención si ha llegado al convencimiento de que no existe la relación de confianza

y credibilidad indispensables con su paciente, con excepción de los casos de urgencia y de aquellos en que pudiera faltar a sus obligaciones humanitarias, documentándolo debidamente en la historia clínica y explicitándole al paciente que debe continuar siendo atendido por otro profesional.
En el ejercicio de la docencia clínica establece el Código que el médico velará para que los procesos de enseñanza y aprendizaje se desarrollen respetando los derechos de las personas, los principios éticos y fundamentalmente la dignidad y autonomía de los pacientes. (Art. 12).
El Art. 13 expresa que todo médico tiene el deber de:
a) Dar una información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan al paciente, incluyendo las alternativas disponibles en el medio (referido al país).
b) Comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado para ese determinado paciente.
c) En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla.
d) Respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión. El médico podrá solicitar al paciente o a sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y en caso que no se lograra, dejar constancia en la historia clínica.
e) Mantener informado al paciente de los cambios eventuales en el plan diagnóstico o terapéutico, y en caso de su traslado a otro servicio o centro asistencial, informarle de los motivos del mismo.
El Art. 14 determina que:
a) Todo médico tiene obligación de atender en condiciones personales físicas y psíquicas adecuadas para su desempeño profesional.
b) Es una falta ética que el médico atienda a los pacientes en estado de intoxicación. La reiteración de esta falta, junto con la negativa a integrarse en un programa de rehabilitación, merecerá medidas complementarias.
Con relación a la historia clínica, el Art. 15 prescribe que:
La historia clínica es un documento fundamental en el acto médico, de ahí que:
a) El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo la custodia del médico tratante o de la institución de la que es usuario.
b) El paciente tiene derecho al acceso a su historia y a obtener del médico un informe completo y veraz sobre su enfermedad y la asistencia que se le ha brindado.
Es legítimo que el médico exponga sus títulos, diplomas u otros certificados que acrediten su idoneidad como profesional, con el fin de facilitar su relación con los pacientes. (Art. 16).
El médico debe distinguir los hechos científicamente aceptados, de sus opiniones o convicciones personales, dada su importante influencia en el pensar y el sentir social. (Art. 17).
Se considera falta ética toda publicidad engañosa, o desleal. El médico no debe inducir a engaño a la sociedad propiciando procedimientos o productos comerciales cuya eficacia no está comprobada científicamente. (Art. 18).
Sobre los certificados y constancias médicas, el Art. 19 define que:
La emisión de un informe tendencioso o falso, o de un certificado por complacencia, constituye una falta ética profesional. El médico debe certificar sólo lo que ha verificado personalmente.
Sobre el secreto profesional, prescribe el Art. 20 que el médico tiene la obligación de:
a) Guardar secreto ante terceros de la consulta y de todo aquello que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.
b) Aceptar asistir a un paciente que no quiere o no puede revelar su identidad en determinadas circunstancias.
c) Preservar la confidencialidad de los datos revelados por el paciente y asentados en historias clínicas, salvo autorización expresa del paciente.
d) Propiciar el respeto a la confidencialidad por parte de todos los trabajadores de la salud.
De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos.

El Art. 21 añade que el secreto profesional debe respetarse aún en la redacción de certificados médicos con carácter de documento público.
El médico tratante evitará revelar públicamente la patología concreta que aqueje a un paciente, así como las conductas diagnósticas y terapéuticas adoptadas. No es éticamente admisible que, exigiendo las instituciones públicas o privadas una conducta contraria, el médico ceda ante esta presión indebida. El médico queda liberado de la responsabilidad del secreto solo si el paciente lo consiente explícitamente.

El médico certificador procurará el cumplimiento estricto de este artículo y denunciará al Colegio Médico del Uruguay cualquier tipo de presión institucional en contrario.
Sobre la confidencialidad y la revelación del secreto, se establece en el Art. 22:
a) El respeto a la confidencialidad es un deber inherente a la profesión médica.
b) Solo podrá ser relevado en los casos establecidos por una ley de interés general o cuando exista justa causa de revelación. Se consideran, por ejemplo, como justa causa de revelación las siguientes:
• Peligro vital inminente para el paciente (por ejemplo riesgo de suicidio).
• Negativa sistemática del paciente de advertir a un tercero acerca de un riesgo grave para la salud de este último (contagio de enfermedades transmisibles, por ejemplo).
• Amenaza concreta para la vida de terceros.
• Defensa legal contra una acusación de un paciente.
Salvo cuando sea designado como perito por la Justicia, el médico tendrá derecho a reclamar que sean los recursos humanos profesionales de ese Poder quienes participen en la investigación de posibles delitos, evitando ser coaccionados a romper su deber de fidelidad para con su paciente. (Art. 23).
El ejercicio clínico de la medicina requiere el vínculo directo con el paciente. La complementación de la asistencia médica a distancia a través de los medios de comunicación como telemedicina, seguirá los principios de este Código. (Art. 24).
Las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se aplicarán a los medios de comunicación sociales, manteniendo los límites apropiados en la relación médico-paciente, de acuerdo con las normas éticas profesionales y legales, al igual que en cualquier otro contexto. Es importante que ninguna información identificable del paciente sea publicada en un medio de comunicación social.
La intimidad del cuerpo y de las emociones.
El Art. 26 prescribe que: Todo médico tiene el deber de:
a) Guardar y respetar la intimidad del cuerpo y de las emociones del paciente cuando es interrogado, examinado o tratado.
b) Facilitar que el paciente logre el diálogo a solas con sus seres queridos.
c) Exigir en todos los actos médicos el respeto al pudor y la intimidad del paciente por parte del equipo de salud.
d) Procurar que el paciente reciba el apoyo emocional necesario y facilitarle el acceso a la ayuda espiritual o religiosa que este requiera.
Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o de un integrante del equipo de salud cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran (Art. 27).
Libre elección del médico y segunda opinión o consulta (Art. 28):
La relación médico-paciente implica un acuerdo mutuo, de ahí que el médico tiene la obligación de:
a) Aceptar el derecho del paciente a la libre elección de su médico.
b) Aceptar la consulta solicitada por el paciente con otro médico sin que se perjudique la continuidad de su asistencia.
c) No abandonar arbitrariamente la asistencia del paciente. En caso que entienda haber motivos justificados para dejar de atenderlo, tiene la obligación de asegurar la continuidad de su asistencia.
d) Asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones, ofreciendo explicación clara, honrada, constructiva y adecuada.
Es éticamente inadmisible que el médico:
a) Reciba una retribución de cualquier índole, por concepto de solicitar a terceros consultas, exámenes, porque terceros prescriban o utilicen medicamentos, aparatos, o por enviar a su paciente a un lugar de tratamiento o que participe en dicotomía de honorarios.
b) Soborne o entregue un provecho indebido a cualquier persona, sea quien fuere, en el ejercicio de su profesión.
c) En ejercicio de un mandato electivo o de una función administrativa, haga valer su posición en beneficio propio.
d) Se derive pacientes a sí mismo, de manera directa o indirecta, generando para sí un nuevo acto médico o cualquier otro tipo de beneficio que lo involucre en forma personal, institucional o empresarial y que no esté justificado por la autonomía del paciente y en el mayor beneficio de este.
e) No utilice todos los medios aceptados por la comunidad médica para beneficio de sus pacientes por privilegiar beneficios personales.

# Síndrome de piernas inquietas: una patología frecuente

**INTRODUCCIÓN**

El Síndrome de Piernas Inquietas ("R.L.S." por sus siglas en inglés: Restless Leg Syndrome, también llamado Síndrome de Willis-Ekbom) se ubica entre los trastornos neurológicos más frecuentes en la práctica clínica. Se considera que está sub-diagnosticado, desconociéndose en oportunidades su importancia e impacto en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren. Se considera que los síntomas del cuadro ya fueron identificados por Thomas Willis en 1672. El neurólogo sueco Karl Ekbom sistematizó los síntomas como entidad nosológica en 1945. Cinco años antes, en 1940, el uruguayo Juan Cesar Mussio Fournier publicó una completa descripción del síndrome, al que llamó acertadamente "agitación parestésica de las extremidades".

**DEFINICIÓN**

Se trata de un trastorno del movimiento que se caracteriza por una molesta sensación en los miembros inferiores, a menudo difícil de definir por los pacientes, que aparece en la noche, en reposo, impulsando al paciente a mover voluntariamente los miembros, logrando con ello un alivio al menos parcial de los síntomas.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Los criterios diagnósticos vigentes son los de Allen de 2014:

1) *Urgencia de mover* extremidades, a menudo con *sensaciones* desagradables.
2) Los síntomas son peores o se presentan exclusivamente *durante el reposo* o durante períodos de inactividad.
3) Los síntomas son *aliviados* parcial o totalmente *por el movimiento.*
4) *Ritmo circadiano:* los síntomas deben ser peores o exclusivos en la tarde o noche.
5) Cuadro clínico no adjudicable como síntomas primarios a otra condición médica o comportamental.

Los cinco deben cumplirse para establecer el diagnóstico. RLS ofrece una variedad de síntomas sensitivos en los miembros inferiores que los pacientes suelen definir como "incapacitante". La descripción puede ir desde un dolor, de variadas características, hasta parestesias, "ardor", "electricidad", "inquietud", "cosquillas", "tirón", "piel de gallina", "tensión", "picazón" o relatos más peculiares como "insectos arrastrándose profundamente en el músculo", "agua corriendo debajo de la piel", "sensación de Pepsi-Cola en las venas", entre otras descripciones encontradas en la literatura. Los síntomas suelen ser bilaterales, pero pueden ser unilaterales (sobre todo al inicio) o alternantes. Pueden en algunos casos progresar e involucrar los brazos. Existe una variedad que involucra los genitales. La mayoría de los casos comienzan con síntomas intermitentes, y pueden eventualmente progresar a los síntomas diarios. Las sensaciones intolerables son aliviadas parcialmente por el movimiento de las piernas en la cama, frotar los pies, sentarse en el borde y contornearlas, o caminar.

Existen características clínicas de apoyo del RLS. Una de ellas es la historia familiar. Sabemos que la prevalencia del RLS entre los familiares de primer grado de personas con RLS es 3-5 veces mayor que en la población general. La respuesta a la terapia dopaminérgica, específica y usualmente exquisita, es también un pilar de apoyo diagnóstico. Casi todas las personas con RLS muestran al menos una primera respuesta a levodopa o un agonista dopaminergico a dosis muy bajas. Los movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño (PLMS) se producen en el 85% de las personas

con RLS. Sin embargo, su presencia no es patognomónica, puesto que los PLMS también ocurren comúnmente en otros trastornos y en personas de edad avanzada.
Cuando los síntomas se dan durante el último año menos de dos veces por semana, hablamos de una forma intermitente de RLS. Cuando los síntomas se dan por lo menos dos veces por semana, hablamos de la forma crónica-persistente.
Existen dos fenotipos principales de RLS. El RLS idiopático o primario tiene su pico de incidencia entre los 20 y 40 años, la evolución es lenta, es frecuente la historia familiar y el examen clínico es normal. La mayoría de los pacientes tienen síntomas leves, pero empeoran con el tiempo, de modo que consultan en edad media de la vida. Un segundo fenotipo, llamado RLS secundario, es de inicio tardío (después de 40 años), menos frecuentes antecedentes familiares, más rápida evolución de la enfermedad, y asociación frecuente con otras enfermedades.
Según el estudio internacional REST del 2005, el 81 % de los pacientes con RLS consultan médico por algunos de los síntomas. Sin embargo, solo se realiza el diagnóstico en 6, 2 % de ellos. Estos datos hablan de la dificultad del clínico para reconocer el cuadro, que puede partir del desconocimiento de las características clínicas del mismo.

**PREVALENCIA**

La prevalencia estimada actualmente a nivel mundial varia de un 3 a 15 %, lo que transforma a RLS desde una entidad anecdóticamente reportada y poco presente en los diagnósticos usuales del clínico hasta hace pocos años, a ser considerada hoy una de las patologías neurológicas más frecuentes. Estudios de grandes poblaciones (más de 16.000 adultos) mostraron una prevalencia de 7,2%, reportada por Allen en 2005 (estudio REST). Algunos datos por países muestran las siguientes prevalencias: Francia 10, 8 %, Alemania 4,1 %, Italia 6,7 %, España 4,9 %, Reino Unido 8, 6 %, EE. UU. 7,6 %. En nuestro país, mediante encuestas telefónicas se estableció una prevalencia de 8,5 %, dato consistente con el promedio de los reportes internacionales. En América Latina existen solo tres reportes de prevalencia, obtenidos mediante cuestionarios autoadministrados. Los mismos muestran en Argentina una prevalencia de 20 %, en Colombia de 14 % y en Chile de 15 %.

**ETIOLOGÍA**

El RLS primario o idiopático corresponde a la mayoría de los casos. En el 60 % de los casos se reconocen antecedentes familiares (patrón autosómico dominante). Entre las causas secundarias (o RLS sintomáticos), que siempre debemos estar atentos a descartar, se ubican: deficiencia de hierro (incluidos donadores de sangre frecuentes), embarazo, enfermedad renal en etapa terminal, neuropatía periférica de diversas etiologías, déficit de b 12, diabetes y fármacos. Entre los fármacos que pueden causar o exacerbar RLS debemos recordar los antidepresivos tricíclicos, ISRS, inhibidores de monoaminooxidasa, litio, antihistamínicos, anti-dopaminérgicos y el interferón Beta. Otros agentes que deben identificarse son la cafeína, el tabaco y el alcohol. Entre las condiciones neurológicas asociadas deben recordarse la enfermedad de Parkinson y algunas ataxias hereditarias.

**FISIOPATOLOGÍA**

La disfunción en el metabolismo del hierro y de la dopamina parecen claramente involucrados en la génesis de los síntomas. Ambos metabolismos están, además, inter-relacionados. Estudios experimentales en el líquido cefalo-raquideo muestran disminución de la ferritina y aumento de la transferrina, sugiriendo depósitos cerebrales bajos de hierro. Algunos trabajos muestran en la resonancia craneal disminución de hierro en la sustancia nigra y el putamen. Asimismo, estudios anatomo-patologicos confirman los niveles de hierro disminuidos en la sustancia nigra. El posible rol de la dopamina lo pone de relieve el hecho de que las drogas dopaminérgicas son muy efectivas en RLS, al propio tiempo que los síntomas pueden a su vez ser generados por antagonistas dopaminérgicos. Algunos estudios de neuroimagenología funcional (PET y SPECT) apoyan la teoría de la disfunción central dopaminergica, mientras que otros la controvierten.

**DIAGNÓSTICO**

El diagnostico de RLS es clínico. Una correcta anamnesis permite comprobar los criterios de Allen. El examen neurológico

es normal en los casos primarios. Se solicitarán estudios de laboratorio en los casos que se sospechen causas secundarias: hemograma, creatininemia, ferritina, vitamina B 12, glicemia, hemoglobina glicosilada. Frente a la sospecha de una neuropatía periférica se solicitará un estudio eléctrico. No es necesario en general realizar una polisomnografia, a menos que se sospechen otros trastornos del sueño asociados. Existe una escala internacional de evaluación (IRLS), útil para el seguimiento en trabajos de investigación. También lo es el test de inmovilización sugerida (SIT), constatándose más de cinco movimientos en una hora en la cama con las piernas estiradas.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Debe tenerse presente el diagnóstico diferencial con situaciones de "inquietud" como la ansiedad, el golpeteo rítmico de los pies o la akatisia. Sensaciones displacenteras en las piernas pueden verse en diversas polineuropatias, radiculopatia lumbar, calambres, problemas de piel y estasis venosa y edema, disconfort posicional y en la rara entidad "painful legs and moving toes". La correcta anamnesis permitirá identificar el característico ritmo circadiano, y el alivio con el movimiento de la sensación en las piernas, valorando el contexto clínico y los hallazgos del examen.

**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA**

El impacto de RLS en la calidad de vida es múltiple. En primer lugar, es determinante la presencia de síntomas irritativos persistentes en los miembros inferiores, refractarios a los tratamientos usualmente utilizados para estos síntomas. La necesidad de movimientos contorneantes o sacudidas es también perturbadora. La pareja que duerme con el paciente también se ve perjudicada, pudiendo afectar la relación entre ambos. Por otra parte, las consecuencias sobre el sueño del paciente son evidentes. Los síntomas irritativos pueden determinar insomnio de conciliación, también de mantenimiento, sueño fragmentado e insuficiente o no reparador. De día, el paciente se siente exhausto, fatigado, con somnolencia diurna, dificultades de concentración y alteraciones en el estado de ánimo. Todo ello afecta directamente aspectos laborales, sociales y afectivos del paciente, con un impacto significativo en la calidad de vida -medida por el cuestionario SF-36- comparable al que produce la depresión o la diabetes mellitus, según el exhaustivo estudio REST (2005). Resulta entonces evidente la necesidad de conocer el cuadro, realizar un correcto diagnóstico y tratamiento específico.

**TRATAMIENTO**

Debe considerarse en primer lugar suspender los medicamentos que pueden estar empeorando o generando el RLS. En cuanto al tratamiento no farmacológico, debe propugnarse estandarizar la hora de acostarse y el tiempo de vigilia, reducir el ejercicio por la noche, reducir el alcohol y el café. Masajes y tens pueden dar un alivio parcial. Si los síntomas son leves puede decidirse no medicar. En pacientes con niveles de ferritina bajos debe reemplazarse el hierro por vía oral. El tratamiento de elección es farmacológico. Para decidir la droga debe considerarse la edad del paciente, sus comorbilidades, y la frecuencia y severidad de los síntomas. De elección resultan los agonistas dopaminergicos disponibles en nuestro medio como Ropirinol o Pramipexole, o la levodopa. Pueden utilizarse también antiepilépticos como pregabalina y gabapentina, u opiáceos. El clonazepam también es útil. Puede empezarse la medicación antes de acostarse y a la cena, y luego valorar respuesta. Se podrá incorporar una dosis a mitad de la noche o de día si aparece una frecuente complicación: el aumento de síntomas de RLS bajo tratamiento dopaminergico ("augmentation"). Puede darse un inicio más temprano (pasa de ser al acostarse a temprano en la tarde a durante el día), darse síntomas más severos (más que al inicio), tener una menor latencia del inicio síntomas en reposo, una expansión de síntomas a los miembros superiores y tronco, y un aumento general de intensidad de síntomas, sumado a un efecto más corto del medicamento.
El tratamiento es sintomático, no curativo. Debe evaluarse la respuesta subjetiva relatada por el paciente. Usualmente es espectacular a muy bajas dosis de agentes dopaminergicos, lo cual es un apoyo diagnóstico fundamental.
La ausencia de respuesta nos pone en la pista de revisar la posibilidad de diagnósticos diferenciales. La remisión espontánea de los síntomas está reportada en 15%.


*BIBLIOGRAFIA*

1) Allen et al. Restless legs syndrome/Willis - Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria - history, rationale, description, and significance Sleep Med 2014 15: 860-873
2) Allen RP, Picchietti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med 2003;4(2):101–19*
3) Stanley Fahn MD; Joseph Jankovic MD; Mark Hallett Principles and Practice of Movement Disorders: Expert Consult, 2e ISBN 13: 9781437723694

Neurólogo. Especialista en trastornos del movimiento.

**Prof. Adj. Dr. Ignacio Amorín Costábile**

# Alianza de pacientes

El trabajo que desarrolla la sociedad civil, en sus diferentes ámbitos, se remonta a varias décadas en nuestro país. En materia sanitaria ocurre lo mismo, de la mano de organizaciones no gubernamentales que nuclean a pacientes, familiares y profesionales médicos, quienes se agruparon para transformar realidades que en su momento pensaron que tenían que ser cambiadas. Los últimos 30 años, en el mundo y obviamente también en nuestras latitudes, se han caracterizado por las múltiples transformaciones que impactan en variadas áreas de la vida en sociedad.

El cambio de época en que nos encontramos viviendo ha derivado en una fenomenal oportunidad para que las personas, las organizaciones y las comunidades se sientan más empoderadas para emprender y cambiar aquello que debe y puede ser mejorado. El ocaso progresivo del paternalismo y el auge de relaciones basadas en la deliberación ha posicionado a las organizaciones de pacientes como un actor clave dentro de los sistemas sanitarios. Ese rol también fue recogido en la reforma sanitaria que en Uruguay está en funcionamiento desde hace una década. Todas ellas son señales inequívocas de que los cambios no sólo pueden sino que van a ser impulsados tanto desde los órganos de dirección gubernamentales, como sobre todo y cada vez más, desde la propia sociedad civil organizada. Encuentros, foros y congresos organizados por pacientes, campañas de sensibilización e información, así como la formación de coaliciones para incidir e influir en las decisiones que terminarán por adoptarse en el seno de los estamentos gubernamentales, son acciones que denotan que la construcción de ciudadanía es un hecho: las organizaciones de pacientes tienen voz y es cuestión de tiempo para que tengan voto. El paciente es el centro del sistema sanitario y las decisiones que se adoptan son para su beneficio. La Alianza de Pacientes Uruguay, integrada por líderes y referentes de varias organizaciones de pacientes, se ha constituido para confirmar que cualquier transformación no solo sea para los pacientes sino sobre todo con ellos.

**Conformada en setiembre de 2018, la Alianza de Pacientes Uruguay está integrada por los referentes y líderes de las siguientes Organizaciones de Pacientes:**

**ACCU** (Asociación Crohn y Colitis Ulcerosa) que trabaja desde 1997 ayudando a los aproximadamente 4000 pacientes y familias afectadas por estas patologías.

**ACELU** (Asociación Celíaca del Uruguay), en funciones desde 1986 colaborando con pacientes (1% de la población) y comunidades.

