



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

**Asamblea del Claustro
de la Facultad de Medicina**

*Sesión extraordinaria del día
25 de julio de 2024*

ACTA N° 8

Versión taquigráfica

Preside la Lic. María de las Mercedes Martínez

S U M A R I O

| | |
|---|----------|
| Acta N° 7, de fecha 20 de junio de 2024..... | 1 |
| Informe de la Comisión Escuela de Graduados..... | 1 |
| Informe de la Comisión Hospital de Clínicas..... | 5 |
| Informe del director general del Hospital de Clínicas, Dr. Álvaro Villar | 6 |

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Sesión extraordinaria del día jueves 25 de julio de 2024

Acta N° 8

Versión taquigráfica

Preside la Lic. María de las Mercedes Martínez.

ASISTEN:

Por el orden docente: Sebastián Lema, Adriana Tiscornia, Laura Martínez, Cristina Baladón, Natalia Bernardi, Juan José Paganini, Clara Niz, Alba Negrín, Mariana Diez, Marianela Borda, Marianela Rodríguez, Claudia Izquierdo y Juan Barcia.

Por el orden de egresados: María de las Mercedes Martínez, Jorge Reggiardo, Jorge Montaña, Gustavo Musetti, Natasha Soca y Agustín Haller.

Por el orden estudiantil: Santiago Ramírez, Sofía Benech, Andrea Riera, Augusto Valentín y Romina Motta.

Actúa en Secretaría el Sr. Matías Jaimes.

SEÑORA PRESIDENTA (María de las Mercedes Martínez).- Habiendo *quorum*, está abierta la sesión.

(Es la hora 13)

Acta N° 7, de fecha 20 de junio de 2024

SEÑORA PRESIDENTA.- Se va a votar la aprobación del acta N° 7, de la sesión correspondiente al 20 de junio de 2024.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

Informe de la Comisión Escuela de Graduados

SEÑOR MONTAÑO (Eg.)- El trabajo de la comisión viene siendo complicado. En la medida en que nos pongamos de acuerdo, podemos analizar un documento muy interesante sobre el tema a fin de hacer una propuesta al Consejo, con la anuencia del Claustro. El asunto no solo es complejo desde el punto de vista técnico-académico sino también político.

La Escuela de Graduados como institución es un buque insignia y un ejemplo para la Universidad de la República. Está de más decir que fue la primera Escuela de Graduados, con sus estatutos, su dirección, etc. Ahora, por razones que no vienen al caso, derivadas del nuevo Estatuto del Personal Docente, se elimina. Tampoco se puede decir que haya una refundación, lo cual también sería bastante complejo. Ante esta circunstancia, en la cual existe una Facultad de Medicina integrada, me parece que el Claustro tiene la oportunidad de hacer un aporte serio al Consejo. Tenemos bastante material y elementos empíricos como para hacer una

propuesta, que va a estar lejos de ser ejecutiva. De ser así, en un plazo de un mes podemos presentarla al Claustro y luego, si es aceptada, elevarla al Consejo para ver qué nos responden.

SEÑOR LEMA (Doc.).- El grupo que está participando es bastante reducido como para poder establecer una propuesta formal. El objetivo es plantear una discusión que sea lo más amplia posible y, por otro lado, dar ciertos lineamientos específicos para eventualmente discutir con el director o la directora. Ante ese planteo, más que elaborar un documento el objetivo es establecer ciertos ámbitos de discusión, comprendiendo las áreas específicas de la Escuela de Graduados. No sé si darnos un plazo de un mes para presentar un documento al Claustro es factible, de acuerdo con la evolución de la comisión en estos meses.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿El planteo es que el Claustro tome el tema y lo discuta en una de sus sesiones?

SEÑOR LEMA (Doc.).- Una posibilidad es esa y otra es establecer un ámbito de discusión más abierto.

SEÑOR MUSETTI (Eg.).- Después de la reunión con el decano esperábamos que llegara algo por escrito, que es lo que teníamos entendido desde que asumimos. Está bien hacer una propuesta, pero tal vez en el Consejo se están manejando otras alternativas. Habría que saber qué camino está tomando el Consejo para no ir en contra de ese trabajo. Desde que asumió el decano han pasado cosas, que tienen que ver con un montón de aspectos, unos desde el punto de vista administrativo y otros no. Estoy de acuerdo con lo que dice el Dr. Montaña pero creo que no podemos actuar solos. Si en determinado plazo el Consejo no decide plantear la propuesta, tal vez podamos hacer una nosotros.