**ADHIPU** (Asociación Civil de Hipertensión Pulmonar Uruguay) trabajando desde 2012 en favor del centenar de pacientes afectados por esta patología.

**AMGU** (Asociación de Miastenia Gravis de Uruguay) desde 2009 colabora y apoya a pacientes que tienen esta enfermedad.

**ANDARES** es un grupo de autoayuda que desde 2011 encabeza una labor de conscientización y apoyo a pacientes con espondiloartritis.

**APAHE** (Asociación de Pacientes y Afectados de Hepatitis) desde 2016 trabajando en favor de los aproximadamente 50000 personas afectadas por esta patología.

**APTELU** (Asociación de Apoyo a las Personas con Trastorno Específico del Lenguaje de Uruguay) desde 2017 colaborando y apoyando a personas y familias afectadas por este trastorno.

**APSUR** (Asociación Psoriasis Uruguay) colaborando desde 2012 con pacientes (2-3% de la población), familias y comunidades.

**ASEPO** (Asociación de Ayuda al Sero Positivo) apoyando desde 1989 a los más de 12000 pacientes y sus familias con VIH-SIDA.

**ASSCI** (Asociación de Pacientes con Fibromialgia y otras Enfermedades de Sensibilización Central) que desde 2012 trabaja construyendo soluciones para las 80000 personas afectadas por esta enfermedad.

**ASUL** desarrolla su labor desde 2006 apoyando a pacientes y familias afectadas por leucemias.

**AUPAPREM** (Asociación Uruguaya de Padres de Niños Prematuros) apoyando a los padres y 4200 niños prematuros que anualmente nacen en nuestro país.

**AUPEL** desde 2005 apoyando y colaborando con pacientes y familias afectadas por enfermedades lisosomales.

**CLAMAR** es una asociación civil que apoya desde 1994 a pacientes y familias afectados por artritis.

**COLIBRÍES 33** es un grupo de autoayuda que en Treinta y Tres desde 2016 apoya a pacientes oncológicos y sus familias, trabajando para ello con los prestadores públicos y privados del departamento.

**COMPAÑEROS DE LAS AMÉRICAS**, trabajando a través de su capítulo dedicado a la Salud, desde hace más de una década, junto a pacientes, familias y comunidades afectados por el VIH.

**FAME** realiza un trabajo desde 2015 en procura de mejorar la calidad de vida de los 35 pacientes con atrofia muscular espinal.

**FUNDACIÓN HONRAR LA VIDA**, desde 2007 apoyando a pacientes oncológicas en el Hospital Pereira Rossell, así como trabajando en prevención, concientización y promoción de salud.

**GRUPO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTIAS** desde 2013 colabora con niños y adolescentes afectados por enfermedades reumáticas.

**RED DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH** es una asociación civil que desde 2003 trabaja junto a personas con VIH y sus familias.

ALIANZA de PACIENTES URUGUAY

alianzapacientesuy.org

**Coordinación Ejecutiva**
**Lic. Sandra Toledo Guianze**
sandratoledo@alianzapacientesuy/org

**Psic. Agustín Menéndez**
agustinmendez@alianzpacientesuy.org

# SOMERUY y el desafío 2020

La SOMERUY (Sociedad de Medicina Rural del Uruguay), nuclea en su mayoría a médicos que ejercen y viven en la ruralidad, y a quienes habiendo tenido una experiencia laboral y de vida en la misma han permanecido motivados y ligados a los principios de construir salud en dicho entorno. Durante su vida, la sociedad ha comprendido que para lograr cambios en la salud rural y a través de ello mitigar el riesgo en el que está inmersa la ruralidad; nuestras actividades deben abarcar a todos los integrantes del equipo de salud, lo cual vuelve más compleja la tarea que nos hemos asignado.

Nuestra sociedad tuvo su acto fundacional el 21 de junio del 2001 en Termas de Guaviyú (Paysandú); luego de un proceso que se extendió por aproximadamente un año en el cual desde Tupambaé (Cerro Largo) se exhortó a los médicos rurales, en lo que orgullosos denominamos "El Grito de Tupambaé", a unirse y así luchar contra la soledad que sufren quienes estamos brindando asistencia sanitaria en el "Uruguay profundo" que es nada más ni nada menos que el "Uruguay productivo" y paradójicamente el "Uruguay olvidado". Asistencia sanitaria que venimos sosteniendo, seguramente con muchos errores, pero a la vez con amor, dedicación y compromiso.

Nuestras acciones se encaminaron por dos vertientes, la científica y la gremial. La primera buscando capacitarnos y actualizarnos en forma continua y permanente, la que hemos mantenido a pesar de las dificultades con por lo menos dos jornadas anuales; ya que nuestra labor diaria nos demanda múltiples saberes; nos puede ocurrir (ha pasado realmente) que comencemos el día asistiendo un siniestro vial con múltiples víctimas, lleguemos a controlar niños sanos, derivar un trabajo de parto, realizar un taller en la escuela y en la noche contener una disputa familiar, razones más que suficientes para mejorar nuestra formación en todas las áreas.

Para que ello sea posible hemos tenido que batallar, y lamentablemente tenemos que seguir haciéndolo, para lograr que las jerarquías tanto públicas como privadas concedan las licencias necesarias; sin ampararse en el tan manido "no hay suplentes" o directamente (créase o no en pleno año 2019 en el ámbito público, descontando de su licencia anual las solicitudes de licencias por actividad científica) no concediéndolas o dificultando la salida. Debemos recorrer a veces grandes distancias para llegar al lugar de la actividad.

En la segunda, bregamos por mejorar las condiciones y características de nuestro trabajo y del equipo que conformamos, -sin el cual sería

imposible cumplir la labor- y que trabaja en condiciones más precarias que las nuestras; asignatura pendiente a pesar del esfuerzo incansable de muchos compañeros.
A partir de voluntades visualizadas actualmente, nos ilusionamos con cambios que mitiguen el riesgo en el que está la ruralidad en el mundo, queremos creer que el entorno citadino está teniendo noción de nuestra existencia y porque no, de la importancia del mundo rural; que en nuestro país, pese a su centralismo, es donde se genera indudablemente la riqueza de nuestro país (basta seguir los ciclos económicos para darse cuenta).
Recordamos que el grueso de nuestros integrantes tiene más de 20 años de radicación rural, por lo que nuestra labor es una elección de vida ejerciendo la medicina como herramienta de la salud en un sentido holístico de la misma, integral e integradora, amenazada y postergada por el proceso urbanizador. Pero al mismo tiempo, señala límites temporales, dejando una duda que asusta, ¿después de nosotros, quién? La realidad actual nada tiene que ver con la de los décadas del 80 y 90 cuando el aflujo y luego la organización de los médicos en el interior impulsó un gran avance en el acceso a salud en el interior.

Lamentablemente al no contar nuestra Universidad con el postgrado en Medicina Rural, en esta época de especialidades y subespecialidades está enviando un mensaje pernicioso para el medio rural, “este tema no es importante”. Y si agregamos las inequidades salariales entre las ciudades y las poblaciones menores, sumada a la asignación de equipos humanos y materiales se potencia el mensaje.
SOMERUY no es extraña al camino del nuevo modelo asistencial. El cambio que propone el modelo asistencial no es extraño para ésta, lo practicamos ya sea por formación (tenemos varios médicos de familia y pediatras), por necesidad o empujados por la gente.
En un mundo globalizado y demandante vemos como una obligación realizar talleres de eventos emergentes como dengue, leishmaniasis, gripe, zika y vendrá también: género, salud sexual, salud ocupacional, bullying. Actualmente los siniestros de tránsito en el marco del mayo amarillo, etc. Pero principalmente lo hacemos por convencimiento, resultado de nuestra experiencia en la primera fila en la batalla de conservar la salud de los nuestros.

El Sistema Integrado de Salud ya se practicaba en el interior profundo de nuestro país desde el siglo pasado, no por acuerdos jerárquicos; se basaba en las necesidades de la gente y la visualización por parte del personal de salud que teníamos que compartir los magros recursos, aún a espaldas de nuestros empleadores para lograr una asistencia digna para nuestros vecinos. Seguimos insistiendo porfiadamente, a veces contra las normas jerárquicas, una asistencia longitudinal, que se ve facilitada por el contacto prolongado que brinda el residir en el territorio y que nos permite respetar los tiempos de la población; fuimos, somos y seremos de hecho médicos de referencia, ya que cuidamos a toda la familia, siguiéndola en su camino vital a través de todos sus grupos etarios priorizando la promoción, prevención, participación comunitaria y educación descentralizada.

Apostamos a una red de resolución de urgencias y emergencias en forma oportuna, eficiente y con equidad y de calidad en cualquier lugar del país, y para eso hemos y estamos conectados a la cátedra de Emergencia de la UDELAR, la cual nos ha comprendido y apoyado en la medida de sus fuerzas. También hemos compartido actividades con diversas cátedras logrando la comprensión por parte de algunos de sus integrantes; hemos recibido también el apoyo de la Academia Nacional de Medicina en varias de nuestras actividades, lo cual nos llena de orgullo.
En fin, soñamos poder transmitir nuestro enamoramiento con el cuidado de la salud rural para que en un futuro no lejano, tenga el Uruguay más médicos rurales y que la población del medio rural y de las comunidades pequeñas reciba el cuidado que merece y que tan resonantemente se inscribe en el artículo 7 de nuestra Constitución.

Pero actualmente, estamos preocupados con la denostación de la ruralidad toda en el sentir popular a lo que se suma la discriminación de los centros de poder, llámese políticos, culturales o científicos por nombrar sólo algunos; lo que lleva a que no haya interés por parte de médicos, enfermeros, choferes, licenciados, odontólogos, en optar por formar parte de un equipo de salud rural. Ya que nos es imposible enamorar a nuestros compañeros, cuando no los podemos atraer para que conozcan y valoren esta particular forma de ejercer la medicina.

En ese sentido, hemos trabajado con la unidad de negociación del SMU y junto con SEGRE de FEMI en los cargos de alta dedicación rural (CADR) que serían un eslabón más en la cadena de la mejora contínua de nuestra realidad; en el convencimiento que el cargo CADR no puede ser una modificación de un cargo urbano. La forma de ejercicio de la medicina en el medio rural no es ni mejor ni peor es diferente y por lo tanta las bases de creación de cargos debe contemplar tal situación.

También, fraterna y obligatoriamente tenemos que pensar en todo el personal de salud rural pues de otra forma las competencias de dichos equipos se verán severamente afectadas construyendo mayor inequidad.
Desde la puesta en vigencia de la ley 18.591 hemos tenido una fluida y amable comunicación con los integrantes del Colegio Médico, en cuales hemos tenido “una oreja” a nuestros problemas, aunque recién estos últimos años ha comprendido cabalmente la necesidad de apoyar el ejercicio de la medicina rural, y a todos los integrantes del equipo que cuida la salud de que, no solamente están lejos de los centros de poder y salud, sino que son los que generan la riqueza de nuestro país.

# Reconocimiento presidencial

El Colegio Médico del Uruguay llevó a cabo una reunión de trabajo donde se dió un reconocimiento al presidente Tabaré Vázquez en su carácter de médico y mandatario, respecto a las políticas desarrolladas para prevenir las enfermedades no transmisibles.

En la misma se destacó la efectividad de las medidas concernientes a políticas antitabaco, prevención del consumo problemático de alcohol y fomento de hábitos de alimentación saludable.

Entrega de reconocimiento: Dr. Blauco Rodríguez, Dr. Tabaré Vázquez y Dra. Nancy Murillo.

# Posicionamiento del CMU frente a las Enfermedades No Transmisibles

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud las enfermedades no transmisibles (ENT) generan 41 millones de fallecimientos cada año en todo el mundo, lo que equivale al 71% de las muertes. Cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos.
Solamente por enfermedades cardio y cerebrovasculares en Uruguay fallecen a diario 26 personas (una persona cada 55 minutos).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.
Las ENT tienen relación con hábitos y costumbres de vida, tales como el consumo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física, que llevan al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes. Para revertir esta situación se necesita la aplicación de políticas públicas de salud y trabajar a nivel educativo con las nuevas generaciones para disminuir estos factores de riesgo.

El Colegio Médico del Uruguay en cumplimiento a sus facultades legales: Código de Ética Médica, Ley 19.286
Capítulo II. Declaración de principios éticos fundamentales
Artículo 2°
a) Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando integralmente los derechos humanos
b) Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad

El Colegio Médico del Uruguay apoya a todas las iniciativas e instituciones que de alguna manera u otra apunten a prevenir las enfermedades, a proteger y promover la salud de la comunidad en que estamos insertos. No solamente es el cumplimiento de la ley 19.286, sino que es un acto de responsabilidad social institucional. Nuestro aporte a la lucha de las ENT será el apoyo en la difusión y concientización de aquellas conductas que causan enfermedad y muertes a nuestros compatriotas.

Siguiendo el camino de la comunicación responsable a nuestros colegiados y comunidad toda se expone a continuación un análisis de las políticas nacionales acerca de las ENT.

Políticas en la lucha contra las ENT en Uruguay
Políticas antitabaco
Ley Nº 18.256. Control del Tabaquismo 2008.
Acerca de los resultados de las políticas que se han implementado para prevenir las ENT, donde hay mayor información disponible es sobre las políticas antitabaco, las que han tenido un impacto de gran magnitud en la salud pública.
En 2006 Uruguay comenzó la implementación de un programa de control del tabaco, que ha mostrado descenso de la tasa de fumadores y mejoras en la salud cardiovascular y respiratoria. Fue cuantificado el descenso de la tasa de fumadores adultos, la que pasó de 35% en 2005 a 22% en 20141. La prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público ha tenido una elevada tasa de acatamiento. Como consecuencia de ello, se observó una marcada reducción en la contaminación del aire con partículas PM2,5, la que pasó de 210 µg/m3 a 18 µg/m32.
A nivel de la salud respiratoria se observó una reducción de 15% en las consultas prehospitalarias por broncoespasmo, así como reducción en las dosis de fármacos administrados para su manejo3.
A nivel de la salud cardiovascular se observó una reducción de 17% en los ingresos por infarto agudo de miocardio, beneficio que se registró inmediatamente después de la introducción de las medidas, y se mantuvo en los 48 meses siguientes4.
Considerando un descenso de 500 infartos por año, el ahorro anual estimado es de U$S 6.000.000 aproximadamente en costos asistenciales de los infartos evitados; a lo que debería agregarse otros ahorros de costos dados por pérdida laboral, discapacidad posterior y años de vida prematura perdidos por fallecimiento del paciente5.

Políticas anti alcohol
Decreto N° 504/003, LEY 19360 a partir del 2015
Prohibición de expendio o suministro de bebidas alcohólicas.
Contralor policial.
Está prohibida la venta de alcohol a menores y en el horario de la noche. Se fija la tolerancia 0 de alcohol en sangre para conductores. Está comprobado científicamente que el uso del alcohol está asociado a una vasta gama de enfermedades y condiciones, incluyendo enfermedades del corazón y cerebrovasculares, lesiones en el tránsito o de armas de fuego, suicidios, y también algunos tipos de cáncer.

Políticas en hábitos saludables alimentarios
Decreto N° 272/018.
Modificación del Reglamento Bromatológico Nacional, relativo al rotulado de alimentos.

Siguiendo a varios países de las américas, una ley de etiquetado frontal de los alimentos para contribuir con la adecuada información a los consumidores acerca del contenido en grasas, carbohidratos y niveles elevados de sodio de los alimentos. Se agregan campañas de concientización acerca de los daños potenciales de estos alimentos. Los resultados esperados de esta ley son lograr la menor ingesta de alimentos con alto tenor en grasas, sodio y carbohidratos con el fin de lograr un impacto en la disminución en las tasas de sobrepeso/obesidad; impactando directamente en la disminución de factores de riesgo para ENT.
Ley Nº 19.140. Alimentación saludable en los centros de enseñanza.
La presente ley tiene por finalidad proteger la salud de la población infantil y adolescente que asiste a establecimientos escolares y liceales, públicos y privados. Impulsando la promoción de hábitos alimenticios saludables en el ámbito educativo como forma de contribuir en la prevención del sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial y así en las ENT vinculadas a los mismos.

Reducción de ingesta de sodio en alimentos manufacturados
Decreto Nº 34952: Resolución Nº 1694/14
Está dirigida a empresas de preparación y servicio de alimentos. Está científicamente comprobado la asociación de niveles elevados de ingesta de sodio y prevalencia de hipertensión arterial. La Hipertensión arterial es un factor de riesgo vascular mayor que aumenta el riesgo de padecer Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad Renal Crónica e Infarto de Miocardio.

Desde el Colegio Médico del Uruguay estamos convencidos que una de nuestras responsabilidades como seres humanos es apoyar, ayudar, articular todas aquellas iniciativas que apunten a la prevención de enfermedades, a la protección y promoción de la salud de nuestros compatriotas.

Sin más que el particular, saludan al Sr. Presidente con la más alta estima,

Dra. Nancy Murillo
Secretaria

Dr. Blauco Rodríguez Andrada
Presidente

Referencias
1. Encuesta Mundial de Tabaquismo GATS 2017, Uruguay. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=document&alias=576-uru-gats-2017-core-factsheet&category_slug=publications&Itemid=307.
2. Hyland A, Travers M, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. Tob Control 2008;17;159-65.
3. Kalkhoran S, Sebrié EM, Sandoya E, Glantz SA. Effect of Uruguay's National 100% Smokefree Law on Emergency Visits for Bronchospasm. Am J Prev Med. 2015;49:85-8 .
4. Federico Machado, Eduardo Bianco, Edgardo Núñez, Frank Torres, Edgardo Sandoya y cols. Ingresos por infarto agudo de miocardio en los cuatro años siguientes a la implementación de la prohibición de fumar en espacios cerrados. Rev Urug Car diol 2015; 30:280-285.
5 Impacto de las políticas de control de tabaco en los costos asistenciales del infarto agudo de miocardio en Uruguay. Metodología de costos en base a Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Elbio Paolillo, Frank Torres, Federico Machado, Diego Genta, Edgardo Sandoya y cols.

# Jornadas BienPro 2019

El Colegio Médico del Uruguay tiene dentro de sus cometidos velar por el bienestar de todos los médicos del país y, al mismo tiempo, de asegurar que éstos ejerzan su profesión en las mejores condiciones de salud física y mental.

"Cuidándote a vos, cuidamos a todos" es el lema que impulsamos con el objetivo de asegurar una atención rápida, de alta calidad profesional y en condiciones de estricta confidencialidad.

En este contexto se llevó a cabo la 2ª Jornada BienPro con la participación de autoridades del CMU, Ministerio de Salud Pública (MSP), médicos y profesionales de la salud.

## Programa de Bienestar Profesional: en pro de la salud de los médicos

Teléfono gratuito 0800 2436 BIEN

*Ayuda dirigida a médicos con problemas de adicción al alcohol u otras drogas. Abuso de fármacos. Depresión mayor y riesgo de suicidio.*

### Si tenés problemas con el alcohol o las otras drogas, te podemos ayudar.

El Programa de Bienestar Profesional (BienPro) del Colegio Médico cuenta con una Unidad de Alcohol y Drogas (UAD) que está especialmente dedicada a brindar recomendaciones y atención a los médicos con problema de abuso o dependencia al alcohol y drogas.

### Nos preocupa tu estado de ánimo y tu bienestar emocional.

Si estás cursando un episodio depresivo, contamos con un grupo de psiquiatras que pueden ayudarte con el tratamiento y acompañarte en el seguimiento.

### ¿Cómo puedo acceder a estos servicios?

Simplemente poniéndote en contacto con el BienPro a través de la línea 0800 del Colegio Médico. Un integrante de la Unidad de Recepción atenderá tu llamada. Te pedirá que le informes de tu problema y te guiará en el proceso de consulta.

El Programa de Bienestar Médico te asegura estricta confidencialidad. Todos tus datos personales serán mantenidos en la más estricta reserva. La asistencia a cargo del BienPro es totalmente gratuita para el médico.
La única condición es estar activo como médico.

# PRINCIPALES ASPECTOS JURÍDICOS Y PRÁCTICOS EN LA TRAMITACIÓN DE DENUNCIAS ANTE EL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA

Por *Juan Manuel González Rossi*[1].

## I. INTRODUCCIÓN.

Como el título lo indica y cuestiones de extensión lo imponen, el presente no es un abordaje completo sobre toda la temática que nuclea el juzgamiento de faltas éticas en el Uruguay, tarea por demás compleja y extensa. Lejos de ello, se trata solo de un comentario sobre cuestiones que resultan insoslayables a la hora de participar del proceso en que se juzga la responsabilidad ética de un colegiado y se ventila ante el Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay.

En otro orden, no se ingresa aquí al análisis profundo y técnico de aspectos estrictamente jurídicos por no ser este el lugar para hacerlo. Vale sí aclarar que la temática que aquí se plantea tiene aún mucha tela por cortar desde el punto de vista iusfilosófico, por la singular ubicación de algunas de sus instituciones en el ordenamiento jurídico nacional y el especial tratamiento que este les asigna.

## II. MARCO NORMATIVO BÁSICO

Debe distinguirse aquí lo sustantivo de lo procedimental. Lo primero, conformado por las normas éticas que rigen el ejercicio profesional de la medicina, no es parte del objeto de este comentario. Sin embargo, corresponde decir que el sustrato ético mínimo se encuentra sistematizado en el Código de Ética Médica, aprobado por el cuerpo médico colegiado[2] y recogido en la Ley n.° 19.286. Y aquí, algo de medular importancia: la no taxatividad del Código al mencionar las conductas que se apartan del recto proceder ético. Esto significa que las conductas que podrán ser juzgadas y sancionadas por éticamente incorrectas no son solamente aquellas identificadas como tales por el Código de Ética Médica, sino también todas aquellas señaladas por normas vigentes[3] de igual o inferior jerarquía, y aún más, aquellas que se desprendan de principios, normas y deberes inherentes a los derechos y libertades fundamentales y a las bases éticas de la medicina[4][5].

El marco jurídico de la temática que nos convoca, en lo que respecta a la parte formal o procedimental, se encuentra delimitado la Ley n.° 18.591, su Decreto Reglamentario 083/2010, y el Reglamento de Procedimiento del Tribunal de Ética Médica.

Concretamente, la norma legal que crea el Colegio Médico del Uruguay, consagra la existencia del Tribunal de Ética Médica. Esta misma ley, a la vez que sienta las bases fundamentales de estructura y funcionamiento del referido Tribunal, encomienda en su artículo 47° al Poder Ejecutivo su reglamentación. Entre dichas bases resaltan, su ubicación como órgano funcionalmente independiente del Consejo Nacional, modo y requisitos de integración, causales de suspensión y cese de sus miembros, ámbito de competencia, y sanciones aplicables.

En segundo lugar, jerárquicamente subordinado en la escala normativa, se encuentra el Decreto 083/2010. Esta norma ratifica, reglamenta y delega. Ello por cuanto, por un lado, repite los lineamientos fundamentales ya trazados por la norma madre; por otro, desarrolla estos últimos con concretas previsiones. A saber: consagra la figura del presidente del Tribunal, establece la existencia de sesiones ordinarias y extraordinarias, marca quórums mínimos para sesionar y otros para fallar, regula el procedimiento a seguir en casos de suspensión, y reglamenta la vía recursiva. Finalmente, delega este decreto en el propio Tribunal de Ética Médica la aprobación de un Reglamento de Procedimiento.

En tercer y último lugar, el Reglamento de Procedimiento. Este reglamento, cuya versión original data de noviembre de 2012 y se mantiene en buena medida incambiada, ha tenido puntuales modificaciones y seguramente las seguirá teniendo:

---

1 Doctor en Derecho y Ciencias Sociales por la Facultad de Derecho de la Universidad de la República.
Aspirante a Prof. Adscripto de Derecho Penal por la Facultad de Derecho de la Universidad de la República.
Máster en Derecho Penal y Ciencias Penales por la Universidad de Barcelona y la Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.
Especialización en Derecho Procesal Aplicado por la Universidad de Montevideo.
Maestrando en Derecho Procesal Penal por la Universidad Católica del Uruguay.
Abogado miembro del Depto. Contencioso del Banco de Seguros del Estado.
Asesor Letrado - Tribunal de Ética Médica - Colegio Médico del Uruguay.

2 El proceso de aprobación del Código de Ética Médica por el cuerpo médico colegiado se encuentra regulado en el capítulo IV de la Ley n.° 18.591.

3 El Código de Ética Médica no deroga, al menos expresamente, otras normas anteriores que refieren a aspectos éticos específicos. A modo de ejemplo, perviven y pueden fundar sanciones por apartamiento ético, la Ley n.° 18.335 (Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud) y su reglamentación (Decreto 274/010), el Decreto 258/992 (Reglas de conducta médica y derechos de los pacientes), entre otras.

4 Artículo 81° – Ley n.° 19.286: *La enunciación de principios, normas y deberes hecha por este Código no implica el desconocimiento de otros inherentes a los derechos y libertades fundamentales y a las bases éticas de la medicina.*

5 Para su rápida comprensión, resulta oportuno el contraste entre las faltas éticas y los delitos. Estos últimos se rigen por el ineludible principio de tipicidad como derivado del principio de legalidad. Ello significa que una conducta podrá ser considerada delictiva si y solo si encaja perfectamente con la previsión legislativa recogida en el tipo penal. No existe aquí la analogía en perjuicio del reo. Por el contrario, una conducta podrá ser señalada como éticamente incorrecta y así sancionado su autor pese a que no se encuentre prevista expresamente en la norma.

por razones lógicas, desde el momento en que consagra una estructura procesal es interpelado en forma permanente por la rica y variopinta casuística que por él tramita. Como conjunto normativo codificado que es, el reglamento consagra los principios que lo rigen, los requisitos de las denuncias y contestaciones, las reglas sobre admisibilidad y valoración de prueba, la estructura procesal propiamente dicha, y algunas normas sobre el funcionamiento interno.

## III. LOS SUJETOS DEL PROCESO

### 1) LAS PARTES

El Tribunal de Ética Médica reconoce únicamente dos partes en su proceso de tramitación de denuncia por falta ética: la denunciante y la denunciada.

Quienquiera puede oficiar de denunciante. Basta que se trate de sujetos capaces, en el caso de personas físicas, o que se hallen constituidas como tales, en el caso de personas jurídicas. Para ser ilustrativo, puede denunciar ante el Tribunal de Ética Médica un paciente, un trabajador de la salud, un médico, una institución prestadora de servicios médicos, un colectivo de personas, y todos aquellos otros que tan solo cumplan con los requisitos básicos señalados.

Diferentes son los requisitos para ser denunciado. Solo podrá serlo un médico colegiado, es decir, un doctor en Medicina que ejerza la profesión en el país, ya que para hacerlo es necesaria la inscripción vigente en el registro de títulos del Colegio Médico del Uruguay. Cabe preguntarse qué ocurriría si fuera denunciado por falta ética un médico no colegiado, es decir, un sujeto con título de médico, pero no inscripto ante el Colegio Médico del Uruguay. Amén de que su ejercicio profesional sería ilegal, y sin perjuicio de la responsabilidad penal, civil y administrativa que ello probablemente implicaría, ¿Podría el Tribunal de Ética Médica sancionarlo por haber cometido una falta ética? La respuesta afirmativa se impone, entre muchas razones que no corresponde desarrollar aquí, por una de pura lógica: siendo cometidos de la Ley n.° 18.591 velar por la protección de los derechos de los usuarios y vigilar que el ejercicio de la profesión médica se cumpla dentro de los valores y reglas del Código de Ética Médica, el incumplimiento a la obligatoriedad de la colegiación no podría significar nunca un beneficio por exención de responsabilidad ética y, menos aún, una vía oblicua para desproteger a los pacientes.

Cabe aclarar que dentro de la categoría "médico no colegiado" pueden englobarse casos esencialmente distintos. A modo de ejemplo, esta sería la situación de un médico extranjero que no hubiera revalidado su título en el país y también la de un médico ya retirado que hubiera manifestado su intención de dejar de ser miembro activo del Colegio Médico[6].

Finalmente, debe aclararse también que los requisitos marcados deben cumplirse al momento de la conducta que se habrá de denunciar. El hecho de que un médico no estuviera colegiado hoy, por la razón de haberse erradicado en el extranjero, por ejemplo, no sería óbice para que fuera denunciado por una falta cometida durante su período de colegiación.

### 2) EL TRIBUNAL

El órgano llamado a resolver los conflictos éticos que se planteen es el Tribunal de Ética Médica. Este se encuentra integrado por cinco miembros médicos, designados por el Consejo Nacional de entre la lista de nombres propuestos por los Consejos Regionales, y un abogado, con voz y sin voto, elegido por mayoría simple entre los miembros del propio Tribunal.

## IV. ¿ANTE QUIÉN SE DENUNCIA?

El artículo 44° del Decreto Reglamentario 83/2010 establece en forma categórica: "Los planteamientos o denuncias deberán ser formulados por escrito y dirigidos directamente al Tribunal". Sobre el punto, interesa remarcar dos aspectos: la presentación de la denuncia directamente ante el Tribunal de Ética Médica y la correcta invocación del órgano ante el que se presenta.

El primero de ellos significa, por un lado, que quien pretenda oficiar de denunciante debe ocurrir directamente ante el Tribunal de Ética Médica, sirviéndose para ello del formulario de presentación de denuncias disponible en la página web del Colegio Médico del Uruguay. No se debe denunciar ante la institución prestadora de servicios médicos o ante el Ministerio de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado, o el propio Colegio Médico para que estos lo remitan al Tribunal de Ética Médica, si lo que se quiere es denunciar por falta ética a un médico colegiado. Por otro lado, significa que aquellas personas o instituciones que tomen conocimiento de la existencia de una posible falta ética cometida por un médico colegiado, pueden, o bien denunciarlo ante el Tribunal de Ética Médica, asumiendo la calidad de denunciante con lo que ello implica (ya que no hay requisitos de legitimación que exijan vínculo alguno entre damnificado directo por la falta y denunciante), o bien indicar al interesado que, si lo desea, puede ocurrir directamente al referido Tribunal. Pero lo que de ningún modo corresponde es una remisión de antecedentes lisa y llana hecha por una institución para que el Tribunal de Ética Médica investigue.

El segundo aspecto, consiste en remarcar que se trata de un *tribunal*, y no de un comité, comisión, u otras denominaciones que desde el lenguaje no técnico aparenten sinonimia. Lo anterior no es una simple cuestión de nomenclatura, sino que hace a la esencia misma del órgano al que nos estamos refiriendo. El hecho de que se trate de un tribunal, significa que ejerce función jurisdiccional. Y entre otras cosas, como enseñaba el maestro Dante Barrios De Angelis[7], ello implica un tercero funcional y estructuralmente imparcial, con el poder-deber de eliminar la insatisfacción jurídica en método contradictorio. Si se comprende esto, se entenderá que la tramitación de denuncias ante el Tribunal de Ética Médica implica un proceso jurisdiccional, con dos partes enfrentadas ante un tercero imparcial, y no una investigación tendiente a confirmar la existencia de la falta ética denunciada.

## V. ¿QUÉ SE PUEDE DENUNCIAR?

El artículo 24° de la Ley n.° 18.591 declara al Tribunal de Ética Médica competente para entender en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas.

---

6 Específicamente, la Ley n.° 18.591 en su artículo 3° da la opción al miembro retirado de comunicar al Colegio Médico del Uruguay su intención de dejar de ser miembro activo de aquel.

7 BARRIOS DE ANGELIS, Dante. Teoría del proceso, Buenos Aires: Depalma, 1979; 1-25 y 97-113.

El Decreto 83/2010, en sus artículos 43°, 44°, y 45°, también se expide sobre el punto. El primero de ellos reafirma la materia de su competencia. El segundo establece: "Los planteamientos o denuncias deberán ser formulados por escrito y dirigidos directamente al Tribunal". Amén de consagrar la regla de la escritura y la exigencia de la presentación directa ante el Tribunal, aspectos ya reseñados más arriba, importa destacar las dos alternativas de presentación previstas: planteamientos y denuncias. La primera de ellas, es luego desarrollada en el artículo 12° del Reglamento de Procedimiento y refiere a la posibilidad de que un colegiado consulte al Tribunal si su propia conducta se ha ajustado o no a las normas y principios éticos. Respecto a esta alternativa, basta limitarse a su mención, puesto que, como el título indica, no conforma el objeto de este comentario. De todos modos, es importante traer a colación la aclaración realizada por el propio artículo 12° de dicho reglamento en su inciso segundo, en cuanto a que este tipo de planteamientos (las consultas sobre la propia actuación del interesado) deben referirse a un caso en concreto y no a situaciones generales, no pudiendo nunca el Tribunal constituirse en un órgano de asesoramiento.

El tercero de los artículos nombrados fija al Tribunal un plazo de quince días desde la recepción del asunto para expedirse sobre la admisibilidad por razón de materia y, en consecuencia, asumir jurisdicción y dar ingreso a la denuncia o bien declararse incompetente y rechazarla.

En definitiva, lo que puede denunciarse es la conducta de un médico en su aspecto referido al marco competencial fijado en el artículo 24° de la referida ley. A modo de ejemplo, un médico que en una misma conducta haya incurrido en mala praxis, infracción administrativa y apartamiento ético solo podrá ser denunciado por esto último. En un plazo de quince días a contar desde la presentación de su denuncia, el denunciante conocerá si su denuncia fue admitida o no por el Tribunal de Ética Médica.

## VI. ¿CÓMO SE DENUNCIA?

Para denunciar a un médico colegiado por la presunta comisión de una falta ética, resulta ineludible la previa lectura del Reglamento de Procedimiento, disponible en la página web del Colegio Médico del Uruguay. Puntualmente, su actual artículo 11° detalla los requisitos formales que la denuncia deberá contener: la exposición clara y precisa de los hechos que se denuncian, la individualización del o de los denunciados, la totalidad de la prueba que se ofrece y solicita especificando su objeto, y lo que se requiere al Tribunal.

El Tribunal de Ética Médica ha elaborado un formulario de presentación de denuncias, disponible en la página web del Colegio Médico del Uruguay, que deberá rellenarse para, o bien contener la denuncia completa, o bien acompañarla.

Amén de lo anterior, es importante remarcar una vez más que la presentación de la denuncia no agota la actividad del denunciante, sino que es tan solo el puntapié inicial que dará comienzo al proceso, al que ineludiblemente deberán someterse tanto quien pretenda denunciar una falta ética como el médico por aquel denunciado. Conocer previamente dicho proceso es lo que permitirá al denunciante (y también al denunciado, lógicamente) ejercer mejor y de manera más eficaz su pretensión.

## VII. ¿ASISTENCIA LETRADA?

Contar con un abogado defensor no es un requisito obligatorio para participar en el proceso de denuncia por falta ética. No lo es para el denunciante y tampoco para el denunciado:

- En la Ley n.° 18.591 no está siquiera mencionada la posible figura del abogado patrocinando a una de las partes.
- El Decreto 83/2010, al encomendar al Tribunal de Ética Médica la aprobación de un Reglamento de Procedimiento y fijarle pautas, en su artículo 47° literal b) ordena que se consagre la posibilidad de presentar descargos y producir prueba con asistencia letrada.
- El Reglamento de Procedimiento prevé la figura del abogado en sendas ocasiones:
    1) Implícitamente, al consagrar el principio del debido proceso en su artículo 2°;
    2) Al consagrar el principio de amplia defensa en su artículo 5°, cuando establece que "el médico denunciado podrá designar un asesor legal que podrá participar desde el principio en todas las diligencias de prueba, tendrá el derecho a interrogar a los testigos y al denunciante, a controlar las pruebas que el Tribunal ordene de oficio y tendrá pleno acceso a las actuaciones";
    3) En su artículo 18° prevé: "El abogado del denunciante y el abogado del denunciado o este en caso de que decida ejercer su propia defensa, controlarán la producción de la prueba y podrán interrogar a los testigos convocados y a las partes. El Tribunal, en forma excepcional y fundada, podrá disponer que alguna declaración o testimonio se realice sin la presencia del denunciado. En ese caso, podrá estar presente su asesor letrado, a efectos de controlar la prueba y preservar sus garantías"[8]; y
    4) Al referirse a la etapa de manifiesto, prevé que puedan acceder al expediente y solicitar pruebas complementarias, tanto las partes como sus letrados patrocinantes.

Del análisis de las normas transcriptas, además de la no obligatoriedad de contratar una defensa letrada ya sea para denunciar o para ensayar una defensa, hay una conclusión que emerge inocultable: la suerte de quien se asista de defensor legal posiblemente correrá con ventaja. Y ello será así por múltiples razones: el marco jurídico, en general, y el Reglamento de Procedimiento, en especial, se expresan en lenguaje, aunque no incomprensible para legos, sí técnico; la estructura es la de un proceso contencioso, minado de instituciones propias del derecho procesal, cuya cabal comprensión y mejor utilización sin dudas demanda un experto en leyes; si se dispusiera que una declaración o testimonio se realizara sin la presencia del denunciado, el abogado igual podría estar presente, quedando

8 Podría ser el caso de un proceso iniciado a raíz de una denuncia por abuso sexual dentro del consultorio médico, solo protagonizado por denunciante y denunciado.

en desventaja quien haya optado por ejercer su propia defensa; el control de los actos del Tribunal mediante el correcto manejo de los medios impugnativos podrá ser ejercido eficazmente por quien los domine. Son estas tan solo algunas de las tantas innegables ventajas con las que correrá aquel que se asista de defensor.

## VIII. ¿NECESIDAD DE CONTAR CON TESTIGOS?

La prueba testimonial es un tipo de prueba. El Reglamento de Procedimiento ordena que toda prueba que las partes pretendan que sea practicada y valorada por el Tribunal deben ofrecerla y/o acompañarla a su denuncia o contestación de denuncia. ¿Significa ello que sin prueba la denuncia no será admitida? No. Significa que, en caso de contar con medios probatorios que avalen sus afirmaciones, la instancia para darlos a conocer al Tribunal es en su primera comparecencia escrita. Y si se pretendiera incorporar una prueba con posterioridad a dicha instancia, salvo que se trate de prueba superviniente o sobre hechos nuevos admitidos, no será incorporada al proceso y, en consecuencia, no será valorada por el Tribunal.

Ahora bien, sin perjuicio de que la denuncia igual será admitida, de que el Tribunal dispone facultades probatorias y de que existe la posibilidad que el propio denunciado admita los hechos, una denuncia así presentada probablemente no conseguirá franquear la barrera del principio de inocencia.

## IX. ¿EN QUÉ CONSISTE EL PRINCIPIO DE INOCENCIA?

Este principio implica una presunción y beneficia al denunciado. Se presume que una persona es inocente hasta que se demuestre lo contrario. Cada una de las partes tiene la carga de probar los hechos que alega. Ahora bien, la inocencia no se tiene que probar, sino que se presume. La carga de probar los hechos que se imputan al denunciado y su responsabilidad es del denunciante.

A la hora de valorar la prueba producida en un proceso, el Tribunal de Ética Médica debe tener especialmente en cuenta lo que viene de decirse. Sí y solo sí podrá ser sancionado un médico colegiado cuando se prueben los hechos que se le imputan y su responsabilidad. Si bien el Reglamento de Procedimiento no plantea ningún límite a la iniciativa probatoria del Tribunal, puede verse a partir de sus fallos publicados una línea jurisprudencial bastante clara, consistente en no suplir las omisiones probatorias de las partes, sino hacer uso de sus facultades de prueba solamente para procurarse un juicio más preciso sobre algunos aspectos poco claros.[9]

Una cuestión de mucha mayor complejidad, que no podrá ser analizada aquí pero es importante reconocerla, tiene que ver con el estándar de prueba requerido. Existen hechos que, por su propia esencia, tienen lugar en situaciones absolutamente privadas y reservadas, sin acceso de otras personas que no sean los involucrados directos, y que por supuesto no quedan documentados. Este tipo de hechos, en caso de que se requiriera prueba fehaciente e inequívoca de su ocurrencia, jamás podrían ser probados, implicando ello una insoportable impunidad. Por eso, para cierto tipo de hechos resulta admisible que un Tribunal forme su convicción y la funde a partir de indicios. Los indicios, que sí tienen que estar probados, son hechos que marcan la probable existencia de otros hechos. De ese modo, un Tribunal podría convencerse de la ocurrencia de los hechos denunciados a partir de un cúmulo de indicios y en ello fundar un fallo sancionatorio.

## X. ¿LOS ASUNTOS QUE SE VENTILAN ANTE EL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA SON PÚBLICOS?

La ley de creación del Colegio Médico, su Decreto Reglamentario y el Reglamento de Procedimiento establecen en términos similares que mientras no se agoten todas las instancias recursivas a que tiene derecho el interesado, las actuaciones y resoluciones que afecten en cualquier sentido a los miembros del colegio permanecerán reservadas. Asimismo, el Reglamento de Procedimiento ordena a las partes la asunción del compromiso de confidencialidad. El hecho de la existencia de la denuncia en sí es público. No podría dejar de serlo por mandato constitucional. En efecto, el artículo 22° de la Carta prohíbe la existencia de pesquisas secretas. Ahora bien, lo que debe mantenerse reservado hasta la existencia de un fallo firme, es el contenido de la denuncia y las actuaciones que se vayan cumpliendo en el marco del proceso. Que el fallo se encuentre firme significa que ya no puede ser revisado en una instancia posterior.

Una vez que existe un fallo firme, ordena el Reglamento de Procedimiento, este se publica en la página web del Colegio Médico del Uruguay por un período de tres años en su versión original. Cumplido ese plazo y en homenaje al derecho al olvido, los fallos se anonimizan y permanece la publicación a efectos educativos.

No obstante lo anterior, el Tribunal cuenta con la posibilidad de disponer la no publicación de uno o más fragmentos del fallo para proteger la identidad de las personas involucradas. Esa posibilidad se torna obligatoria cuando así lo solicite el médico denunciado, si el fallo es absolutorio. Esta última previsión tiene absoluta lógica; lo que, en definitiva, viene a decir es que es potestad de aquel médico denunciado no sancionado mostrar a la comunidad que no ha resultado apartamiento ético en su conducta, o bien mantenerse en el anonimato.

## XI. ¿EL ACCIONAMIENTO ANTE EL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA TIENE COSTO?

Todo planteamiento ante el Tribunal de Ética Médica es absolutamente gratuito. Sin perjuicio de ello, los gastos en que incurran las partes por concepto de asesoría letrada correrán por su propia cuenta, aún en el caso de que el Tribunal entendiera que se trató de una denuncia infundada, e incluso también si entendiera que se trató de una denuncia instaurada con malicia, a sabiendas de su falsedad, independientemente de la responsabilidad ética que esto último podría acarrear.

## XII. ¿QUÉ SIGNIFICA RECUSAR A UN MIEMBRO DEL TRIBUNAL?

Los integrantes del Tribunal de Ética Médica deben abstenerse de actuar en todos aquellos casos en los que se encuentre afectada su imparcialidad y también en aquellos en los que guarden una relación de parentesco con alguna de las partes,

9 https://www.colegiomedico.org.uy/fallos-emitidos-por-el-tribunal-de-etica/

de acuerdo a lo establecido en los artículos 27° y 28° de la ley de su creación. Asimismo, deberán abstenerse de actuar siempre que hubieren emitido opiniones que pudieran considerarse prejuzgamiento, de acuerdo a lo previsto por el artículo 28° del Reglamento de Procedimiento.