SEÑOR PAGANINI (Doc.).- El Consejo ha dilatado el tratamiento de este asunto. Nos iban a mandar una propuesta escrita al mes de la primera reunión y ha pasado mucho más tiempo. En la última reunión el decano nos dio lineamientos estructurales. Pienso que sería conveniente conocer la propuesta del Consejo para confrontarla con la nuestra. Podríamos pedirla por nota formal, independientemente de que el Claustro tiene todo el derecho de discutir el tema y expresarse.

SEÑOR MUSETTI (Eg.).- Está pendiente la designación del director de la Escuela de Graduados. El decano nos planteó que la teníamos que hacer nosotros.

SEÑOR MONTAÑO (Eg.).- El Consejo es un órgano ejecutivo y el Claustro es un órgano deliberativo. Aquí no definimos nada sino que simplemente orientamos. ¿Qué vamos a hacer como cuerpo elector? ¿Al director de qué Escuela de Graduados vamos a elegir? Si no claras estas cuestiones, no sé para qué existe la comisión. Es cierto a veces hay poca participación, pero en la medida de lo posible hagamos un esfuerzo no solo con los que estamos ahora en la comisión sino también con la mayor cantidad posible de gente que se sume a fin de elaborar una propuesta de trabajo, con lineamientos generales y conceptuales. Después nos dirán qué es factible y qué no lo es, pero la comisión debería hacer algún aporte. Repito: ¿para qué Escuela de Graduados vamos a elegir un director?

SEÑORA PRESIDENTA.- En lo personal, no sé si vamos a poder tener injerencia en el futuro organigrama de un órgano que ni siquiera sabemos si se va a llamar Escuela de Graduados. Eso se está trabajando a nivel de Decanato, con los asistentes académicos, etc. Sin embargo, podemos dar la discusión de los otros temas. En el documento que está en el Drive hay preguntas muy interesantes, que

ameritan ser discutidas. Una es cómo se van a desarrollar las diferentes áreas dentro de ese ámbito, cómo va a ser el ingreso a las áreas y cómo vamos a contemplar la nueva realidad, ya que van a ser 22 las carreras que podrán acceder a la formación. Todas esas discusiones hay que darlas, y lo vengo diciendo desde el principio.

Con respecto al organigrama del órgano, reitero que a esta altura no sé si vamos a tener injerencia. Además, el nuevo organigrama viene acompañado de una normativa que también desconocemos. Es evidente que si se modifica va a cambiar la forma de regirse. Sin embargo, creo que podemos discutir sobre cada área y cómo podemos hacer para mejorar la interna a fin de lograr la Escuela de Graduados que queremos.

El documento del cual se partió contiene temas muy importantes y surgen preguntas para darnos una muy buena discusión. Si a partir de ahí se elabora un documento o una propuesta para el Claustro sería bienvenido, pero tenemos que darnos la discusión desde ese manejo de las diferentes áreas y desde el funcionamiento interno del órgano, independientemente de cómo quede plasmado el organigrama. Sin duda, pueden surgir dudas acerca de cómo nombrar las diferentes instancias, pero no está dentro de nuestras competencias tener injerencia sobre eso.

SEÑORA MARTÍNEZ (Laura) (Doc.).- Estoy muy de acuerdo con lo que acaba de decir la presidenta. Me imagino que la elección del director va a ser después de que exista un organigrama. ¿O vamos a organizar una elección sin conocerlo?

SEÑORA PRESIDENTA.- La elección del director está todavía en suspenso hasta la aprobación del nuevo organigrama. Una vez que esté aprobado, la convocatoria la hará el Claustro.

SEÑORA MARTÍNEZ (Laura) (Doc.).- La hace el Claustro pero a pedido del Consejo.

SEÑORA PRESIDENTA.- El Claustro va a seguir teniendo la potestad de la elección de quien va a dirigir la Escuela de Graduados. Hasta ahora no tenemos autorización para hacer la convocatoria.

SEÑORA MARTÍNEZ (Laura) (Doc.).- ¿Existe la posibilidad de que miembros del Claustro integren la comisión que está tomando esa definición?

SEÑOR SECRETARIO.- Eso lo está tratando el decano con su equipo de dirección. No es una comisión la que está trabajando el tema.