Ahora bien, en todas las hipótesis señaladas, cuando el miembro del Tribunal no se excuse o se abstenga de actuar espontáneamente podrá ser recusado por cualquiera de las partes. Es decir, la parte que entienda que el miembro del Tribunal debió haberse excusado y no lo hizo puede plantearlo al propio Tribunal por escrito e incluso proponer prueba que acredite la situación de incompatibilidad invocada. De dicho planteo se conferirá traslado al miembro recusado, quien podrá allanarse o controvertir la recusación, en cuyo caso deberá ser resuelta por el Tribunal de Ética Médica. Este fallo, conforme prevé el Reglamento de Procedimiento, puede impugnarse ante el Tribunal de Alzada, el que finalmente tendrá la última palabra sobre el punto.

Como puede verse, se trata de una garantía para las partes en aras de asegurar la imparcialidad de la totalidad de los sujetos que acabarán resolviendo sobre la denuncia que los involucra.

## XIII. LOS POSIBLES RESULTADOS DEL PROCESO

En aquellos casos en que el tribunal rechaza en forma liminar la denuncia por entenderse incompetente técnicamente no habrá proceso alguno. En los demás, cuando se admite la denuncia, los procesos ante el Tribunal de Ética Médica pueden acabar en dos resultados posibles: desestimación de la denuncia o sanción.

El primero de ellos puede tener lugar, ya sea porque acreditados los hechos denunciados, el Tribunal no encontró en ellos apartamiento ético reprochable al médico colegiado; ya sea porque aunque merecedores de sanción los hechos denunciados, no resultaron probados, manteniéndose por ello incólume el principio de inocencia.

El segundo resultado posible se dará cuando el Tribunal de Ética Médica tenga por probados los hechos denunciados y encuentre la conducta del médico colegiado merecedora de reproche ético. Dependiendo de la gravedad de su conducta, las sanciones que se podrán imponer al denunciado. Las previstas por la Ley n.° 18.591, ordenadas de menor a mayor, son: advertencia, amonestación, sanción educativa, y suspensión temporal del registro por un plazo máximo de diez años. Para esta última sanción, no será suficiente con la decisión de la mayoría simple, sino que se requerirá una mayoría especial de cuatro votos conformes de los miembros del Tribunal.

## XIV. ¿QUIÉN DECIDE FINALMENTE?

Como se adelantó, el órgano llamado a resolver los conflictos éticos que se planteen es el Tribunal de Ética Médica. Ahora bien, aunque no lo hacen en forma explícita, la ley de creación del Colegio Médico del Uruguay y del Tribunal de Ética Médica, su decreto reglamentario y el Reglamento de Procedimiento consagran la garantía de la doble instancia. Esta proyección del principio del debido proceso recogido a texto expreso por el Reglamento de Procedimiento implica que quienes se someten a la jurisdicción del Tribunal de Ética Médica cuentan con la posibilidad de que las decisiones de este sean revisadas por un órgano jerárquicamente supraordenado: el Tribunal de Alzada, cuyo fallo será inapelable. Este último se constituye cada vez que se interpone el recurso de revocación contra una resolución del Tribunal de Ética Médica y se conforma por el presidente, el secretario, y los tres miembros más votados del Consejo Nacional. Corresponde preguntarse cuáles son las resoluciones del Tribunal de Ética Médica que pueden ser impugnadas mediante recurso de revocación ante el Tribunal de Alzada. Y bien, basta decir en esta instancia que está prevista expresamente la posibilidad de impugnar el fallo del Tribunal de Ética Médica y la resolución sobre el planteo de recusación de uno de los miembros de ese tribunal. No obstante lo que viene de decirse, un análisis minucioso de las resoluciones del Tribunal de Ética Médica que podrían ser susceptibles de impugnación ante el Tribunal de Alzada que bien podría arrojar luz sobre algún punto tal vez no muy claro, excede el alcance del presente.

## XV. ¿LAS DECISIONES ADOPTADAS EN EL SENO DEL COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY PUEDEN SER REVISADAS FUERA DE AQUEL?

Se trata de un tema amplio, complejo, estrictamente técnico y lo que exige más cautela aún: la joven existencia de esta institución hace que, de acuerdo a lo que ha podido relevarse, la experiencia jurisprudencial sea inexistente.

No obstante la mencionada salvedad, pueden señalarse cuatro posibles situaciones en las que la pregunta de este apartado merece una respuesta afirmativa:

1) Las resoluciones del Colegio Médico del Uruguay, como propias de una persona jurídica no estatal que es, no son actos administrativos. Por ello, no están sujetas al régimen de estos, en lo que tiene que ver con recursos administrativos y acción de nulidad ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Ahora bien, según enseña Delpiazzo[10] y en idéntico sentido Ruocco[11], se encuentre especialmente previsto en la ley de su creación o no, las decisiones adoptadas en el seno de este tipo de instituciones podrían ser revisadas por los tribunales del Poder Judicial. Concretamente, la Ley n.° 16.462 en su artículo 123° y la Acordada de la Suprema Corte de Justicia 7.468, asignan esta competencia a los Tribunales de Apelaciones en lo Civil.

2) Indica la Ley n.° 18.591 que en aquellos casos en que se aplique la sanción de suspensión temporal al médico colegiado, el Consejo Nacional debe comunicarlo al Ministerio de Salud Pública en el plazo de 48 horas. Asimismo, el Decreto 83/2010 en su artículo 58° dispone que en estos casos, el Ministerio de Salud Pública deberá dictar resolución en un plazo no mayor a cuarenta y cinco días haciendo lugar a la suspensión y disponiendo la inhabilitación del médico o desestimando la primera. Esta última posibilidad solo podrá ser adoptada por razones de legalidad y no de

10 DELPIAZZO, Carlos. Derecho Administrativo Especial, Montevideo: AMF, 2006; vol. 1, 167.

11 RUOCCO, Graciela. "Personas Públicas No Estatales: ¿Crisis o ductilidad de la categoría?", Revista de la Facultad de Derecho, N.° 30, Montevideo: Facultad de Derecho – Universidad de la República; 243-254.

mérito. Ello significa, a grandes rasgos, que el Poder Ejecutivo no podrá pronunciarse sobre la valoración en sí de la conducta denunciada y su merecimiento de reproche, sino tan solo controlar que las actuaciones se hayan cumplido respetando el régimen legal vigente. En caso de no pronunciarse el Ministerio de Salud Pública en el plazo indicado, su silencio será valorado como admisión de la suspensión, por lo que deberá de inmediato disponer la inhabilitación del médico suspendido.

3) La resolución adoptada por el Ministerio de Salud Pública, en el sentido que fuere, sí constituye un acto administrativo. Como tal, podrá ser impugnada con los recursos administrativos correspondientes.

4) Una vez agotada la vía administrativa con la interposición de los recursos correspondientes, el acto administrativo dictado por el Ministerio de Salud Pública, sea que haya suspendido e inhabilitado al médico, sea que haya desestimado la suspensión resuelta en el seno del Colegio Médico del Uruguay, será pasible de acción anulatoria ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo.

## XVI. REFLEXIÓN FINAL

Resulta fundamental una correcta y atenta lectura del marco normativo que rige la actividad del Tribunal de Ética Médica para, de ese modo, despejar el camino de planteos improcedentes y permitir así un funcionamiento más fluido de esta novedosa maquinaria, que el que los números han arrojado hasta el momento[12]. Si ello se comprende y se logra, será satisfactorio para todas las partes involucradas y se aceitará esta herramienta de medular importancia en la consecución de los tan loables fines trazados por las leyes n.° 18.591 y n.° 19.286.

Doctor en Derecho y Ciencias Sociales por la Facultad de Derecho de la Universidad de la República.
Aspirante a Prof. Adscripto de Derecho Penal por la Facultad de Derecho de la Universidad de la República.
Máster en Derecho Penal y Ciencias Penales por la Universidad de Barcelona y la Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.
Especialización en Derecho Procesal Aplicado por la Universidad de Montevideo.
Maestrando en Derecho Procesal Penal por la Universidad Católica del Uruguay.
Abogado miembro del Depto. Contencioso del Banco de Seguros del Estado.
Asesor Letrado - Tribunal de Ética Médica Colegio Médico del Uruguay.

12 Según estudio publicado en Revista Médica del Uruguay, vol.35, n.° 2, Montevideo, jun. 2019, de autoría de los Dres. Gamero, Borches, y Rodríguez, titulado "Responsabilidad ética de los médicos en Uruguay: resultados del primer sexenio de funcionamiento del Tribunal de Ética Médica"; habiéndose recibido 101 denuncias en los primeros seis años de funcionamiento del Tribunal de Ética Médica, este asumió competencia tan solo en 56.

# Responsabilidad ética de los médicos en Uruguay. Resultados del primer sexenio de funcionamiento del Tribunal de Ética Médica

Sylvia Gamero*, Frances Borches Duhalde†, Hugo Rodríguez Almada‡

**Resumen**

Desde 2012 funciona el Tribunal de Ética Médica creado por la Ley Nº 18.591, con competencia en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio Médico del Uruguay. Este trabajo tiene el propósito de dar a conocer la primera experiencia en Uruguay de juzgamiento de la responsabilidad ética de los médicos regulada por ley.

**Objetivos.** General: presentar el primer reporte sobre responsabilidad ética de los médicos en Uruguay. Específicos: a) Describir algunas características de las denuncias, los denunciantes y los denunciados por presuntos apartamientos de la ética médica durante los dos primeros períodos de actuación del tribunal. b) Sistematizar las características y los resultados de los procedimientos desarrollados.

**Material y método:** se analizaron fuentes de información de acceso público: a) Fallos del Tribunal de Ética Médica y del Tribunal de Alzada; b) Memorias del Tribunal de Ética Médica. Se sistematizaron las principales características de las denuncias, los denunciantes, denunciados, los procedimientos y los fallos.

**Resultados:** se recibieron 101 denuncias, de las que se acogieron 56 (FR: 0,55). Las faltas éticas dentro del equipo de salud fueron el motivo mayoritario. Las denuncias involucraron a 68 médicos, principalmente varones (FR: 0,62) y edad promedio de 52,8 años. Más de la mitad de las denuncias se originó en situaciones asistenciales concretas, especialmente de urgencia/emergencia. Las especialidades quirúrgicas tuvieron alta representación. La mayoría de los denunciados recurrió a asistencia letrada. El tiempo promedio entre la admisión de la denuncia y el fallo definitivo fue de 9,6 meses. Según los fallos definitivos, en la mayoría de los casos (FR: 0,60) no existió o no se probó la falta. Fueron sancionados 27 médicos y cinco de ellos fueron suspendidos temporalmente del registro. La mayoría de las faltas fue por mal relacionamiento con otros colegas, pero las más graves fueron por transgresiones en la relación clínica.

**Conclusiones:** se mantuvo estable el número de las denuncias admitidas. La mayoría de las denuncias y las sanciones aplicadas derivaron de conflictos dentro del equipo de salud. Todas las sanciones de mayor gravedad derivaron de conflictos con los pacientes o sus familias. El perfil de los médicos denunciados es polimorfo, aunque algo más envejecido y masculinizado que el promedio. La actividad de urgencia/emergencia o quirúrgica supondría una mayor exposición a las denuncias, tal como se observa en la responsabilidad civil y penal.

**Palabras clave:** Uruguay
Ética médica
Responsabilidad legal

**Key words:** Uruguay
Ethics, medical
Liability, legal

* Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
‡ Asistente del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
‡ Profesor Titular del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.
Conflicto de intereses: las Dras. Sylvia Gamero y Frances Borches no presentan conflictos de interés. El Dr. Hugo Rodríguez integró el Tribunal de Ética Médica en el período 8/11/2012 - 8/11/2018.
Correspondencia: Avda. Gral. Flores 2125. Código Postal 11800, Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: hrodriguez@fmed.edu.uy
Recibido: 11/3/19
Aprobado: 15/4/19

## Introducción

La Ley Nº 18.591 (Creación del Colegio Médico del Uruguay) de 18 de setiembre de 2009 y su reglamentación por el Decreto 83/010 sentaron el régimen de la responsabilidad ética para todos los médicos en Uruguay[1].

La creación del Colegio y su Tribunal de Ética Médica (en adelante TEM) resultó de un largo proceso iniciado en 1943 que incluyó el debate sobre distintos modelos y proyectos de ley[2-7]. Previamente existieron otros organismos de control de la profesión en el ámbito administrativo (Comisión de Salud Pública creada por Ley Nº 9.202 de 12 de enero de 1934), en las organizaciones gremiales (Consejo Arbitral del Sindicato Médico del Uruguay fundado en 1920 y Tribunal de Ética Médica de la FederaciónMédica del Interior fundada en 1966) y a nivel universitario (Comisión de Ética Médica y Conducta Universitaria de la Facultad de Medicina desde 1985)[1,9].

El primer TEM creado por ley en Uruguay fue designado el 31 de octubre de 2012 y tuvo su primera sesión el 8 de noviembre del mismo año, tras lo cual aprobó su Reglamento de Procedimiento, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 47 del Decreto 83/010[7]. Cesó tras cumplir su período reglamentario de tres años para que tomara posesión e iniciara sus actividades el segundo TEM, que actuó desde el 8 de diciembre de 2015 hasta el 8 de noviembre de 2018[10].

Con posterioridad al inicio de las actividades del TEM fue promulgada la Ley Nº 19.286 (Aprobación del Código de Ética Médica) de 25 de setiembre de 2014. Se trató del primer Código de Ética Médica con rango legal en Uruguay. Sin perjuicio de ello, las faltas éticas que instituye no conforman una lista taxativa sino una base ética mínima y orientativa, ya que el propio texto legal señala que la *"enunciación de principios, normas y deberes hecha por este Código no implica el desconocimiento de otros inherentes a los derechos y libertades fundamentales y a las bases éticas de la medicina*" (artículo 81)[4].

Este trabajo tiene el propósito de dar a conocer la primera experiencia en Uruguay de juzgamiento de la responsabilidad ética de los médicos regulada por ley, a partir de la sistematización de los resultados de la actividad cumplida por el TEM durante los dos trienios que comprendió la actuación de las dos primeras administraciones del Colegio Médico del Uruguay.

## Objetivos

General: realizar el primer reporte sobre la responsabilidad ética de los médicos en Uruguay desde la vigencia de la colegiación legal obligatoria.

Específicos:

a) Describir algunas características de las denuncias, los denunciantes y los médicos denunciados por presuntos apartamientos de la ética médica durante los dos primeros períodos de actuación del TEM del Colegio Médico del Uruguay.
b) Sistematizar las características y los resultados de los procedimientos desarrollados a partir de las denuncias promovidas contra los médicos ante el TEM durante el período de referencia.

## Material y método

Se analizaron las siguientes fuentes de información de acceso público correspondientes al período en estudio:

a) Fallos del Tribunal de Ética y del Tribunal de Alzada disponibles en el sitio web del Colegio Médico del Uruguay[10].
b) Memorias del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay[11,12].

Si bien los fallos son publicados con los nombres de los médicos denunciados y de casi todos los denunciantes (salvo situaciones extraordinarias que requieren proteger la intimidad de las víctimas), dados los objetivos de este trabajo, se realizó un manejo anónimo de las partes del proceso, así como de las instituciones y los usuarios involucrados.

De los cuatro casos que estaban en trámite al momento de procesar los datos no se incluyó ningún dato por tratarse de procedimientos con carácter confidencial hasta que exista un fallo firme (artículo 36 de la Ley Nº 18.591).

Para conocer la edad y la especialidad de los médicos denunciados, cuando ello no surge de los fallos, se recurrió a la Secretaría del Tribunal de Ética, para lo cual se requirió la autorización del organismo.

Se analizaron las siguientes variables:

### *I. Sobre las denuncias:*

a) Número de denuncias: admitidas (culminadas o en proceso) / no admitidas.
b) Tipo de falta ética alegada: en la relación con colegas, el equipo de salud o la institución asistencial / en la relación con usuarios, pacientes o su familia.
c) Contexto del conflicto: asistencial (urgencia/emergencia o policlínica) / no asistencial. Se consideró asistencial si ocurrió en el curso de asistencia a pacientes.
d) Primaria o reconvención (contradenuncia del médico denunciado).

e) Denuncia realizada por un tercero o autodenuncia (el médico solicitó al tribunal la consideración de una situación que lo involucró).

*II. Sobre los denunciantes:*

a) Personas físicas (médicos/no médicos); personas jurídicas (públicas/privadas).
b) Departamento donde se desarrolló el conflicto.
c) Asistencia letrada: sí/no. Se asumió que las denuncias realizadas por personas jurídicas contaron con asistencia letrada.

*III. Sobre los denunciados:*

a) Edad (medida en años al momento de la denuncia).
b) Sexo (hombre/mujer).
c) Especialidad médica (se consideró la ejercida en el hecho que dio motivo a la denuncia; los denunciados por actos cumplidos en cargos gerenciales se consideraron en la especialidad Administración).
d)Asistencia letrada: Sí/No.

*IV. Sobre el procedimiento y los fallos:*

a) Duración del procedimiento (medida en meses, desde la fecha en que el TEM acogió la denuncia y la fecha en que se alcanzó un fallo firme).
b) Resultado final del procedimiento: sanción/no sanción.
c) Tipo de sanción: advertencia, amonestación, sanción educativa, suspensión temporal del registro (se indica el lapso), según el artículo 28 de la Ley Nº 18.591.
d) Consensualidad de los fallos del TEM: unanimidad/mayoría.
e) Apelación al fallo del TEM: Sí/No; fallo del Tribunal de Alzada: confirmatorio/revocatorio.
f) Consensualidad de los fallos del Tribunal de Alzada: unanimidad/mayoría.
g) Confirmación de los fallos de suspensión temporal del Registro por el Ministerio de Salud: Sí/No.

## Resultados

Entre el 8 de noviembre de 2012 y el 8 de noviembre de 2018 el TEM recibió 101 denuncias, de las que se acogieron 56 (FR: 0,55) (cuatro de ellas seguían en proceso, estando a consideración del TEM de la tercera administración del Colegio Médico del Uruguay). En el resto de las denuncias, el TEM se declaró incompetente o entendió que la denuncia no cumplió los requisitos establecidos en el Reglamento de Procedimiento.

En la figura 1 se muestra la distribución por año de inicio del procedimiento. Las denuncias admitidas en 2013 incluyen las presentadas en 2012 antes de la designación el primer TEM.

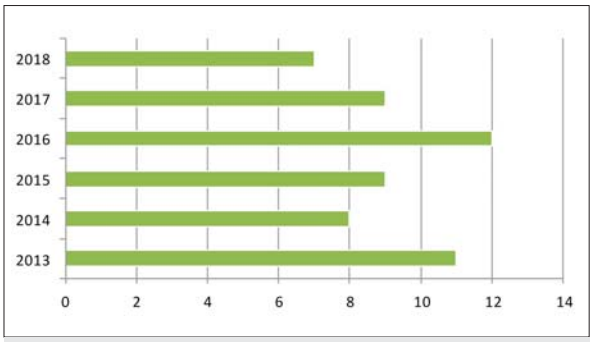



**Figura 1.** Distribución de los procedimientos por año.

Los motivos alegados en las denuncias admitidas y concluidas (n=52) fueron faltas éticas en la relación con colegas, equipo de salud o institución (n=29, FR: 0,58) o en la relación con los usuarios, los pacientes o su familia (n=23, FR: 0,44).

De las 52 denuncias, 31 correspondieron a Montevideo (FR: 0,60). El resto correspondieron a Canelones (n=8), Rivera (n=3), San José y Treinta Tres (n=2) y Colonia, Lavalleja, Maldonado, Paysandú, Salto y Tacuarembó (n=1).

Hubo 4 denuncias (FR: 0,08) promovidas por los propios médicos involucrados (autodenuncia) y 2 (FR: 0,04) reconvenciones (el denunciado contestó el escrito de la denuncia interponiendo una contradenuncia).

Los denunciantes fueron mayoritariamente personas físicas (n=44, FR: 0,85), principalmente médicos (n=33; FR: 0,75); los 11 restantes fueron pacientes, familiares de pacientes o vecinos del médico denunciado. Hubo ocho denuncias realizadas por instituciones públicas (n=4) o privadas (n=4).

La mayoría de los denunciantes no se presentó con asistencia letrada (n=33; FR: 0,63). En 19 casos (FR: 0,37) los denunciantes recurrieron a asistencia letrada (incluidas las ocho denuncias promovidas por personas jurídicas). Si se consideran solamente las denuncias promovidas por personas físicas, tres de cada cuatro denuncias fueron promovidas sin asistencia letrada.

Las 52 denuncias ya concluidas involucraron a un total de 68 médicos, de los cuales 42 fueron varones (FR: 0,62) y 26 mujeres (FR: 0,38). Al momento de la denuncia, los médicos denunciados tenían una edad promedio de 52,8 años (mediana: 55,1; rango: 25,7-72,1 años).

Las especialidades de los médicos denunciados en relación con los hechos alegados se presentan en la tabla 1.

Más de la mitad de las denuncias contra los 68 médicos (n=38; FR: 0,56) se originó en el curso de situaciones asistenciales concretas. Dentro de ellas se observó

un franco predominio de las de urgencia/emergencia (n=24; FR: 0,63).

La mayoría de los médicos denunciados recurrió a asistencia letrada durante el proceso (n=41; FR: 0,60). La proporción se mantiene si se cuentan solo los médicos que resultaron sancionados (n=27): 16 comparecieron con asistencia letrada (FR: 0,59).