SEÑOR HALLER (Eg.).- Es un hecho que esa propuesta la va a aprobar el Consejo. El decano con su equipo tiene la potestad y el derecho de generar una propuesta, y creo que está bien. Por algo es el decano y por algo tiene un equipo de Decanato para trabajar y formular propuestas. El Claustro, que es el órgano más democrático de una Facultad, donde están representadas casi todas las corrientes de todos los órdenes con voz y voto, por su naturaleza debe tener una opinión y hacer una propuesta, más allá de que Decanato presente la suya. Ambas pueden coincidir o no, pero me parece importante que la comisión funcione y elabore una propuesta.

SEÑOR MUSETTI (Eg.).- El Claustro va a tener una opinión al respecto, pero hay que trabajar en consonancia con el Consejo. El decano nos dijo que su propuesta está por salir. En el período anterior del Claustro se planteó hacer unas jor-

nadas sobre la Escuela de Graduados, y hasta la habíamos estructurado desde el orden de egresados. Capaz que la discusión no solo debe darse en el Claustro. Si hubo un cambio en la gobernanza de la Escuela de Graduados, que le va a cambiar hasta el nombre, y se da la oportunidad de discutirlo, el Claustro tiene que hacerlo. Sin embargo, es ilógico que desechemos trabajar sobre una propuesta del Consejo, cuando hace seis meses no existía nada. Independientemente de la posición de cada uno está bueno que todos sepamos cuál es la línea del Decanato, porque es la que va a estar sobre la mesa, opinemos lo que opinemos.

SEÑOR LEMA (Doc.).- Capaz que hay que delimitar qué entendemos por propuesta y qué estamos esperando de ella. Una cosa es esperar un organigrama, pero hay que tener una posición, por ejemplo, sobre cómo estimular el desarrollo de maestrías por parte de los docentes de las diferentes carreras. Eso es lo que podemos plantear para ver qué hacemos cuando tengamos que elegir al director. Me refiero a cómo se homogenizan las diferentes maestrías, las licenciaturas, etc. Eso se puede plantear en forma independiente del organigrama. No se trata de discutir qué debería hacer el Claustro. Podríamos hacer una jornada para tratarlo y hasta definir si será una jornada interna del Claustro o abierta. El organigrama pasa por la parte jurídica y tiene más que ver con la organización.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- Sería bueno colectivizar el documento que trabajó la comisión y que la mesa organice un orden del día para tratarlo en conjunto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Como se dijo, veremos cómo actuamos independientemente del organigrama que se establezca, pero es importante dar el resto de las discusiones sobre qué Escuela de Graduados queremos en cuanto al contenido. Podemos traer parte de las preguntas para discutir las entre todos. Puede llegar a ser muy fructífero darnos esa discusión, porque son los temas que van a abrir la posibilidad de que la Escuela de Graduados se extienda a todas las ofertas educativas que ahora están dentro de la Facultad de Medicina. Hay que cambiar no tanto la organización sino el contenido.

SEÑOR MONTAÑO (Eg.).- A veces me cuesta entender la diferencia entre iniciativa e implementación, pero se ve que no es solo a mí que me pasa. Nosotros no tenemos nada que ver con la implementación ni con el organigrama. Lo que tenemos es iniciativa en planes de estudios o en qué Escuela de Graduados queremos. Qué organigrama va a tener no es cuestión del Claustro. Podemos no tener injerencia pero sí influencia. Del tema de la recertificación, por ejemplo, se viene hablando desde hace mucho tiempo, y se elaboraron profusos documentos. Hubo una oposición muy grande de un sector, porque se pensaba que se trataba de cursos, de exámenes, etc. Cuando se empezó a hablar del *portfolio* empezó a quedar más claro y bajaron un poco los decibeles. Se trata de lineamientos, de propuestas que ni siquiera se han llevado a la práctica. El Claustro tiene que tratar de innovar, en base a documentos existentes, y elaborar propuestas para el Consejo. Si se toman en cuenta o no, es independiente de la tarea del Claustro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Propongo que la Comisión Escuela de Graduados se reúna y elabore una propuesta para colectivizar, con un punteo que será incluido en el orden del día de alguna de nuestras sesiones ordinarias para que la totalidad del Claustro lo discuta y vaya tomando postura sobre algunos de los grandes temas que nos ocupan.

(Apoyados)

Informe de la Comisión Hospital de Clínicas

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- La comisión se reunió en varias instancias para definir los objetivos de trabajo. Eso incluía tener una reunión con la Comisión Directiva y el director general del Hospital de Clínicas o sus asesores. Primero fue solicitada en forma directa a una de las secretarías, pero como no tuvimos respuesta enviamos un *mail* para saber si había recibido el pedido. A él le interesaba tener contacto con el Claustro, y fue después de esa instancia que solicitó venir a este ámbito. Todavía no hemos logrado la reunión que pedimos y no hemos trabajado con ellos sobre esos puntos. En el *mail* figuran los objetivos de trabajo de la comisión.

SEÑORA PRESIDENTA.- El texto plantea tres puntos:

"1.- Presentar a la comisión e informar sobre el trabajo realizado por la comisión para generar insumos respecto a la percepción de docentes y estudiantes sobre la funcionalidad del HC en general y en sus roles principales de asistencia, docencia e investigación, mediante una encuesta de opinión.

2.- Atender temas en los que la Dirección del Hospital considere que el Claustro puede colaborar.

3.- El Claustro en su conjunto está trabajando en varios ámbitos de la Facultad para fortalecer la implementación de las unidades académicas de acuerdo al plan estratégico de la Facultad. En particular, a esta comisión le interesa trabajar en esta línea por las unidades académicas que incluyen todas las carreras de grado que implican al Hospital de Clínicas".

Es el mail que se hizo llegar a la Dirección del Hospital de Clínicas y fue reenviado a la Mesa del Claustro.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- En el primer punto se plantea que se evalúe la encuesta y que las vías de difusión de esa encuesta sean las del Hospital de Clínicas. Por eso necesitábamos el acuerdo de ellos para gestionarlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Sin duda la encuesta es importante, porque de ahí puede surgir información valiosa que la mayoría desconocemos.

El tercer punto también es importante, porque hay unidades académicas tanto simples como mixtas que funcionan en el Hospital de Clínicas, por lo que necesitamos el acuerdo para su buen funcionamiento.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- Hay que tener claro el rol del Claustro, que es proponer líneas estratégicas, planes de estudios o la implementación de las unidades académicas. No podemos introducirnos en detalles de la operativa de gestión que no nos competen, sino que debemos mantenernos en la discusión de lo conceptual que aporte a la instrumentación de las unidades académicas. Frente al plan de refuncionalización que va a presentar el director general del Hospital de Clínicas hay que recordar que existen necesidades básicas de muchas unidades académicas mixtas que, como concepto general, requieren cierta infraestructura.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ha llegado una nota de la Agrupación 374, de docentes que mayoritariamente desempeñan sus tareas en el Hospital de Clínicas y plantean una serie de inquietudes con respecto al funcionamiento de las diferentes unidades académicas, simples o mixtas.

Informe del director general del Hospital de Clínicas, Dr. Álvaro Villar

SEÑORA PRESIDENTA.- Damos la bienvenida al director general del Hospital de Clínicas, Dr. Álvaro Villar, a quien hemos invitado para que brinde un informe sobre su gestión.

SEÑOR VILLAR.- Siempre es un orgullo venir a este órgano. Fui elegido por el Claustro como director general del hospital universitario y es mi deber rendir cuentas aquí sobre lo que estamos haciendo. El año pasado también brindamos un informe, pero hoy la idea era ver en qué estamos trabajando y escuchar las preguntas o planteos que los claustristas quieran realizar sobre la gestión del Hospital.

Llevamos tres años y seis meses en la Dirección. Trabajamos sobre el proyecto que presentamos al Claustro al momento de ser electos. Si bien se puede agregar o sacar cosas, nos pareció correcto hacer una evaluación según ese proyecto. Pensamos que el Hospital tiene que fortalecer el concepto de su necesidad para el sistema. Es fundamental que el Sistema Nacional Integrado de Salud y la población en general tengan el sentimiento de que el Clínicas es necesario. Eso es fundamental.

El Hospital se creó como una necesidad de la Facultad de Medicina. En 1910, cuando se fortaleció la idea de Hospital de Clínicas, había solo dos hospitales públicos, el Maciel y el Pereira Rossell, y estaban abarrotados. Por eso el argumento que más se manejó en el Parlamento para la construcción de un hospital nuevo -no se hablaba de que fuera universitario- fue que las dos instituciones públicas que había no daban abasto. En aquel momento el concepto de hospital era diametralmente opuesto al actual. No existía la idea del derecho a la salud sino el concepto de salud como caridad. Ni siquiera se hablaba del papel que debían tener los hospitales como sanadores. El cambio fundamental es que ahora los hospitales no atienden por caridad sino porque la población tiene el derecho a la salud, y nosotros estamos contratados por el Estado para cumplir esa función.