El tiempo promedio transcurrido entre la admisión de la denuncia y el fallo definitivo fue de 9,6 meses (mediana: 9,57; rango: 1,4-20,1 meses), sin descontar el mes de receso anual reglamentario de 30 días del TEM.

Los fallos sobre la conducta de los 68 médicos denunciados fueron apelados en 21 casos (FR: 0,31). Si se consideran solamente los fallos sancionatorios (n=31), las apelaciones más frecuentes 20 (FR: 0,65). La mayoría de los fallos del Tribunal de Alzada (n=17; FR: 0,81) ratificaron el de primera instancia. De los cuatro fallos revocatorios del Tribunal de Alzada, tres resultaron más severos que el de primera instancia.

Los fallos de primera instancia sobre los 68 médicos denunciados fueron unánimes en su casi totalidad (n=66; FR: 0,97). También los fallos de segunda instancia que involucraron a 17 médicos fueron casi todos unánimes (n=16; FR: 0,94).

Según fallos definitivos sobre la conducta de los 68 médicos denunciados, en la mayoría (n=41; FR: 0,60) no existió o no se probó la falta ética denunciada.

Las sanciones recibidas por los 27 médicos en que se consideró probada la comisión de las faltas éticas denunciadas se detallan en la tabla 2.

Todos los fallos de los 27 médicos sancionados se fundaron en la Ley Nº 18.591 y el Decreto 83/010. En 17 de ellos se especificaron transgresiones específicas al Código de Ética Médica de la Ley Nº 19.286 (se detallan en la tabla 3). Los fallos también tomaron como referencia la Ley Nº 18.335 (Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud) y su reglamentación (Decreto 274/010), el Decreto 258/992 (Reglas de conducta médica y derechos de los pacientes), el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial y normas de asociaciones profesionales extranjeras (asociaciones psiquiátricas de Estados Unidos y Canadá).

En dos casos el fallo del Tribunal de Alzada fundó la aplicación de sanciones en la inconducta procesal de los médicos denunciados (escritos de apelación que consideró agraviantes hacia la contraparte o hacia el TEM).

Los fallos firmes de inhabilitación (n=4) fueron elevados al Ministerio de Salud, según lo establecido en la normativa legal vigente, sin que se encontraran apartamientos de la legalidad en el procedimiento cumplido, por lo que quedaron firmes en su totalidad.

**Tabla 1.** Especialidades médicas (n).

| | |
|---|---|
| Administración | 3 |
| Anatomía patológica | 1 |
| Anestesia | 1 |
| Cirugía | 7 |
| Deportología | 1 |
| Emergencia | 8 |
| General | 7 |
| Ginecología | 5 |
| Hemoterapia | 1 |
| Medicina interna y especialidades médicas (neurología, endocrinología) | 4 |
| Oncología/Radioterapia | 3 |
| Otorrinolaringología | 7 |
| Pediatría | 8 |
| Psiquiatría | 4 |
| Sexología | 1 |
| Trasplantes | 5 |
| Traumatología | 2 |

## Discusión

Los resultados de los seis primeros años de vigencia del régimen legal de responsabilidad ética de los médicos en Uruguay muestran una sensible estabilidad en cuanto al número de denuncias recibidas.

El alto porcentaje de denuncias no admitidas sugiere un bajo nivel de conocimiento de las competencias legales del TEM y de las formalidades requeridas para su admisibilidad. En efecto, si bien el TEM es competente *"para entender en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio Médico del Uruguay"* (artículo 24 de la Ley Nº 18.591), no tiene funciones de auditoría, periciales, de recepción de quejas o de consultas[4]. Además, en los temas de su competencia, el Reglamento de Procedimiento exige en su artículo 11 que la *"denuncia debe contener: a) una exposición clara y detallada de los hechos que se solicitan sean analizados por el Tribunal; b) la individualización del o de los denunciados, cuando ello sea posible; c) la prueba que el denunciante solicita sea incorporada al procedimiento o producida por el Tribunal; d) el objeto de cada prueba y en el caso de prueba*

**Tabla 2.** Tipo y número de sanciones firmes a los médicos denunciados.

| *Tipo de sanción* | *n (FR)* |
|---|---|
| Advertencia | 19 (0,70) |
| Amonestación | 3 (0,11) |
| Suspensión del registro por 30 días | 1 (0,04) |
| Suspensión del registro por 90 días | 2 (0,07) |
| Suspensión del registro por 6 meses | 1 (0,04) |
| Suspensión del registro por 6 años | 1 (0,04) |

*testimonial los hechos sobre los que será interrogado cada testigo; y d) la expresión clara y precisa de lo que se solicita al Tribunal. No se admitirán denuncias anónimas; deberán ser firmadas y contener los datos de identificación, correo electrónico y teléfono del o de los denunciantes"*. Y que: *"El denunciante deberá comparecer personalmente ante el Tribunal a ratificar su denuncia. La inasistencia injustificada se podrá entender como desistimiento de la denuncia presentada"*. Es factible que la falta de asistencia letrada en la mayoría de las denuncias pueda favorecer su no admisibilidad.

La comprobación de que la mayor parte de las denuncias corresponda a conflictos dentro del propio equipo de salud está en consonancia con la elevada prevalencia de comportamientos disruptivos que se ha reportado[13]. Que estos conflictos se canalicen en el TEM podría indicar que el recurso de la conciliación está subutilizado. El artículo 10 de la Ley Nº 18.591 asigna a los Consejos Regionales la función de actuar *"como Tribunal de Conciliación frente a los conflictos generados entre miembros del Colegio o de estos con terceros"*. Podría entenderse la resistencia de los terceros a recurrir a los Consejos Regionales del Colegio Médico para interceder en un conflicto con un médico. De hecho, en las experiencias más exitosas en la aplicación de los métodos alternativos en la resolución de los conflictos entre usuarios y profesionales de la salud no tiene su sede en las organizaciones médicas[14-16]. Aun tomando esto en consideración, esta objeción no es de recibo cuando se trata de conflictos entre colegas, que constituyen la mayoría de las denuncias admitidas.

Siendo los conflictos entre los propios médicos o con otro personal de la salud la principal causa de las denuncias, no es de extrañar que el artículo 71 del Código de Ética, que hace referencia al valor de la buena relación entre colegas, haya sido el más empleado como fundamento de las sanciones impuestas. El repaso de las normas mencionadas en los fallos de TEM recuerda que no solo es de aplicación el Código de Ética Médica, sino también otras normas jurídicas, como la Ley Nº 18.335 y su reglamentación (Decreto 274/010), el Decreto 258/992 y, en general, toda la legislacion sanitaria nacional, así como los documentos deontológicos internacionales.

El dato de que la enorme mayoría de las personas físicas denunciantes haya comparecido sin asistencia letrada parece alejar la hipótesis de una intención subyacente de obtener pruebas para una acción judicial. Además, muchos de los procedimientos que culminaron en sanciones se basaron en hechos previamente judicializados. En este sentido, parece importante reconocer que los conflictos de los médicos con sus colegas, las instituciones asistenciales, los usuarios y sus familias, y los reclamos que desencadenan, tienen una base real multifactorial sobre la que se puede actuar en beneficio de un mejor ejercicio profesional[1,13,14,19] .

La alta participación de Montevideo en el total de las denuncias está en sintonía con la desigual distrubuición de los médicos en el país[20]. El universo estudiado no permite aún un análisis más afinado por región o por departamento.

El perfil etario de los denunciados (media: 52,8 años; mediana: 55,1 años) es algo más envejecido que el promedio de los médicos en ejercicio[20]. En coincidencia con lo que desde hace 20 años ya mostraba la experiencia de juzgamiento ético en Brasil, esa población se compone mayoritariamente de médicos en el pleno ejercicio de la profesión[21]. De modo que, paradójicamente, tener experiencia de años puede ser un factor de riesgo, tanto de responsabilidad ética como jurídica. Este fenómeno podría estar relacionado con condiciones de ejercicio profesional que perjudiquen la calidad de relación clínica y favorezca la generación de episodios disruptivos[13,20].

Además, llama la atención que casi dos tercios de los denunciados sean varones, en contraste con el perfil de la población médica en Uruguay, crecientemente feminizada, que en el sexenio en estudio muestra entre un 60% y 70% de mujeres.[20, 22,23].

El hecho de que el envejecimiento de la población médica varía en sentido inverso que su feminización podría explicar, al menos en parte, el predominio de los varones entre los denunciados.

También se debe considerar que la distribución de la población médica por especialidad no es igual para los varones y las mujeres. En cuanto a las especialidades más involucradas en los hechos denunciados, este primer reporte muestra una sobrerrepresentación de las especialidades quirúrgicas en relación con su participación en el total de los profesionales y de los actos médicos[22,23]. Pero, sobre todo muestra que las actividades de urgencia/emergencia, sean prehospitalarias u hospitala-

**Tabla 3.** Artículos del Código de Ética Médica mencionados en los fallos sancionatorios y número de menciones

| *Artículo* | *Texto* | *Nº de menciones* |
|---|---|---|
| 2º | a) Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando integralmente los derechos humanos.<br>b) Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad.<br>c) El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni para el exterminio del ser humano, ni para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral de sus semejantes.<br>d) El médico, en el marco de su actuación profesional debe promover las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano. Para ello se basará en una formación profesional reconocida y se guiará por las normas y principios éticos establecidos en este Código.<br>e) El médico debe procurar siempre el más alto nivel de excelencia de conducta profesional. | 3 |
| 3º | Es deber del médico, como profesional de la salud, seguir los siguientes principios y valores fundamentales:<br>a) Respetar la vida, la dignidad, la autonomía y la libertad de cada ser humano y procurar como fin el beneficio de su salud física, psíquica y social.<br>b) No utilizar el ejercicio profesional para manipular a las personas desde un punto de vista de los valores.<br>c) Posibilitar al paciente el encuentro con otro profesional idóneo si él no está en condiciones de ayudarle dentro de sus conocimientos específicos.<br>d) Hacer, como profesional de la salud y como miembro del Colegio Médico del Uruguay, todo lo que esté dentro de sus posibilidades para que las condiciones de atención sanitaria sean las más beneficiosas y no estigmatizantes para sus pacientes y para la salud del conjunto social sin discriminación alguna.<br>e) Respetar el derecho del paciente a guardar el secreto sobre aquellos datos que le pertenecen y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, las que no podrá revelar sin autorización expresa del paciente.<br>f) Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia profesional en su servicio específico a la sociedad.<br>g) La búsqueda de lucro económico u otros beneficios nunca deberá ser la motivación determinante en su forma de ejercer la profesión. Asimismo, no deberá permitir que motivos de orden económico u otros intereses influyan en la recomendación profesional referida a sus pacientes, procurando también que la provisión de medios idóneos de diagnóstico y tratamiento sean éticamente adecuados.<br>h) Ser veraz en todos los momentos de su labor profesional, para que los pacientes y la sociedad tomen las decisiones que les competen.<br>i) Concertar y utilizar el progreso científico y tecnológico de la medicina de tal manera que el humanismo esencial de la profesión no resulte desvirtuado.<br>j) Valorar el trabajo de equipo tanto en su labor de servicio a la salud de sus pacientes como de la población en general. | 5 |
| 4º | El médico tiene responsabilidad en la calidad de la asistencia tanto a nivel personal, como en promoverla a nivel institucional. Es su deber exigir las condiciones básicas para que ella sea garantizada efectivamente en beneficio de las personas, así como reclamar ante los organismos competentes si persisten las condiciones insuficientes en las instituciones. Los médicos que ocupen cargos de dirección deberán proporcionar a los médicos prestadores de la asistencia los recursos humanos y de infraestructura necesarios para que el servicio se preste adecuadamente. | 1 |
| 15º | La historia clínica es un documento fundamental en el acto médico, de ahí que:<br>a) El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo la custodia del médico tratante o de la institución de la que es usuario.<br>b) El paciente tiene derecho al acceso a su historia y a obtener del médico un informe completo y veraz sobre su enfermedad y la asistencia que se le ha brindado. | 1 |
| 18º | Se considera falta ética toda publicidad engañosa o desleal. El médico no debe inducir a engaño a la sociedad propiciando procedimientos o productos comerciales cuya eficacia no está comprobada científicamente. | 1 |
| 24º | El ejercicio clínico de la medicina requiere el vínculo directo con el paciente. La complementación de la asistencia médica a distancia a través de los medios de comunicación, como la telemedicina, seguirá los principios de este Código. | 1 |
| 26º | Todo médico tiene el deber de:<br>a) Guardar y respetar la intimidad del cuerpo y de las emociones del paciente cuando es interrogado, examinado o tratado. | 1 |
| 29º | El médico deberá siempre respetar al ser humano que ha confiado en él. Los actos médicos que emprenda no serán nunca simples gestos técnicos, sino que se integrarán con todos los valores esenciales de la relación médico-paciente. | 1 |
| 69º | a) Como investigador, el médico nunca suprimirá datos discordantes con sus hipótesis o teorías, ni falsificará ni inventará datos. La debida transparencia y obligada declaración pública ante potenciales conflictos de intereses no solo representa una salvaguarda de la relación entre médico y paciente, sino que también de la confianza que el público en general deposita en la profesión médica y en la investigación biomédica.<br>b) En su comunicación científica no ocultará los aportes recibidos de otros autores ni intentará minimizar los méritos de estos. Nunca se atribuirá trabajos que no hayan sido realizados por él. El plagio científico es una falta ética.<br>c) El médico debe comunicar sus hallazgos científicos en un ambiente calificado para valorarlo. Solo después podrá divulgarlo públicamente. Será objetivo y veraz, no creando falsas esperanzas ni sobrevalorando sus hallazgos. | 5 |
| 70º | Los datos obtenidos en investigaciones son confidenciales y solo se puede revelar la identidad del sujeto de investigación con autorización expresa de este. Las comunicaciones y publicaciones deben garantizar el anonimato de los integrantes de la población investigada. | 5 |
| 71º | La buena relación humana entre los colegas es fundamental por su valor en sí misma, por su repercusión en la asistencia de los pacientes y para la convivencia en el ámbito de trabajo colectivo. No son éticas la difamación y la injuria ni los comentarios capaces de perjudicar al colega en el ejercicio de su profesión, más allá de las consideraciones que pueda hacer la Justicia. | 6 |
| 81º | La enunciación de principios, normas y deberes hecha por este Código no implica el desconocimiento de otros inherentes a los derechos y libertades fundamentales y a las bases éticas de la medicina. | 3 |

rias, son las más expuestas a las denuncias. Ambas actividades se consideran de mayor riesgo en materia de reclamos por responsabilidad médica civil y penal.

Que la tercera parte de los médicos que resultaron sancionados (y la mitad de quienes recibieron las sanciones más graves con suspensión temporal del registro) optara por comparecer sin abogado durante el proceso podría estar indicando un error de percepción sobre la importancia de la denuncia o una suerte de negación de la situación denunciada. En igual sentido, es significativo que dos de los cuatro médicos que se presentaron espontáneamente ante el TEM para que se valorara su conducta recibieron una sanción.

El tiempo promedio de los procedimientos ha sido de 9,6 meses, lo que supone una duración bastante extensa pero dentro de los plazos procesales. En consonancia con el principio del derecho a un proceso de duración razonable, el artículo 45 del Decreto 83/010 establece que la instrucción deberá quedar finalizada dentro de 180 días hábiles. Se debe tomar en cuenta que a la duración promedio de 9,6 meses se le debe descontar un mes completo por el período de receso reglamentario del TEM durante el cual se interrumpen los plazos, de tal modo que el tiempo procesal promedio real fue de 8,6 meses. Además, el mismo artículo 45 establece que el plazo es prorrogable por 60 días en función de la complejidad del caso y de la obtención de la prueba, muchas veces dependiente de testigos que no tienen obligación de comparecer y de los tiempos demandados por las pruebas por oficio solicitadas a organismos públicos e instituciones privadas. Por último, el Reglamento de Procedimiento, de corte muy garantista, otorga a las partes la posibilidad de solicitar prueba complementaria por 30 días, derecho a alegar (10 días), vista previa en todos los casos en que recaiga alguna sanción y derecho al recurso de alzada (10 días para interponerlo y 30 para producir el fallo definitivo), según lo establecido en el artículo 30 de la propia Ley Nº 18.591.

Resulta significativo que la mayoría de los fallos del TEM no motivaron un recurso de revocación ante el Tribunal de Alzada. Como era esperable, entre los médicos sancionados en primera instancia las apelaciones fueron más frecuentes. Además, no solo la mayoría de los fallos de alzada ratificaron los emitidos por el TEM, sino que la casi totalidad fueron suscritos por unanimidad de sus cinco miembros, tanto en primera como en segunda instancia.

Las posibles sanciones están limitadas a lo establecido en la norma legal: a) advertencia, b) amonestación, c) sanción educativa y d) suspensión temporal en el registro por un máximo de diez años. El tenor de la gran mayoría de las sanciones aplicadas (advertencia) parece indicar una intención educativa hacia el colectivo médico, con una penalización de carácter moral. Solamente en cinco casos el TEM entendió que la gravedad de la transgresión de los médicos justificaba la suspensión temporal, uno de los cuales fue revocado por el Tribunal de Alzada. Todos los casos que culminaron con sanción grave de suspensión temporal se originaron en denuncias por conflictos de los médicos con los pacientes o sus familiares. Más allá de lo cuestionable de la denominación legal de la "sanción educativa", es posible que su implementación efectiva requiriera alguna forma de reglamentación.

## Conclusiones

El análisis de los primeros seis años de vigencia del régimen legal de responsabilidad ética de los médicos en Uruguay muestra una estabilidad en el número de las denuncias admitidas.

La mayoría de las denuncias y las sanciones aplicadas derivaron de conflictos dentro del equipo de salud. No obstante, las sanciones más graves, que suponen la suspensión temporal del registro, derivaron de conflictos con los pacientes o sus familias.

El universo de los médicos denunciados es polimorfo, aunque algo más masculinizado y envejecido que el promedio de la profesión, con experiencia de varios años de ejercicio y mayor exposición para los que realizan actividades de urgencia/emergencia o quirúrgica.


## Abstract

The Medical Ethics Tribunal has been functioning since 2012 when it was created by Act 18,591 for all cases in connection with medical ethics, deontology and diceology required by the government, individuals or legal persons, or members of the Uruguayan Medical Association. The study aims to inform about the first experience in Uruguay in the judging of the ethical responsibility of medical doctors ruled by law.

**Objective:** General: To present the first report on ethical responsibility of medical doctors in Uruguay.

Specific: a) To describe a few characteristics of the complaints, the people who report the cases and those who are accused for alleged violation of medical ethics in the first two terms of the Tribunal's functioning. b) to systematize the characteristics and results of the procedures developed.

**Method:** the public access sources of information were analysed: a) judgements by the Ethics Tribunal and the Appeals Court; b) Memories of the Medical Ethics Tribunal. A few characteristics of the reports were systematized, as well as those in connection with the people who report the cases and those who are accused for alleged violation, the procedures and the judgements.

**Results:** 101 complaints were received, 56 of which were accepted (FR: 0.55). Ethical offences by members of the health team were the most frequent reason. Complaints involved 68 doctors, mainly male (FR: 0.62) average age being 52.8 years old. Over half the complaints originated in specific situations where medical services were being provided, in particular in the ER context. Surgical procedures were highly represented. Most accused doctors appeared before the tribunal. Average time between the acceptance of the complaint and the final judgement was 9.6 months. According to the final judgments, in most cases (FR: 0.6) there was no offence or the offence could not be proved. 27 doctors were punished and 4 of them were temporarily excluded from the registry. Most offences involved a bad relationship with colleagues, although the most serious ones consisted in abusing the clinical relationship.

**Conclusions:** the number of complaints received was stable. Most complaints and the punishments applied originated in problems within the health team. All greater punishments originated in conflicts with patients or their families. The profile of doctors reported is somehow more aged and male individuals than the polymorph average. Activity in the ER and/or the OR would imply being more exposed to complaints, just like it is seen in civil and criminal liability cases.

## Resumo

O Tribunal de Ética Médica criado pela Lei Nº 18.591 funciona desde 2012 com competência em todos os casos de ética, deontologia e diceologia médicas que sejam requeridos pelo Estado, por pessoas físicas ou jurídica ou por integrantes do *Colégio Médico del Uruguay*. O objetivo deste trabalho é apresentar a primeira experiência no Uruguai de julgamento da responsabilidade ética dos médicos regulada por lei.

**Objetivos:** Geral: apresentar o primeiro relatório sobre responsabilidade ética dos médicos no Uruguai. Específicos: a) Descrever algumas características das denúncias, dos denunciantes e dos denunciados por supostos afastamentos da ética médica durante os dois primeiros períodos de trabalho do tribunal. b) Sistematizar as características e os resultados dos procedimentos realizados.

**Material e método:** foram analisadas fontes de informação de acesso público: a) Sentenças do Tribunal de Ética e do Tribunal de Alçada; b) Memórias do Tribunal de Ética Médica. As principais características das denúncias, dos denunciantes, denunciados, dos procedimentos e das sentenças foram sistematizadas.

**Resultados:** foram recebidas 101 denúncias, das quais 56 (FR: 0,55) foram aceitas. Na maioria delas os motivos foram faltas éticas dentro da equipe de saúde. As denúncias incluíam 68 médicos, principalmente do sexo masculino (FR: 0,62) com idade média 52,8 anos. Mais da metade das denúncias foram originadas em situações assistenciais concretas, especialmente de urgência/emergência. As especialidades cirúrgicas tiveram uma alta incidência de casos. A maioria dos denunciados solicitou assistência letrada. A média do período entre a admissão da denúncia e a sentença definitiva foi de 9,6 meses. De acordo com as sentenças definitivas, na maioria dos casos (FR: 0,60) a falta não existiu ou não foi provada. Foram sancionados 27 médicos e 4 foram suspendidos temporariamente do registro. A maioria das faltas foi por mal relacionamento com outros colegas, porém as mais graves foram por transgressões na relação clínica.

**Conclusões:** o número de denúncias admitidas foi estável durante o período estudado. A maioria delas e das sanções aplicadas estavam relacionadas com conflitos dentro de equipe de saúde. Todas as sanções de maior gravidade foram originadas por conflitos com os pacientes ou com suas famílias. O perfil dos médicos denunciados é um pouco mais envelhecido e masculinizado do que a média polimorfa. A atividade de urgência/emergência e/ou cirúrgica supõem uma maior exposição às denúncias, como se observa na responsabilidade civil e penal.

## Bibliografía

1. **Rodríguez Almada H.** Introducción a la responsabilidad profesional de los médicos y las instituciones asistenciales. En: Medicina Legal. Derecho Médico. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR, 2017:101-10.
2. **Turnes A.** Desarrollo de la Colegiación Médica en Uruguay. Noticias 2009; (153):32-3. Disponible en: https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias153/art18.pdf [Consulta: 1 de febrero 2019].
3. **França O.** Hacia el primer código uruguayo de ética médica. Rev Méd Urug 1989; (5):3-10.
4. **Rodríguez Almada H.** Ley N°19.286: un hito para la profesión médica y la sociedad uruguaya. Rev Méd Urug 2014; 30(4):217.
5. **Torres Calvete J.** Colegio Médico del Uruguay. Rev Méd Urug 2012; 28(2):87-8.
6. **Giuiria F.** Roles de la Colegiación. En: Jornada de Prevención de la Malpraxis Médica, I (1992). Montevideo: SMU, 1993:59-61.
7. **Carámbula M.** Perspectivas parlamentarias del proyecto de Colegiación. En: Jornada de Prevención de la Malpraxis Médica, I (junio). Montevideo: SMU, 1993:62-4.
8. **Lombardi R.** Colegiación médica. Noticias 2010; (156):29-30. Disponible en: https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias156/art9.pdf [Consulta: 2 de marzo 2019].

9. **Adriasola G.** La autorregulación corporativa en el Uruguay. En: Responsabilidad médica y ley penal. Montevideo: Del Foro, 1998:35-7.
10. **Colegio Médico del Uruguay.** Fallos emitidos por el Tribunal de Ética. Disponible en: https://www.colegiomedico.org.uy/fallos-emitidos-por-el-tribunal-de-etica/ [Consulta: 1 de febrero 2019].
11. **Colegio Médico del Uruguay.** Memoria ejercicio 2012-2015. Disponible en: https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/07/ejercicio-2012-2015-1-1.pdf [Consulta: 1 de febrero 2019].
12. **Colegio Médico del Uruguay.** Memoria del CMU 2015-2018. Montevideo: CMU, 2018. Disponible en: https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/08/Memoria-del-CMU-2015-2018.pdf [Consulta: 1 de febrero 2019].
13. **Godino M, Barbato M, Ramos L, Otero M, Briozzo L.** Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud. Rev Méd Urug 2014; 30(4):235-46.
14. **Sindicato Médico del Uruguay, Comisión de Legislación Sanitaria y Derecho Médico.** Métodos alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud: conciliación y mediación. Montevideo: SMU, 2001: 60 p.
15. **Comisión Nacional de Arbitraje Médico.** Memorias del V Simposio Internacional: por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. México D.F.: CONAMED, 2000: 180p.
16. **Etxeberría Gabilondo F.** Alternativas extrajudiciales en la responsabilidad médica: la experiencia del arbitraje médico en España. En: Rodríguez Almada H, coord. Derecho Médico. Montevideo: Bdef, 2001:305-15.
17. **Ramírez A.** La experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México. En: Rodríguez Almada H, coord. Derecho Médico. Montevideo: Bdef, 2001:331-42.
18. **Rodríguez Almada H.** Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Méd Urug 2001; 17:17-23.
19. **Rodríguez Almada H.** De la medicina defensiva a la medicina asertiva. Rev Méd Urug 2006; 22(3):167-8.
20. **González Mora F, Barbero Portela M, Barrero Salgado G, Batthyany Dighiero K, coord.** La profesión médica en Uruguay: caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay. Montevideo: Colegio Médico del Uruguay, 2018:121p.
21. **Gomes JC, Drumund JG, França GV.** Erro Médico. 3 ed. Montes Claros: Unimontes, 2001:222 p.
22. **Sindicato Médico del Uruguay.** Demografía médica en el Uruguay. Disponible en: https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia.html [Consulta: 8 de oct 2018].
23. **Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.** Afiliados activos al 31.12.2017, por edad sexo y profesión. Disponible en: http://www.cjppu.org.uy/download.php?m=g&i=886 [Consulta: 8 de marzo 2019].

El presente artículo ha sido publicado en la RMU en el volumen 35 número 2 con fecha mayo 2019, citándose el siguiente link: http://www.rmu.org.uy/revista/proximo/art5.pdf

# Actividades en nuestra sede

Compartimos algunas de las principales reuniones y actividades realizadas en el CMU, en conjunto con colegas, amigos y profesionales del exterior.

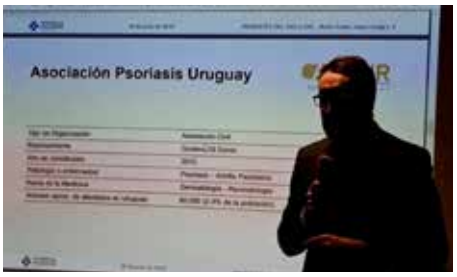
Actividad con el Profesor Dr. Guido Berro Rovira

Reunión con el Presidente de la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay, Dr. Luis Ubillos

Reuniones de trabajo y proyección de mejora de la calidad asistencial con el Presidente de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva, Dr. Asadur Jorge

Profesor Humberto Prinzo en actividad de formación continua de jóvenes colegas

Actividad sobre Bulling con la Lic. Psic. Silvana Giachero, pautas para pediatras y psiquiatras pediátricos




Presentación de APSUR en el CMU, junto a las organizaciones que integran la Alianza de Pacientes Uruguay

XX Jornadas de actualización para el equipo de salud a cargo de integrantes del Comité de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Uruguaya de Cardiología

Encuentro entre asociaciones de pacientes e integrantes de los equipos asistenciales

XXIII Jornadas de actualización para el equipo de salud en el CMU, con presencia de colegas de la Clínica de Ginecotocologica B y asistentes

Segunda reunión con el equipo de Alianza de Pacientes, trabajando en calidad asistencial y seguridad del paciente

# CMU en los medios

Entrevista al Dr. Juan Dapueto en TNU

Entrevista al Dr. Gustavo Rivero Lavie, en Canal 10

Entrevista al Dr. Blauco Rodríguez Andrada en el programa Hablemos de salud, en Canal 10 y A+V

Canal 2 San Carlos, entrevista a los doctores Federico Machado y Marcelo Cabrera por el Día mundial sin tabaco

## El riesgo de suicidio entre médicos duplica al de la población general

Las cifras a nivel internacional preocupan en Uruguay; a estos profesionales les genera vergüenza acudir a un colega y suelen automedicarse

"Un compromiso con la vida: la primera ayuda podés ser vos"

Nota publicada en El Observador - 17-07-19

Presencia del CMU en el programa Vamos andando, canal A+V

Entrevista al Dr. Blauco Rodríguez Andrada en el programa Hablemos de salud, en Canal 10 y A+V

Entrevista al Dr. Carlos Rattín en el Canal 4

HoyCanelones

## Colegio Médico cuenta con programa de apoyo a médicos con problemas de salud mental o adicciones

5 junio, 2019 Hoy Canelones

**Los profesionales de la medicina muchas veces tienen más barreras para acceder a un tratamiento de calidad que la población en general.**

**El doctor también se enferma**

Publicación en el portal Hoy Canelones - 05-06-19

www.diarioelpueblo.com.uy

Publicación en el Portal Diario El Pueblo, al Dr. Néstor Campos

El Dr. Federico Machado, Secretario del Consejo Regional Este, Cardiólogo, en el marco del Día internacional sin Humo de Tabaco, difunde y sensibiliza en el Canal 2 San Carlos acerca de los daños que genera el tabaco y el aumento del riesgo de padecer un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular, cáncer broncopulmonar y muerte cardíaca

El Dr. Wilfredo Casella, Pediatra, Consejero Regional Este en entrevista en FM VIDA 104.7, Rocha, difundiendo los fines y alcances del Colegio Médico. También se refirió a las sesiones realizadas por el Consejo Regional Este en distintas localidades de la Regional. Dejó clara la impronta de este equipo de gestión; de acercar el Colegio Médico a los Colegiados y a la comunidad, en sus tres ejes: Bioética, Mediación y Formación Profesional Contínua

Repercusión en Portal Presidencia.gub.uy

Reunión de trabajo

## Colegio Médico del Uruguay entregó reconocimiento al presidente Tabaré Vázquez

Publicado: 05.06.2019

Compartir Imprimir

El presidente de la República, Tabaré Vázquez, se reunió este miércoles 5 con el presidente del Colegio Médico del Uruguay, Blauco Rodríguez, y la secretaria de la entidad, Nancy Murillo, en una reunión de trabajo que se realizó en la oficina presidencial de las avenidas Suárez y Reyes, en Montevideo. En la reunión, el presidente Vázquez recibió un reconocimiento a su labor como médico y mandatario.

# La Mediación
## Un instrumento de convivencia

La Ley que creó el Colegio Médico del Uruguay otorgó a los Consejos Regionales la responsabilidad de mediar ante posibles conflictos que surjan entre profesionales o con terceros.
La **mediación** es un instrumento que puede ser solicitado por los médicos y/o cualquier persona para buscar soluciones ante un posible conflicto.
Luego de que el Parlamento aprobara el proyecto de *Ley del Código de Ética Médica*, la mediación pasa a ser una herramienta alternativa a los procesos judiciales.
El mediador que interviene en el proceso es imparcial, neutral, facilitador de la comunicación y su participación se limita a que las partes involucradas lleguen a una solución .
La mediación no es obligatoria, de ahí el carácter de voluntario, por lo que la otra parte involucrada debe de estar de acuerdo en intentar mediar. Tampoco se dicta una sentencia ni se toma una resolución, sino que se intentará llegar a un común acuerdo donde el resultado sea “ganar - ganar” para ambas partes.
El objetivo final de la mediación es el de evitar la judicialización de los temas o su pase al Tribunal de Ética.
Cualquier persona puede solicitar un mediador, siendo cada actuación de **reserva absoluta**. Quien quiera solicitar uno mediador debe recurrir al Consejo Regional del Colegio Médico que le corresponda.

Daniel San Vicente
Presidente Regional Montevideo

Marta Moraes
Presidente Regional Sur

Luigi Cavalieri
Presidente Regional Este

José Zapata
Presidente Regional Oeste

Hugo Parodi
Presidente Regional Norte

Ciudad de Bahía Blanca 2452, esq. Avelino Miranda. Montevideo, Uruguay
Secretaría: secretariaregmontevideo@colegiomedico.org.uy
Horario de atención: 10:00 a 18:00 hs. Tel.: (+598) 248 36604

José E. Rodo 348, esq. Treinta y Tres. Canelones, Uruguay
Secretaría: secretariasur@colegiomedico.org.uy
Horario de atención: 9:00 a 13:00 hs. Tel.: (+598) 433 22330 - Cel.: 099 322336

J. Dodera entre Ledesma y 3 de Febrero, Torres Cardinal, Ap. 209. Maldonado, Uruguay
Secretaría: secretariaeste@colegiomedico.org.uy
Horario de atención: 9:00 a 17:00 hs. Tel.: (+598) 4226 0864 - Cel.: 095 220000

Av. Artigas 582. Colonia del Sacramento, Uruguay
Secretaría: secretariaoeste@colegiomedico.org.uy
Horario de atención: 13:00 a 17:00 hs.Tel.: (+598) 452 29797

Santos Errandonea 61, entre Uruguay y Brasil. Salto, Uruguay
Secretaría: secretarianorte@colegiomedico.org.uy
Horario de atención: 13:00 a 17:00 hs. Tel.: (+598) 473 38089 - Cel.: 091 323800

## Ley N° 18591
### CONSEJOS REGIONALES
**Artículo 10**

Compete a los Consejos Regionales:
A) Llevar el Registro de los médicos habilitados para ejercer la profesión en su región, con constancia de su domicilio real.
B) Asegurar el cumplimiento del Código de Etica Médica.
C) Evacuar las consultas que le formulen los integrantes del Colegio Médico del Uruguay, domiciliados en su región.
D) Ejercer la representación del Colegio Regional por intermedio de su Presidente y Secretario.
E) Cumplir con las decisiones del Consejo Nacional en todo lo referente al logro de los objetivos y fines del Colegio Médico del Uruguay.
F) Actuar como Tribunal de Conciliación frente a los conflictos generados entre miembros del Colegio o de éstos con terceros.
G) Elevar propuestas al Consejo Nacional para la elaboración del presupuesto general del Colegio Médico.
H) Elevar al Consejo Nacional la propuesta de nombres para la integración del Tribunal de Etica, dentro de los primeros quince días de su conformación.

# Reconocimiento del Perú al Prof. Dr. Enrique Barmaimon

Se realizó una teleconferencia con la Universidad Peruana Cayetano Heredia, homenajeando al colega uruguayo.

Palabras de los alumnos al profesor

Dr. Enrique Barmaimon y el Dr. Blauco Rodríguez Andrada

Más de 100 libros virtuales realizados

A través de una teleconferencia realizada desde la sede del Colegio Médico del Uruguay, tuvo lugar un emotivo acto en donde los primeros residentes de Anestesiología y Cuidados Intensivos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de la ciudad de Lima, tributaron un homenaje a quien fuera su mentor con motivo de haber cumplido esa primera generación de especialistas, a 50 años de su graduación.

El Dr. Enrique Barmaimon se formó en la Facultad de Medicina de Montevideo, con grandes maestros como Washington Buño, Raúl A. Piaggio Blanco y Pedro Larghero. En Uruguay se especializó en anestesiología desempeñándose en la Universidad de la República. Luego de una importante carrera profesional migró a Lima, donde fue profesor principal con muchos años de experiencia clínica, en el campo de la anestesiología y la medicina intensiva de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pero además, durante muchos años ha ejercido actividad docente en la formación de médicos y especialistas, tanto en Uruguay, como en Perú, primero en los campos de la Histología y Embriología, para luego incursionar como jefe de las Cátedras de Neuroanatomía, Neurofisiología, Psicofisiología y Neuropsicología.

Allí alcanzó por sus méritos, competencia y vocación, altas responsabilidades como jefe del Departamento Académico de Ciencias Biológicas, decano de Facultad, director universitario de Planificación y vicerector académico de la Universidad Peruana San Martin de Porres.

A mediados de los años 50 ganó una beca a París, donde tuvo ocasión de estudiar con Henri Laborit (1914-1995), un biólogo, médico militar, etólogo y psicólogo francés. También tuvo amplio contacto con dos grandes columnas de la medicina moderna: Peter Safar y con Kentaro Takaoka.

En su larga trayectoria no ha tenido pausa ni descanso. Luego de retirarse del ejercicio activo de la profesión y la docencia, ha continuado infatigablemente trabajando en la organización de bibliotecas virtuales, prestigiando con su aporte las más importantes revistas médicas de Uruguay y la región. Y particularmente investigando y elaborando más de 100 libros virtuales que van descubriendo facetas del conocimiento que todos quisiéramos disfrutar, y que ahora podemos hacer gracias a su singular empeño.

El homenaje consistió en recibir varios discursos de sus alumnos, que le recordaron los primeros pasos dados bajo su tutoría, plenos de cariño y muy emotivos, seguidos por varias de las generaciones que siguieron a aquella primera. Luego de la ceremonia, el Dr. Barmaimon se dirigió a sus colegas peruanos, agradeciendo la distinción de este homenaje y recordando a sus mayores y afectos que tanto contribuyeron para su formación, así como a sus maestros uruguayos por quienes siente tanto reconocimiento y afecto.

A continuación, les ofreció una conferencia en la que durante treinta minutos hizo un repaso de los avances de lo que llamó la Medicina Perioperatoria, que especialmente en los países desarrollados ha evolucionado. Desde una especialidad basada en procedimientos en el quirófano, a una con firmes bases de evidencia científica y objeto de múltiples proyectos de investigación.
Justamente, en este campo, y siguiendo las enseñanzas de Pedro Larghero, Barmaimon debió actuar en varias oportunidades encabezando los equipos de socorro dispuestos por el Gobierno del Perú para enfrentar los grandes sismos que afectaron diversas zonas de aquel país.

Finalmente, tuvo palabras de reconocimiento para un grupo de colegas de que dejaron honda huella en su vida: los Dres. Félix Vernazza Alarcón, Alberto Nicola Pazos, Julio César Carozzo, Carlos Quintana Flores, Raúl Romero Torres, Jorge Johnson, Alfredo Flores Cruz, Raúl Peña Cabrera, Hernán Vitacca, Alberto Russo y Rafael Zepedeo, de Perú; León Chertkoff y Federico Schletter, de Uruguay.

Aunque su estado de salud actual no le ha permitido acompañar en Lima a quienes celebran sus bodas de oro con la especialidad, su entusiasmo le ha impulsado a tener esta comunicación por videoconferencia con quienes fueron sus alumnos, que hoy celebran 50 años de aquel comienzo, rindiendo un afectuoso tributo a su maestro.

Varios de quienes fueron sus alumnos le dirigieron cariñosas expresiones, recordando anécdotas y fundamentalmente las enseñanzas recibidas de él en el manejo de nuevas técnicas anestesiológicas.

El Colegio Médico del Uruguay ha servido así de puente para facilitar la comunicación en tan grata circunstancia y felicita al doctor por su larga y fecunda trayectoria, que a pesar de hacer más de 25 años que dejó definitivamente el Perú, el recuerdo de su tarea docente le mantiene vigente en el cariño de sus discípulos.

# Ganadores de becas de Evimed

Se realizaron sorteos de 5 becas para el curso de “Manejo integral del paciente séptico” y 5 becas para “Vacunación en la práctica clínica: resolución de casos.
A continuación los ganadores:

evimed

SEMINARIO - TALLER ONLINE

# El rol del paciente en la Educación Médica Continua

4 SEPTIEMBRE AL 8 OCTUBRE DE 2019

**https://redemc.net/GAME2019**

ORGANIZA GAME Global Alliance for Medical Education

APOYAN redEMC evimed

## OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

- Conocer los roles posibles del paciente en la EMC.
- Entender la importancia del involucramiento del paciente en las actividades de EMC.
- Analizar cómo podría ser dicho involucramiento en el contexto de la institución de cada participante o equipo de participantes, y crear un plan de acción acorde.

## PÚBLICO OBJETIVO

Médicos, educadores y otros profesionales y técnicos que diseñan, organizan y evalúan actividades de educación médica continua, tanto presenciales como por Internet. Se fomenta la inscripción de equipos institucionales interdisciplinarios, de manera de que el conocimiento adquirido sea más fácil de trasladar a la realidad de cada institución.

## COORDINADOR ACADÉMICO

**Dr. Álvaro Margolis**
Médico Internista. Magíster en Informática Biomédica, Universidad de Utah. Miembro fundador de la Academia Internacional de Informática Biomédica. Editor asociado de la Revista Applied Clinical Informatics.
Presidente de la Global Alliance for Medical Education, GAME. Director de EviMed. Uruguay.

## CONFERENCISTAS INVITADOS

**Carine Pannetier**
Director of Education, Events, Programmes & Accreditation - European Respiratory Society.

**Albert Jiménez**
Educational Activities Coordinator - European Respiratory Society.

## INSCRIPCIONES GRATUITAS

Cortesía de la Global Alliance for Medical Education (GAME) y EviMed. Las mismas pueden realizarse de forma individual o grupal, para equipos de la misma institución.

## TEMARIO

**Módulo 1. Apertura**
- Webinar Inaugural - Conferencia Pacientes y profesionales de la Salud: colaboración para el desarrollo de programas y proyectos educativos. Carine Pannetier.
- Intercambio con Expertos en vivo.
- Construir Red Profesional.
- Foro de Presentación y Bienvenida.

**Módulo 2. Ejemplos de involucramiento del paciente**
- Conferencia Formas y ejemplos para el involucramiento del paciente en la Educación Médica Continúa. Dr. Álvaro Margolis.
- Ejemplos prácticos de formas de involucrar el paciente: Entrevista a paciente y su familia – Demostración de técnica – Role playing – Teatralización.
- Actividad Práctica: Padlet virtual para el intercambio interactivo de experiencias.
- Foro de discusión.

**Módulo 3. Cómo lo aplicaría en su institución**
- Conferencia sobre casos de éxito. Albert Jiménez.
- Material de Lectura: *Participación significativa de pacientes, familias y cuidadores en el desarrollo profesional médico continuo:* Capítulo (traducido al español) del libro "Continuing Professional Development in Medicine and Health Care: Better Education, Better Patient Outcomes" (2017).
- Actividad Práctica: Trabajo entregable con revisión cruzada en la comunidad de cursantes, enfocado en cómo involucrar al paciente en las actividades de EMC en el contexto institucional de los participantes.
- Foro de discusión.

**Módulo 4. Cierre**
- Compromiso de cambio.
- Foro de despedida.
- Emisión de Certificados.

## CONTACTO

(+598)98322430 cursos@evimed.net

EviMed y la Red de Educación Médica Continua para América Latina redEMC, en conjunto con docentes del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, organizan este curso online sobre “Consultas dermatológicas frecuentes en niños y adolescentes” para los meses de septiembre a noviembre de 2019.

La dirección académica del curso está a cargo de las Dras. Ana Giachetti y Paula Boggio.