Otro elemento era que en el Hospital Maciel no dejaban entrar a los estudiantes. No podían ver los partos y los echaban de las salas. Es más, en el Maciel había un portero encargado de recorrer el hospital y echar a los estudiantes. Estaba mal visto que los estudiantes presenciaran el trabajo de los médicos, y eso no era por cuidado de los pacientes sino para cuidar el saber médico y evitar que se difundiera. Algo que para nosotros es básico, enseñar mientras hacemos, no estaba aceptado en esa época. Por eso se consideraba fundamental proteger el saber. La necesidad del Hospital de Clínicas se centró en el concepto de los estudiantes.

Actualmente el sistema se fortaleció y cambió totalmente. Se fortalecieron los hospitales departamentales para que a Montevideo venga la menor cantidad de pacientes. Incluso se crearon las regiones para que deriven entre sí y no manden pacientes a Montevideo. En la capital del país se fortalecieron el Hospital Pasteur, el Maciel y el Pereira Rossell, como también el Hospital Español y el Hospital Saint Bois, con la misma idea de que fueran autosuficientes.

¿Para qué necesitamos el Hospital de Clínicas? Este concepto es muy importante para la Universidad y para la Facultad de Medicina. Me refiero a cómo logramos que el sistema nos vea como imprescindibles para que este trabaje con el Clínicas, lo integre en los lugares de decisión y lo apoye. Hay cuestiones en las que se ha avanzado pero en otras falta mostrar el lugar del Hospital. Por ejemplo,

existe una mesa donde se coordinan las Emergencias de Montevideo, pero el Clínicas nunca participó. Todavía no se entendió la necesidad de coordinar con él. Hay múltiples ámbitos asistenciales donde el Clínicas no está integrado. Algo parecido pasa en el ámbito de la investigación. En esa relación crítica entre la Facultad de Medicina, la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, la Escuela de Nutrición, la Facultad de Enfermería y el Clínicas, el lugar del hospital universitario está siempre en discusión.

Más Hospital implica más actividad. La idea no es disminuir la actividad para que el Clínicas sea viable económicamente sino potenciarla. Con esa idea asumimos la Dirección. Me refiero a mejorar las condiciones en que se asiste y se enseña. No se puede enseñar bien si no se asiste bien, sin tener en cuenta las condiciones en que eso se realiza. Hay que mejorar la eficiencia global y cuidar cada peso. El concepto clave es que el ahorro es parte de la ética médica. Cuando cuidamos el gasto en un paciente estamos pensando en los otros, porque la ética asistencial no puede ser individualista, solo pensando en un paciente en particular. Hay que tomar en cuenta la responsabilidad global con todos los pacientes. Esto va de la mano de cuánto cuesta atender a alguien en el Hospital de Clínicas. No se trata solo de los insumos. Hay que ver cuánto cuesta el metro cuadrado, ya sea tanto para su limpieza como para otros aspectos. Pensemos que el Clínicas logró llegar a 350 camas y tiene 110.000 metros cuadrados. El Maciel tiene la misma cantidad de camas pero en 34.000 metros cuadrados. ¿Cuántos funcionarios tiene el Clínicas para hacer funcionar las 350 camas y realizar 5.000 operaciones? Tiene 4.000 funcionarios. Piensen en el aparato administrativo que necesitamos para poder asistir. Eso implica un gasto. Ser eficientes es cuidar los dineros públicos, lo que nos permite asistir a más pacientes y brindar Medicina de mayor complejidad.

Otro concepto clave es impulsar una cultura de la excelencia. Debemos preocuparnos por hacer lo mejor posible en todas las áreas: en la asistencia, en la docencia y en la investigación. Eso se logra con una Dirección de cercanía, que esté encima de los procesos; con una gestión de recursos humanos en base a la evaluación del desempeño y de acuerdo a las líneas estratégicas que se plantearon. La gestión de recursos materiales se debe hacer *just in time*. No puede haber excelencia en la asistencia si no la hay en la logística, en la limpieza o en la gestión de los recursos humanos. Si no tenemos un sistema de selección de personal de excelencia no podemos pretender que los resultados de los tratamientos médicos, de radioterapia o los quirúrgicos sean excelentes. A veces se piensa que con buenos médicos, técnicos y enfermeras podemos asistir bien por más que la contaduría o el sistema de compras sea un desastre, y no es así. Todavía tenemos un mal sistema de compras. Por eso estamos lejos de la excelencia, por más que haya muy buenos equipos humanos. No debemos almacenar innecesariamente y sí cuidar los procesos de compra. El sistema de compras en el Hospital era histórico. Si el año pasado se compraba determinada cantidad, al siguiente se pedía lo mismo. En algunos casos había un enorme stock de materiales y en otros muy poca cantidad. De un saque, hubo que descartar materiales de anestesia porque estaban vencidos o porque estaban guardados en malas condiciones por un valor de \$ 350.000. En Farmacia teníamos problemas enormes de almacenamiento porque no había condiciones adecuadas. Por ejemplo, si el sistema de generadores no funciona bien, cuando se produce una falla en la corriente se apagan las heladeras y no tenemos un sistema de alarma. Entonces, los medicamentos que dependen de la cadena de frío se pierden, y eso implica un gasto de miles de dólares.