El curso está dirigido a pediatras, médicos de familia, dermatólogos, dermatólogos pediatras y otros profesionales que ven niños y adolescentes en la consulta ambulatoria.

El propósito del curso es el abordaje clínico, diagnóstico y terapéutico de las principales dermatosis pediátricas que motivan la consulta ambulatoria, y la actualización sobre cada tópico desarrollado.

El curso online “Trastornos hidroelectrolíticos y ácido base: su aplicación en la clínica” es organizado por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) con el apoyo educativo, informático y logístico de Evimed. Se desarrollará del 15 de octubre al 9 de diciembre y cuenta con la coordinación académica de los Dres. Alejandro Chevaile Ramos (México), Jorge De la Fuente (Argentina) y Paulo Novis Rocha (Brasil).

Objetivo general del curso: Ser capaz de reconocer y tratar los Trastornos Hidroelectrolíticos y ácido base teniendo en cuenta las novedades en los mecanismos fisiopatológicos subyacentes para su aplicación clínica práctica.

Se trata de un curso dirigido a: Nefrólogos, intensivistas, anestesiólogos, internistas, residentes en formación y otros profesionales interesados.

EviMed y la Red de Educación Médica Continua para América Latina redEMC organizan este curso online sobre “Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en el Paciente Hospitalizado” para los meses de octubre y noviembre de 2019.

La dirección académica del curso está a cargo de los Dres. Rodolfo Quirós y Andrea Vila, con la co-dirección del Dr. Rolando Soloaga.

El curso está dirigido a médicos infectólogos, internistas, intensivistas/terapistas, emergentólogos, residentes de dichas especialidades, al igual que microbiólogos y bioquímicos con interés en esta temática.

# Felicitamos a los nuevos académicos

La Academia Nacional de Medicina del Uruguay realizó una emotiva ceremonia de investidura de nuevos académicos, en el Salón de Actos del edificio de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.

En el marco de la ceremonia, se incorporaron como nuevos académicos los reconocidos médicos: **Dra. Sonia Boudrandi** y el **Dr. Miguel Cherro**.

Ac. Dr. Jaime Polto

De la misma forma, se realizó un Homenaje al **Ac. Dr. Jaime Polto** en reconocimiento y gratitud por los años de dedicación a la Academia.

Fuente: Academia Nacional de Medicina Uruguay - @AcaMedUruguay

Dr. Miguel Cherro

Dra. Sonia Boudrandi

Afectivo reconocimiento a los nuevos miembros de la Academia Nacional

# Algunos reconocimientos a colegas 2019

**Médico gastroenterólogo Henry Cohen, fue reconocido a nivel global como el mejor del mundo.** El Dr. Cohen resultó seleccionado por la Organización Mundial de Gastroenterología (WGO) entre los 60.000 miembros que componen esta sociedad, oriundos de 110 países distintos. Se trata del máximo galardón que un gastroenterólogo puede recibir por su tarea a nivel mundial. Recibirá en setiembre el premio Masters of the WGO 2019, el honor más alto que esta entidad entrega. Henry Cohen es, además, presidente de la Academia de Medicina, director del proyecto ECHO, y profesor de la cátedra de gastroenterología del Hospital de Clínicas.

Fuente: UM

**Profesor del Centro de Ciencias Biomédicas recibió un reconocimiento en mérito a su trayectoria médica con vocación, ética y humanismo**

El Dr. Marcos Mouliá Tuana, profesor del Centro de Ciencias Biomédicas de la UM, fue distinguido con el "Premio a la Excelencia y Calidad en Salud" en mérito a su trayectoria médica con vocación, ética y humanismo, en el marco del XIII Congreso Internacional en Salud el pasado 27 de abril de 2019 en Puerto Iguazú, Argentina. Este es un reconocimiento otorgado por la Organización Internacional para la Capacitación e Investigación Médica IOCIM dentro de ceremonia de premiación *"Prize to the medical by achivement for a better life"*, máxima distinción en Salud que IOCIM otorga a los mejores y más destacados profesionales e instituciones de todo Latinoamérica, Caribe, España y Portugal.

**Reconocimiento al movimiento Mayo Amarillo en Uruguay, por parte de Brasil.**

Se originó en Brasil y se extendió por todo el mundo con el fin de promover la concientización sobre la tasa de mortalidad y lesiones debidas a siniestros de tránsito. Se designó asi por el color que lo representa en el semáforo que significa "**Alerta**". Uruguay se sumó en 2016 a este movimiento, impulsando actividades a nivel público y privado, que tienen como objetivo lograr actitudes preventivas.
El Prof. Dr. Fernando Machado, participó de esta importantísima iniciativa y fue reconocido por colegas brasileros en dicho país.

Prof. Dr. Fernando Machado recibiendo el reconocimiento al Mayo Amarillo

# Talleres 2019 - Obstetricia Crítica en Regionales

El equipo de Obstetricia Crítica del Hospital Militar y el Comité de Obstetricia Críticas de la SUMI realiza durante el 2019 una serie de jornadas denominadas Taller "Código Rojo" y "Código Azul", las mismas constan de 3 partes y se realizaran en el Consejo Nacional y las distintas Regionales del CMU.

Código Rojo: La primera parte consiste en exposiciones teóricas sobre diagnóstico precoz y manejo del shock hipovolémico y de la hemorragia post parto. Asimismo, presentación del protocolo de actuación ante una paciente con shock hipovolémico por hemorragia post parto. Exposiciones a cargo de intensivistas, emergentólogos, ginecólogos y técnicos en hemoterapia.

Una segunda parte práctica con maniquíes para resolución de casos clínicos y aplicación de conceptos vertidos en la exposición teórica.
Por último, un intercambio y cuestionario sobre hemorragia post parto y shock, con corrección del mismo en plenario, así como evacuación de dudas e intercambio con los asistentes.

**Cronograma 2019**
**"Código Azul"**
30 de setiembre
Regional Oeste
Av. Artigas 582 - Colonia del Sacramento.

19 de noviembre
Regional Este
José Dodera entre Ledesma y 3 de Febrero, Torres Cardinal, Apto. 209 - Maldonado.

# La voz de las regionales

Reproducimos a continuación, los aportes enviados por las regionales sobre su gestión.

# Regional Montevideo

La Regional Montevideo en sesión

## A continuación talleres y actividades de la regional

### Mediación

Destacamos las labores de mediación, con actitud proactiva. Se inició labor de mediación en un caso entre familiares de un paciente y una mutualista lográndose avances parciales, requiriéndo una nueva instancia de mediación.
También se realizó mediación entre un médico y una mutualista con acercamiento de las partes y resultado positivo.

### Estrategia nacional intersectorial de prevención del embarazo adolescente

Con la presencia de la Dra. Silvia Graña (Directora del Programa de salud adolescente del MSP), la Dra. Lorena Quintana (Responsable del Programa de salud adolescente), el Prof. Dr. Hugo Rodríguez (Cátedra de Medicina Legal), el Dr. Carlos Zunino (Prof. Adj de pediatría), la Dra. Loreley García y la Prof. Agda. de pediatría. Coordina Prof. Dra. Catalina Pinchak. Fecha de realización viernes 16 de agosto, 11hs. en la sede del CMU.

### Jornada de presentación del estudio CESCAS, estudio longitudinal sobre prevalencia e incidencia de las enfermedades cardiovasculares y respiratorias en el Cono Sur.

A cargo de los doctores Jacqueline Ponzo y José Anibal Manfredi. Fecha prevista de realización setiembre 2019.

### Tareas de fortalecimiento del Colegio

Situación del servicio de Bien Pro
Se recibió al Dr. Juan DaPueto, coordinador del Bien Pro y se analizó la marcha del servicio.
También se recibió a Psicóloga Carla Francolino, integrante de la Fundación Universidad PIT-CNT para el tratamiento de trabajadores con adicciones y colaboradora del programa Bien Pro.

### Jornada sobre atención integral al paciente sordo

Fecha prevista de realización setiembre de 2019

### Seminario sobre *burn out* y estrés laboral médico

### Seminario sobre retiro médico

### Seminario sobre relación médico paciente

### Seminario sobre cambio climático y enfermedad

### Curso sobre diagnótico y tratamniento de la hipertensión arterial

## Jornada sobre Situación de la Tuberculosis y la Descentralización como estrategia

La actividad contó con una nutrida concurrencia de médicos y diversos profesionales, y destacó la importancia de la prevalencia de la tuberculosis a nivel mundial con 1700 millones de casos, con una incidencia en 2017 de 10 millones de casos (1 millón de niños). La tuberculosis se ubica entre las 10 principales causas de muerte, se indica el aumento de su incidencia en Uruguay con una tasa para el año 2018 de 26,8 cada 100.000 habitantes a nivel nacional (incidencia mediana alta), siendo los departamentos de mayor incidencia Montevideo, Maldonado, Artigas, Rivera y San José.

En la jornada se señaló la necesidad de afrontar un cambio de estrategia por medio de la descentralización, con mayor participación de los sectores privado y público, además de la necesidad de actualizar a los médicos en su detección, diagnóstico y tratamiento.

La conferencia se puede ver en su totalidad accediendo a la página web del Colegio, en la sección "multimedia". También puede escanear este código QR con su teléfono inteligente para acceder a la conferencia completa en forma directa.

El Consejo Regional Montevideo resolvió realizar, con la participación del Departamento de Tuberculosis de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP), un curso on-line sobre Tuberculosis, epidemiología, descripción clínica, diagnóstico y tratamiento, gratuito para los colegiados. Fecha prevista de implementación: setiembre de 2019.

## Conociendo y cumpliendo la Ley de colegiación médica

### Comunicado Consejo Regional Montevideo 12 de junio.

El Consejo Regional Montevideo entiende que el sistema respectivo de suplentes queda explicitado en el literal C del artículo 6° de la Ley 17113. El mismo indica que en caso de vacancia se debe convocar en primer lugar a los suplentes correspondientes al titular cuya vacancia hubiera de suplirse, y en segundo lugar a los demás suplentes de la lista. Frente a las dudas surgidas realizamos una consulta a la Corte Electoral, que reproducimos a continuación, coincidiendo plenamente la posición previa del Consejo Regional Montevideo con la resolución de la Corte Electoral.

Corte Electoral

Montevideo, 11 de junio de 2019.

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL MONTEVIDEO DEL COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY,
DR. DANIEL SAN VICENTE.

1931/19
201-18-1-008610

De nuestra consideración:

La Corte Electoral en acuerdo de 5 de junio del corriente, atento a consulta de fecha 20 de mayo ppdo., referente al sistema respectivo de suplentes que es el que ordena todas las listas mandatado por el artículo 39 de la Ley N° 18591 de la creación de ese Colegio, resolvió hacerle saber, que en virtud que el reglamento aprobado oportunamente, se rige de acuerdo a la normativa de la Ley de Elecciones N° 7812, sus modificativas y concordantes, se debe proceder según lo establecido en el literal C. del artículo 6° de la Ley 17.113.

Saludan a usted muy atentamente.

JOSÉ AROCENA
Presidente

FELIPE SCHIPANI
Secretario Letrado

# Regional Sur

La Regional Sur trabajando por los equipos asistenciales y la calidad asistencial

- Nuestro consejo regional ha mantenido sus reuniones presenciales habituales de manera bimensual, además de haber mantenido reuniones virtuales en las cuales cada uno de los consejeros han participado de manera activa desde su localidad.

- Se planificó una jornada de reflexión ciudadana sobre la "Violencia hacia el equipo de Salud" a realizarse el día 22 de junio en la ciudad de Pando. Dicha jornada debió ser suspendida por la situación climática (inundaciones) que estaban sufriendo muchas localidades de nuestra regional, entendiendo por parte de todos los consejeros que no era la oportunidad para ser realizada.

- Se elaborará y realizará una encuesta a distintos integrantes del Equipo de Salud sobre la real importancia e interés que tiene este tema en ellos. Luego del análisis de ésta encuesta se decidirán los pasos a seguir.

- Se recibe solicitud de la Dra. Martha Bove colegiada del departamento de San José, para realizar una reunión con colegiados de esa zona para hablar del rol del Colegio Médico, acerca de los tema Mediación y Conductas disruptivas, dicha reunión se llevará a cabo posteriormente al curso que realizaremos en la ciudad de Salto.

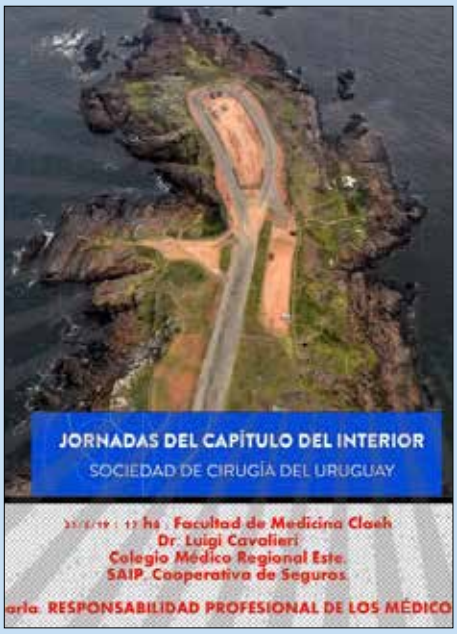
- Se están planificando para las próximas semanas instancias de intercambio con los distintos comités de Educación Médica Continua de la región, en vistas a promover jornadas de capacitación que contemplen las necesidades educativas de cada lugar.

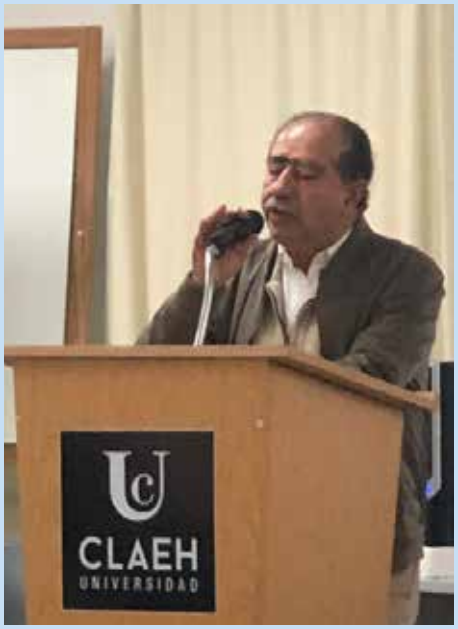
# Regional Este

Con una buena concurrencia se llevó a cabo la Jornada de Reflexión **"Convivencia en el Proceso Asistencial de la Salud"** en la Ciudad de Treinta y Tres, contando con la presencia del Profesor Dr. Guido Berro Rovira. Expusieron sobre Violencia en los servicios de salud; la profesora agregada Dra. Mariana Blengio Valdés acerca de derechos, deberes y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud; y el Dr. Gerardo Amaral. Médico, internista, brindó una exposición acerca de un tema de gran sensibilidad e importancia como lo es la medicina basada en la evidencia y la medicina centrada en la persona.

Auspicio a XVIII Jornadas de Actualización para el equipo de salud. Contó con una nutrida concurrencia. Esta vez se realizó en el Hospital de Maldonado. Con una temática de real importancia como lo fueron sus temas abordados por especialistas en cada área: trombolíticos en el ACV, tabaquismo, una oportunidad para intervenir y resucitación cardíaca básica. Los temas estuvieron a cargo de un equipo integrado por: médico intensivista, médico emergentólogo, licenciada en enfermería y practicante interno de Facultad de Medicina del CLAEH.

El Consejo Regional Este del Colegio Médico del Uruguay otorgó el patrocinio a las Jornadas del capítulo del Interior. Sociedad de Cirugía del Uruguay. El presidente del Consejo Regional Este el Dr. Luigi Cavalieri, el día viernes 31 de mayo abrió estas jornadas con una exposición sobre el tema ***"Responsabilidad Profesional de los Médicos".***



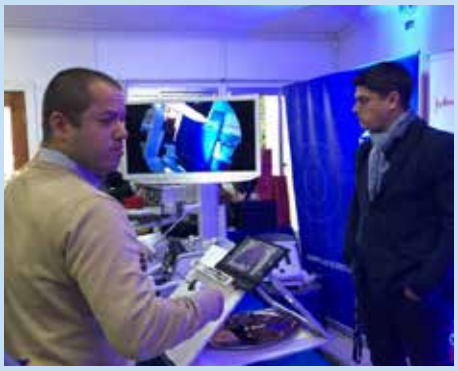



Los días 31 de mayo y primero de junio se realizaron las 23 Jornadas de Cirugía del Interior, Jornadas que fueron de carácter internacional con la presencia distinguida de profesores de EEUU, Argentina y Paraguay. Se contó con un total de 8 cirujanos extranjeros y con más de 70 participantes cirujanos, más médicos residentes de cirugía extranjeros y locales.

Se realizó el primer curso entre la Fundación Favaloro y La Asistencial Médica de Maldonado dentro de las jornadas con comentarios y participación de médicos locales.

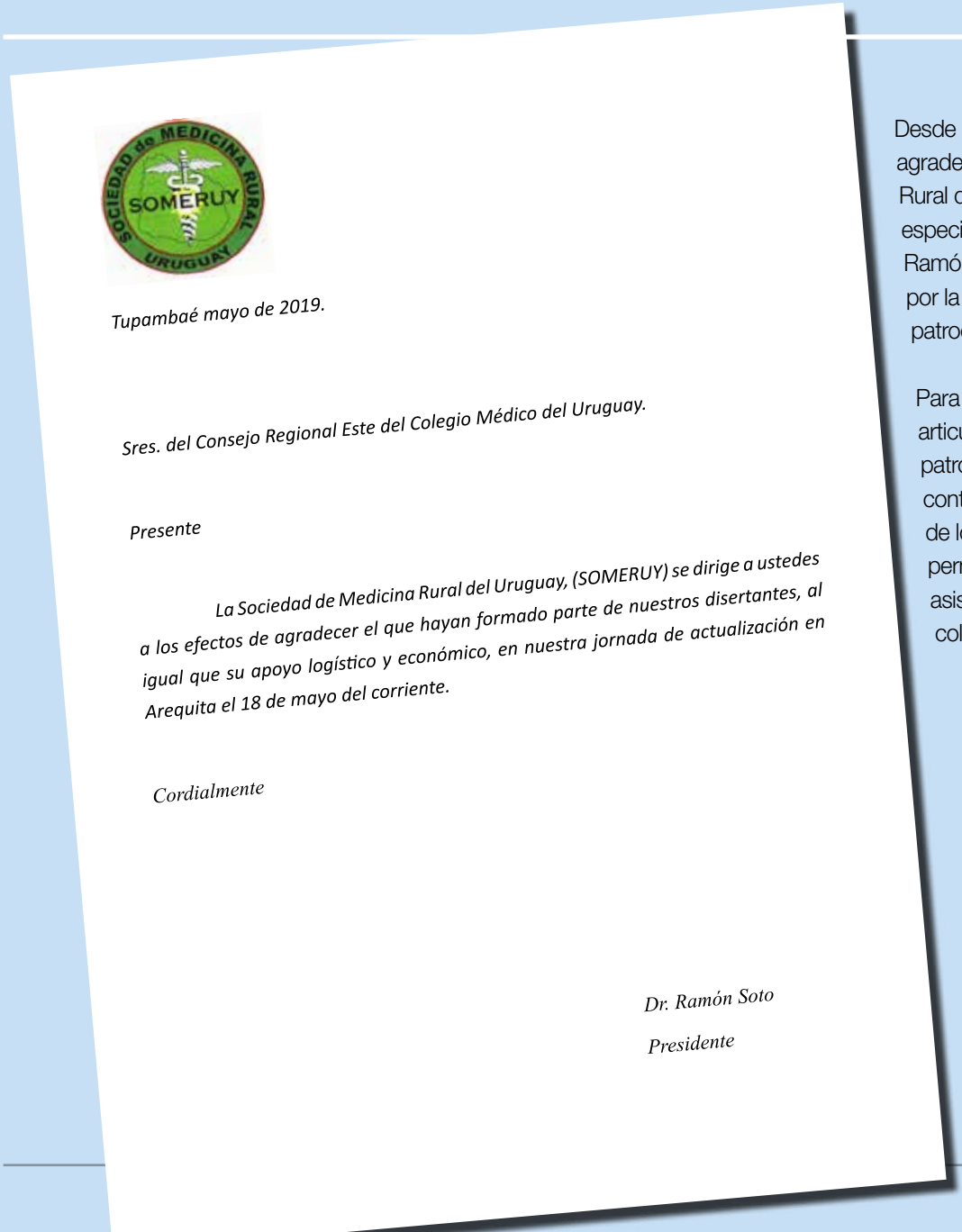
**Invitados:**

Dr. Mariano Giménez, profesor de la UBA Argentina y IHU Estrasburgo.
Dres. Pablo Farinelli, Santiago Rubio, Andrés Diéguez de Fundación Favaloro Argentina.
Dr. Pablo Romero de la Facultad de Medicina de La Plata, BsAs.
Dr. Carlos Ferreira y Hugo Rojas de la Sociedad Paraguaya de Cirugía Endoscópica.
Dr. Juan Montagne del Hospital Italiano de Bs.As.
Dr. Edgar Figueredo Universidad de Washington EEUU.



Patrocinio a Jornadas de Dermatología del Interior, 21 de Junio Chuy
12ª Jornadas de la Cátedra de Dermatología del Interior.

Presente el consejero de la Regional Este, Dr. Wiston Cabrera, en el Chuy. Los consejeros Wiston Cabrera y Wilfredo Casella asistieron a dichas jornadas en el Chuy. Estuvieron presentes colegas de la Cátedra de Dermatología y el Dr. Miguel Martínez, profesor de Dermatología y Decano de la Facultad de Medicina de la UDELAR.



SOCIEDAD de MEDICINA RURAL
SOMERUY
URUGUAY

*Tupambaé mayo de 2019.*

*Sres. del Consejo Regional Este del Colegio Médico del Uruguay.*

*Presente*

*La Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, (SOMERUY) se dirige a ustedes a los efectos de agradecer el que hayan formado parte de nuestros disertantes, al igual que su apoyo logístico y económico, en nuestra jornada de actualización en Arequita el 18 de mayo del corriente.*

*Cordialmente*

*Dr. Ramón Soto*

*Presidente*

Desde el Consejo Regional Este agradecemos a la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay (SOMERUY) y especialmente, a su presidente Dr. Ramón Soto y secretaria Dra. Ana Tiznes por la carta de agradecimiento por el patrocinio y asistencia a dicha actividad.

Para nosotros es un honor asistir, articular, promocionar, auspiciar y/o patrocinar a actividades de formación contínua profesional, ya que es uno de los fines del Colegio Médico, permitiendo mejorar la calidad de asistencia brindada por nuestros colegas.

# Regional Oeste

**Abordaje en violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes.**
Con más de 100 participantes se dearrolló en Colonia, con el apoyo de la Regional Oeste, una actividad de formación, con la presencia de la directora de INAU, Karina Pezzuti. Expuso la psiquiatra Dra. Magdalena García.

**Sarampión, Varicela y Leishmaniosis. Vacunación en situaciones especiales.**
Dr. Herry Albornoz y Dra. Catalina Pirez. Sábado 27 de julio. Auditorio de CAMEC, cuidad de Rosario.
Dirigida a médicos y personal de salud.

Se llevó a cabo la jornada de **Violencia en el ámbito de la salud** a cargo del Prof. Dr. Guido Berro, y la jornada de **Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de la salud** a cargo de la Prof. Dra. Mariana Blengio Valdés.

# Regional Norte

## 2º Encuentro de Regionales con el Consejo Nacional

Una fructifera actividad se llevó a cabo los días 19 y 20 de julio, en donde se realizó el 2º Encuentro de Regionales con el Consejo Nacional, y un curso de mediación en la salud que consitó el interés de todos los participantes. El departamento de Salto recibió a todos los colegiados y se destacó la importancia de realizar éste tipo de encuentro en el interior del país.

Fuimos anfitriones en el 2º Encuentro de Regionales con el Consejo Nacional

## Curso de Mediación

Se realizó complementariamente una 2ª jornada de formación en mediación en la salud, al cual participaron colegiados de todo el Uruguay.

El 9 y 16 de julio se llevaron adelante las primeras reuniones por video conferencia de la Regional Norte, con mucho éxito, a través del programa Zoom.

El día 5 de agosto, en el Salón de actos del Hospital Regional Salto, se realizará el Curso de Obstetricia Crítica - Código Rojo, a cargo de la Dra. Anabela Fernández, de la Unidad de Obstetricia Crítica del Hospital Militar, y su equipo docente. El mismo es sin costo y estará acreditado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

## El BienPro en Artigas

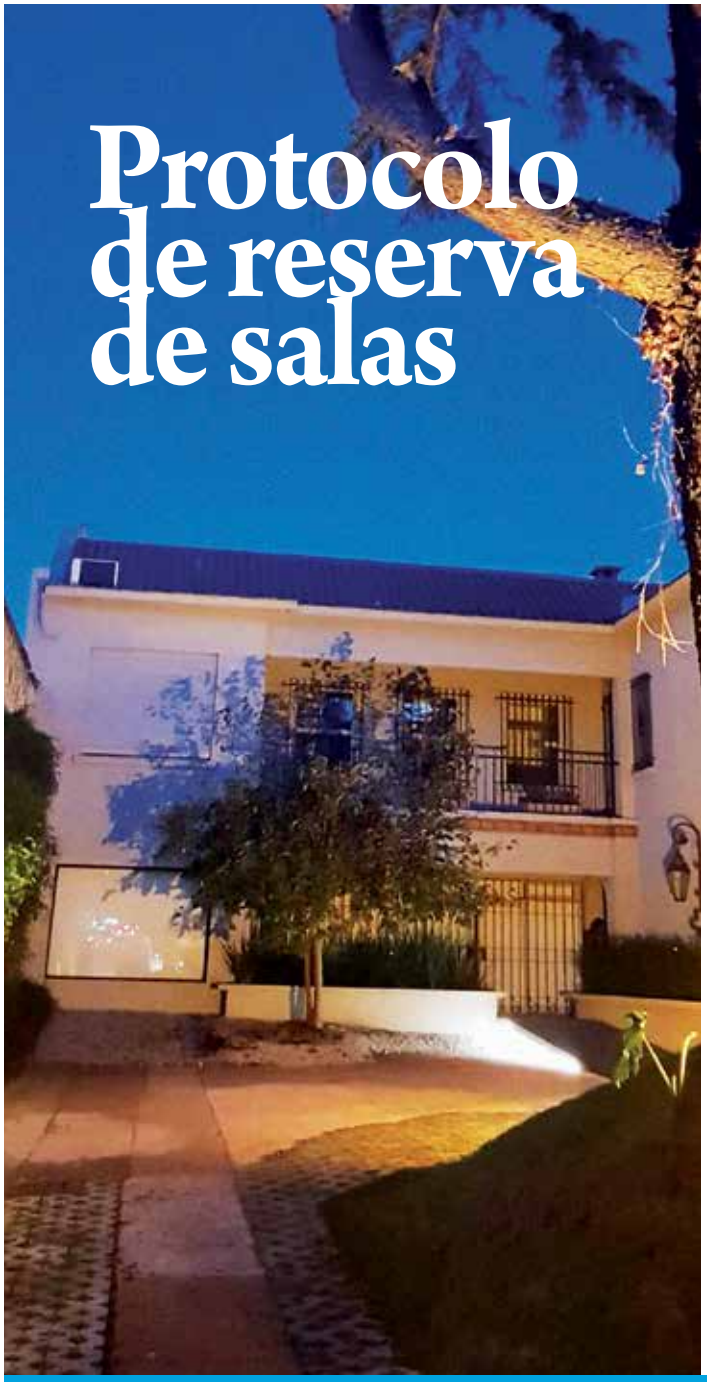
En junio se llevó adelante una actividad en la ciudad de Artigas sobre Bienestar del Médico. Organizada junto con el coordinador del programa BienPro del CMU: Dr. Juan Dapueto, profesor y director del departamento de Psicología Médica de Fac. Med. - Hospital de Clínicas. La misma contó con la participación de referentes en el área: Dr. Néstor Campos (Profesor Adscripto Honorario de la Clínica

Quirúrgica 3, Exjefe de Cirugía y Centro Tratamiento Intensivo del Hospital Regional Salto, y Ex Presidente del Colegio Médico del Uruguay); y también la Dra. Cecilia Álvarez (Ex Profesora Adjunta de la Clínica de Psiquiatría de Fac. Med., Médica Psiquiatra del Hospital Regional Salto y SMQS).
Se presentaron cifras y análisis nacionales e internacionales sobre depresión y suicidio en los médicos. El rol del BienPro y cómo acceder al programa. El Bienestar del médico y la perspectiva de los médicos jóvenes. Significaron en la actividad, con una excelente interpretación de role playing, el grupo teatral Abrochagorda de Artigas, a cargo de la Profesora Eneida Rodríguez y su equipo. Reflexionando sobre el apoyo al médico y la responsabilidad hacia los pacientes.

**PROYECTOS A DESARROLLAR.**
Se está en procesos finales de organización del proyecto de trabajo en conjunto con las Ligas de Fútbol Infantil de la región sobre "Prevención de Conductas Violentas". Se pretende comunicarlo a través de medios de comunicación. El primer taller sobre: manejo de las adicciones se estaría desarrollando en Paysandú el día 8/8. Hay un importante interés del colectivo en realizar actividades sobre: mediación y relacionamiento de los médicos generales y de guardia con los retenes; y se está trabajando en ello.

Se declara de interés de la Regional: Jornada sobre Traslado Prolongado del Paciente Crítico, a cargo del equipo docente del Dr. Fernando Machado, Cátedra de Emergentología.
Se auspicia curso de Utilización del Fibrinolítico, en el marco de la revascularización, que organiza SMQS.

# Protocolo de reserva de salas



## Utilizacion de infraestructura edilicia del CMU por parte de Colegiados

Es intención del presente documento explicitar las condiciones de utilización de la infraestructura de la sede por parte de colegiados no consejeros.

- Las áreas de la sede dispuestas a tales efectos serán: Sala mayor de conferencias (máximo 60 personas), sala de reuniones primer piso (máximo 20 personas), sala Umansky (máximo10 personas), baños y cocina.
- La solicitud deberá ser formulada desde la AGEM por parte de una entidad (sociedad científica, grupo de trabajo, etc) o colegiado que represente un determinado colectivo. En todos los casos, los solicitantes, referentes o autoridades de los colectivos deberán estar al día con los aportes al CMU.
- En la solicitud claramente deberá ponerse de manifiesto el motivo de la reunión, la cantidad de participantes, la fecha de realización de la mismas y en que horario ( el mismo será de lunes a sábados de 09.00 a 21.00 horas.
- Se deberá reservar con una semana de antelación.

**La casa de todos**

**Por información y reserva de salas**
**www.colegiomedico.org.uy/nueva-sede/**

**Les recordamos que si realizan trámites en el CMU hay zona para estacionar.**

**Algunas de las jornadas realizadas en la sede del CMU en Junio y Julio**

Sociedad de Otorrinolaringología todos los segundos martes de cada mes.

Jornadas actualización para los equipos de Salud (Regional Este).

Ciclo de conferencias Dr. Pablo Schiavi.

Becas EVIMED para colegiados - Curso sobre manejo de paciente séptico y Sobre Vacunación.

Jornada SUAS - creación de Código de Ética organizacional para Empresas de salud y Código de Ética Médica Gerencial.

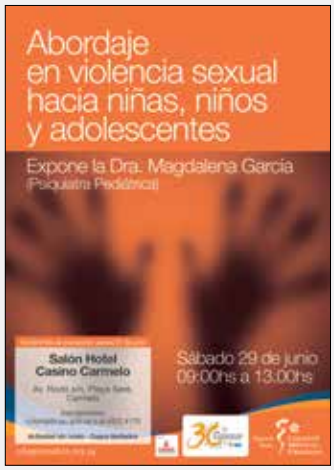
Jornada Regional Montevideo sobre Situación de la Tuberculosis y la Descentralización como estrategia.

Abordaje Integral del Paciente con Heridas: nuevos conceptos.

SUAS - Gestión sanitaria basada en la Ética.

Seguínos en colegiomedico.org.uy @colegiomedicouy

# Más de 30 actividades de educación médica continua, realizadas y apoyadas por el CMU en dos meses.



"CÓDIGO ROJO"
Hemorragia post parto
Regional Norte
Salto

Curso - Vacunación en la práctica clínica: resolución de casos
Sortearemos 5 becas entre los colegiados que deseen participar
Curso Online
17 de Julio al 10 de Setiembre 4 hs x semana

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE SÉPTICO
https://redemc.net/sepsis
redEMC
redEMC
evimed
OBJETIVO DEL CURSO
TEMARIO DEFINITIVO
EQUIPO DOCENTE
DIRECTORES
COSTOS
INSCRIPCIÓN ORIGINAL ANTICIPADA
U$S 3.290
CONTACTO

Consejo Regional Norte del CMU invita a:
Taller sobre
"Prevención de Adicciones"
A cargo de los Licenciados en Psicología Hermann Schreck y Claudia Benítez
Jueves 8 de agosto
17:30 hs.
COMEPA - Paysandú
Calle 1224
La actividad es destinada a referentes deportivos, directores técnicos, padres o tutores y jugadores de la Organización de Fútbol Infantil.

XX Jornadas de Actualización para el equipo de salud.
Miércoles 26 de junio hora 19.30.
Sede del Colegio Médico del Uruguay

El Consejo Regional Oeste organiza la jornada académica
Sarampión, leishmaniosis y varicela en el embarazo
Expone
Dr. Henry Albornoz
Dirigida a médicos y personal de salud
sábado 27 de julio
9.00hs.
Auditorio de CAMEC
Centro 271
Ciudad de Rosario, Colonia
CAMEC

XXIII Jornadas de Actualización para el equipo de salud.
Jueves 2 de agosto, 19.30
Sede del Colegio Médico del Uruguay

Listado de Alianzas de pacientes
Sede del CMU
Ciudad de Bahía Blanca 2462
esq. Avelino Miranda
miércoles
26 de junio
18.30 hs

El Consejo Regional Montevideo organiza la jornada académica
Situación de la Tuberculosis y la descentralización como estrategia
Exponen
Dr. Fernando Arrieta
Director del Dpto. de tuberculosis de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP)
Dra. Mariela Contreras
SubDirectora del Dpto. de Tuberculosis de la CHLA-EP
Dra. Silvia Cataldi
Médica Supervisora de la CHLA-EP
Sede del CMU
Ciudad de Bahía Blanca 2462
esq. Avelino Miranda
jueves 20 de junio
11.00 h

XIX Jornadas de Actualización para el equipo de salud.
Jueves 6 de junio, hora 19.30.
Sede del Colegio Médico del Uruguay
"Autopsia histórica, a propósito de la muerte de Washington Beltrán"

Abordaje en violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes
Expone la Dra. Magdalena García
(Psiquiatra Pediátrica)
Salón Hotel Casino Carmelo
Av. Rodó s/n, Playa Sara, Carmelo
Sábado 29 de junio
09:00hs a 13.0hs

"CÓDIGO ROJO"
Hemorragia post parto
Salón de actos
Hospital Regional
Salto

Actividad organizada por el Consejo Regional Norte del CMU
El Bienestar del médico
A cargo de Dr. Juan Dapuetto

4
Poder judicial, historia clínica y consentimiento del paciente.
Conferencias a cargo del Dr. Pablo Schnell
Cuarta charla
Sede del CMU
Ciudad de Bahía Blanca 2462
esq. Avelino Miranda

Jornada de Reflexión
"Convivencia en el Proceso Asistencial de la Salud"
FEMI

El CMU organiza la jornada
Abordaje integral del paciente con heridas. Nuevos conceptos
Dr. Adrián Marichal
Médico de familia y comunitaria. Diplomado en cicatrización de heridas (UAI-AACH)
Dr. Adrián Ramos
Médico de familia y comunitaria. Diplomado en cicatrización de heridas (UAI-AACH)
Lic. Enf. Claudia Rodríguez
Experta en cuidado avanzado de heridas (UDELAR)
Aux. Enf. Carla Burguez
Curso avanzado de heridas (SOCUE)
Sede del CMU
Ciudad de Bahía Blanca 2462
esq. Avelino Miranda
jueves 4 de julio
20.00 hs

Alerta: Sarampión
Sede del CMU

# A tener en cuenta las próximas fechas:

**Agosto**

01 de Agosto - Semana Mundial de la Lactancia Materna
29 de Agosto - Día Nacional de la Nurse
31 de Agosto - Día de la Partera

**Setiembre**

04 de Setiembre - Día Nacional de Prevención y Control de la Fibrosis Quística
08 de Setiembre - Día Mundial de la Fibrosis Quística
08 de Setiembre - Día Mundial de la Fisioterapia
09 de Setiembre - Día del Cardiólogo
10 de Setiembre - Día Mundial para la Prevención del Suicidio
11 de Setiembre - Día de la Salud Privada
16 de Setiembre - Día Mundial del Linfoma
21 de Setiembre - Día Mundial del Alzheimer
24 de Setiembre - Día del Pediatra
26 de Setiembre - Día del Neumólogo
29 de Setiembre - Día del Oncólogo

**Octubre**

01 de Octubre - Día Internacional de las Personas Sordas
01 de Octubre - Día Internacional de la Hepatitis C
07 de Octubre - Día de la Salud Bucal
10 de Octubre - Día Mundial de la Salud Mental
12 de Octubre - Día Mundial de las Enfermedades Reumáticas
12 de Octubre - Día Mundial de los cuidados paliativos (2º sábado de octubre)
12 de Octubre - Día Mundial de la Vista (2º sábado de octubre)
13 de Octubre - Día Mundial de la Trombosis
15 de Octubre - Día Mundial del Lavado de Manos
16 de Octubre - Día Mundial de la Alimentación
17 de Octubre - Día Mundial contra el dolor
18 de Octubre - Día Mundial de la Menopausia
19 de Octubre - Día Internacional de Lucha contra el Cáncer de Mama
20 de Octubre - Día Mundial de la Osteoporosis
22 de Octubre - Día del Otorrinolaringólogo en el Uruguay
23 de Octubre - Día del Periodista
24 de Octubre - Día Mundial de la Poliomielitis
29 de Octubre - Día Mundial del Ictus
29 de Octubre - Día Mundial de la Psoriasis
29 de Octubre - Día Mundial del Corazón
29 de Octubre - Día del Neurólogo y Neurocirujano
29 de Octubre - Día Mundial de la Retinosis Pigmentaria

# AGEM

## Agenda Global de Educación Médica

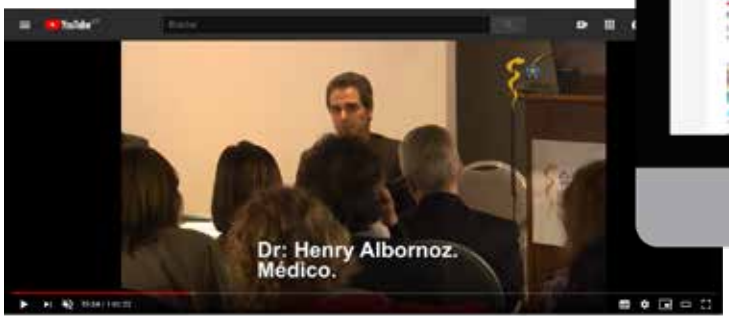
Confeccionada para unificar con criterio todas las actividades del sector médico y no generar superposición de agenda.

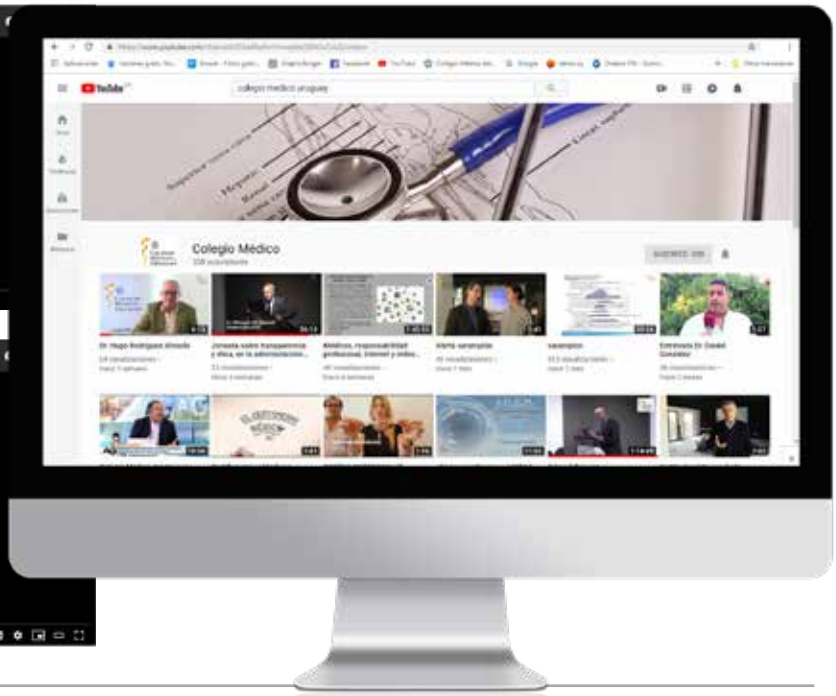
La AGEM es una base electrónica mediante la cual cualquier institución médica podrá registrarse y comunicar todas las actividades que realice. Se podrá consultar y agregar eventos relacionados con el ejercicio de la medicina.

Cada evento contará con detalles como fecha, lugar, especialidad y temática. Asimismo, las Sociedades Científicas y similares podrán brindar información al grupo acerca de eventos importantes que tengan lugar en el extranjero.

## Seguinos en YouTube colegio medico

Porque sabemos que no siempre podés asistir a todas nuestras actividades, te invitamos a verlas en nuestro canal, y así poder seguir capacitandote desde donde te encuentres.



**Consejo Nacional**
Lunes a viernes de 10:00 a 18:00 hs.
Ciudad de Bahía Blanca 2452 esq. Avelino Miranda
Montevideo - Tel.: 2483 66 04
secretaria@colegiomedico.org.uy

**Regional Montevideo**
Lunes a viernes de 10:00 a 18:00 hs.
Ciudad de Bahía Blanca 2452 esq. Avelino Miranda
Montevideo - Tel.: 2483 66 04
secretariaregmontevideo@colegiomedico.org.uy

**Regional Sur**
Lunes a viernes de 9:00 a 13:00 hs.
José E. Rodo 348 esq. Calle 33
Ciudad de Canelones - Tel.: 433 22330
secretariasur@colegiomedico.org.uy

**Regional Oeste**
Lunes a viernes de 8:30 a 12:30 hs.
Avda. Artigas 582
Colonia del Sacramento - Tel.: 452 29797
secretariaoeste@colegiomedico.org.uy

**Regional Este**
Lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hs.
José Dodera entre Ledesma y 3 de Febrero
Torres Cardinal, Apto. 209 - Tel.: 4226 0864
secretariaeste@colegiomedico.org.uy

**Regional Norte**
Lunes a viernes de 13:00 a 17:00 hs.
Santos Errandonea 61 entre Uruguay y Brasil
Salto - Tel.: 473 38089
secretarianorte@colegiomedico.org.uy