La visualización estratégica del Hospital es fundamental. El Clínicas debe tener un territorio de referencia. Hasta el día de hoy no sabemos cuántos "clientes" tenemos. Sabemos que son pacientes de ASSE que no pueden ser resueltos en otros hospitales. Al no tener una población referenciada, es muy difícil definir el presupuesto. Todo depende de cómo se mueva el resto del sistema. Un ejemplo es el tema de las ambulancias. Cuanto más se logre bajar los tiempos de espera de las ambulancias en la puerta del Hospital de Clínicas, la cantidad de pacientes en vez de disminuir aumenta porque el sistema se da cuenta de que allí hay menos espera y empieza a mandar cada vez más. Es una demostración de cómo la gestión eficiente puede implicar un aumento del gasto. Eso puede pasar también con el número de pacientes operados. En Traumatología creamos un sistema para que fuera fácil coordinar pacientes y hubiera un día fijo para operar, por lo cual se compraron los materiales y equipos adecuados. Cada inversión que se hacía aumentaba el número de pacientes. Cuanto más se mejora el sistema, mayor es el gasto. Por eso para nosotros es fundamental definir un territorio. A los pacientes de ese territorio se les brinda todo. En el caso de los demás tendrá que haber un convenio de pago con ASSE. Eso tiene que estar en la visualización estratégica del Hospital.

Se vio que se necesitaba un hospital para la enseñanza de la Medicina. Hoy no se trata solo de estudiantes de la carrera de Medicina sino también de tecnólogos y licenciados de la EUTM, de la Facultad de Enfermería, de la Escuela de Nutrición, de Psicología, de Química, etc. Sin embargo, después de creado un hospital no se puede usar pensando en que se hizo para enseñar. Cuando se asume la responsabilidad de tratar seres humanos hay que centrar la institución en el paciente. Como Facultad de Medicina, como Universidad de la República, pasamos a ser responsables de las vidas de todas las personas que se atienden en el Hospital de Clínicas.

Cuando uno aporta un hospital al sistema tiene que pensar no en el paciente aislado sino en modo país. Puedo contratar a un profesor que le encanta operar vírices y arma un equipo para eso, a pesar de que ya existe uno excelente en el Hospital Pasteur. Esto que parece una caricatura es algo que se ha repetido durante décadas. Me refiero a armar una clínica de acuerdo a los intereses de su director, con el concepto del "paciente interesante". Si es un paciente interesante, lo traigo a la clínica. Si no lo es, no lo traigo. Eso no es un sistema centrado en el paciente sino en necesidades formativas y de desarrollo académico de grupos.

Nosotros no damos salud sino que hacemos asistencia sanitaria. Contribuimos con el proceso de salud pero como parte de un sistema sanitario de atención. Es muy importante que el Hospital pregunte al sistema qué se necesita. Un grave problema hoy en el Uruguay es el de la salud mental. ¿Cómo puede contribuir el Hospital de Clínicas para mejorar eso? Otro problema son las enfermedades urológicas, sobre todo las obstructivas. Tenemos un porcentaje excesivo de pacientes en diálisis porque hay un muy mal sistema de solución de las litiasis renales, con enormes listas de espera. Colocamos derivaciones doble jota que después se calcifican y no hay un sistema para resolver a esos pacientes. Analizando las necesidades en conjunto con el sistema de salud buscamos soluciones. Así se creó, por ejemplo, el programa de mama o el de tratamiento de cáncer de próstata benigno y maligno, el de salud mental, etc.

No se trata solo de qué se necesita desde el punto de vista asistencial sino qué rol tiene que cumplir una institución como el Hospital de Clínicas. Ahí es

donde hay más acuerdo. Me refiero a la formación de profesionales para el sistema de salud. Es importante preguntar qué esperan de nosotros la Facultad de Medicina, la Facultad de Enfermería, la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, la Escuela de Nutrición, la Facultad de Psicología o la propia Universidad. ¿Qué podemos aportar a la Facultad de Ciencias Económicas en lo que hace a economía de la salud, o a la Facultad de Química? ¿Qué podemos brindar a la Facultad de Arquitectura con respecto al diseño sanitario? Lo mismo sucede en investigación. ¿Qué rol tiene que cumplir el Hospital? Ahí aparece la posibilidad para el Instituto Pasteur de contar con la práctica clínica, de internación o ambulatoria en un hospital general de adultos y el valor que eso tiene en el desarrollo de la investigación. No es que experimentemos con los pacientes sino que todos los actos de asistencia sanitaria, aun los más mínimos, tienen que ser registrados, evaluados y comparados. Es una forma de aportar a la investigación. Cuando el Cebiobe fue expulsado del Hospital Español, la Facultad de Química acudió al Hospital de Clínicas para que le buscáramos un lugar. Lo que se hizo fue juntarlo con los químicos que ya trabajaban aquí, con el servicio de Toxicología, con Nefrología y con CTI para potenciar la investigación tanto del Cebiobe como del Hospital.

¿En qué somos buenos? Es una pregunta difícil, que requiere evaluación permanente y un ejercicio de transparencia para el sistema. Es importante ver las ventajas de cada uno de los lugares y qué es lo que el Hospital puede hacer mejor. Queremos que sea un lugar de excelencia en atención sanitaria. ¿Eso es real? ¿Uno enviaría a un ser querido al Hospital de Clínicas en vez de mandarlo a la mutualista? ¿En lugar de mandarlo al exterior le recomendaría que fuera al Clínicas? Quienes trabajamos ahí debemos hacernos esas preguntas todos los días. Cuando el paciente está en el Hospital de Clínicas, ¿lo mejor sería que se quedara ahí o se fuera a otro lado? ¿Por qué seríamos mejores que una mutualista? ¿Porque somos públicos? ¿Porque somos universitarios? ¿En qué sentido el hecho de que seamos universitarios hace que todo lo que hagamos sea mejor? ¿Por qué el centro de mama del Hospital de Clínicas sería mejor que los otros dos que funcionan a nivel mutual? ¿Qué ventajas debemos potenciar si queremos que la respuesta a estas preguntas sea afirmativa? A pesar de todos los esfuerzos, la actividad en el Clínicas se desarrolla sobre todo en la mañana. Eso es una debilidad. No mantenemos en mismo ritmo de producción durante todo el día. Aspiramos a que sea así pero aún no lo hemos logrado. Una de las ventajas es que en la mañana confluyen miradas diferentes sobre cada paciente. Esa es una enorme ventaja que tiene el Hospital de Clínicas. Cuando voy a ver a un paciente en una mutualista no hay ningún otro colega. Lo reviso, le digo que lo tiene que ver a un oncólogo y me voy. Cuando llega el oncólogo, no estoy yo ni el internista, y lo pasa al radioterapeuta. Y así sucesivamente. La fragmentación de la mirada en el sector mutual es mucho mayor a la que tenemos en el Hospital de Clínicas. Durante la mañana en el Clínicas es fácil preguntarle a un especialista qué piensa de determinado paciente. Además, cuando viene, no lo hace solo sino con un equipo. Esta es una segunda virtud del Hospital. Si se consulta a Toxicología o a Anestesia, no va a venir el profesor solo sino acompañado de su equipo. En esas cosas somos buenos y debemos ver cómo potenciarlas. De todas maneras, eso no significa que aprovechemos nuestras bondades, porque a veces estamos cerca pero los muros nos separan, porque cada uno está en su cátedra. Un desafío es ver cómo trabajamos estas cosas.

Para eso existe la construcción de rituales que rompen las separaciones que hay dentro del Hospital. Un ejemplo es cuando alguien quiere hacer un curso con los anestesiólogos y al hacer la solicitud le dicen que la tiene que hacer el profesor del servicio para que después la vea el profesor de anestesia. Como pieza valiosa en ese sentido, tenemos guardado un expediente de ocho páginas con la solicitud de un flotador para una cisterna de un baño. Eso implica meses para resolver algo tan simple. Para quebrar esa dinámica hay que construir rituales, como sucede con los ateneos. El ateneo es un ritual clave en la vida de una institución académica. Se hace siempre el mismo día, a la misma hora y todos los profesionales lo saben. Ese día nadie asume operaciones, ayudantías o policlínicas. El recorrido que inicia a las siete de la mañana por Emergencia, block quirúrgico, recuperación posanestésica, CTI, CI, piso 8 y Centro Cardiovascular se hace todos los días, a la misma hora, en el mismo orden, con la misma gente. Me refiero al equipo médico de gestión de camas de la Dirección, con la Dra. Mariana Cora, directora técnica del Hospital, junto con la jefa de Enfermería, Silvia de León, y la enfermera encargada de la gestión de camas. En cada lugar nos reunimos con la misma gente. Según la complejidad de los pacientes que haya que subir, si hay uno ventilado, requiere CI o tiene una tomografía pendiente, se ve la situación en block y si hay otros pacientes esperando para bajar a piso. También se va a CTI para ver qué altas hay que dar, cuántas camas libres quedan y qué pacientes se van a subir primero, si el de Emergencia, el de recuperación posanestésica o el que está siendo reanimado en CI. Eso es así todos los días.

Otro ritual es la coordinación quirúrgica semanal. Todos los profesores de Cirugía de todas las especialidades tienen que participar. Se hace todos los miércoles a la hora 10. Tiene que empezar en punto y ser breve. La coordinación establece qué se va a operar la semana siguiente. Así podemos hacer las previsiones de gasto y saber qué problemas pueden surgir. El jefe de Hemoterapia está presente y sabe qué paciente va a requerir sangre y en qué volumen, y el jefe de Anestesia ve qué se va a necesitar para cada procedimiento. Entonces, se define qué lugares pueden quedar libres y cómo se asignan. ¿Quién dirige esa reunión? La jefa de Enfermería, que es la jefa del block quirúrgico, no un médico. Está demostrado que es mucho más efectivo que esa tarea la haga una licenciada en Enfermería que un cirujano, como se hacía antes. Eso se debe a cómo están formadas las licenciadas y cuál es su mirada sobre el funcionamiento del block.

Con respecto al papel del Hospital de Clínicas durante la pandemia, escuché al presidente por televisión informando sobre el operativo de vacunación para el país. Dijo todos los lugares donde se iba a vacunar, entre ellos el Antel Arena, el Hospital Británico, la Facultad de Enfermería, y no mencionó al Hospital de Clínicas. Cuando le pregunté al ministro Salinas por qué no lo habían incluido me dijo que no se les había ocurrido, ya que no teníamos vacunatorio. Incluso me dijo que pensaba que no íbamos a querer hacerlo. Le respondí que por supuesto que queríamos participar y que podíamos empezar al día siguiente. Se armó en tiempo récord todo el sistema de vacunación y el Clínicas fue el vacunatorio hospitalario más grande del país que más tiempo se mantuvo. Nos eligieron para las tareas difíciles: vacunar a las embarazadas y a los extranjeros. Había que tener una muestra de las cuatro vacunas, con una cadena de seguridad. Nos llamaba el ministro o el subsecretario y nos pedían cosas de un día para el otro. Cuando hubo que vacunar a las personas mayores, se eligió el Clínicas. Ahí se demostró que el Hospital era necesario para el Ministerio de Salud Pública.

Más Hospital implica dar respuestas. Rápidamente se abrieron más camas de CTI, teniendo en cuenta la experiencia de lo que había pasado en España y en Italia. Llamamos -porque no nos llamaron- para decir que podíamos abrir más camas y preguntamos cuántas necesitaban. Nos dijeron que precisaban 8 camas. Por un tema de eficiencia abrimos 11 y luego se llegó a 23 camas, viejo objetivo de la cátedra de CTI. Era increíble que teniendo aquí la cátedra hubiera un CTI de 9 camas. Eso implicaba, dicho por el Prof. Biestro, que la población de pacientes fuera extremadamente añosa y, cuando quedaba una cama libre, llegaran pacientes que habían estado meses en Emergencia o en recuperación. Teníamos en promedio entre tres y cuatro pacientes intubados. Es una cadena. Si se abren más camas de CTI aumenta la cantidad de sábanas que se utilizan, el consumo de antibióticos, la actividad del laboratorio y la necesidad de camas de salida. Por eso hubo que llegar a 10 camas de cuidados intermedios más las de cuidados moderados.

Las consultas señaladas con rojo son las más exigentes en la Emergencia. Terminamos siendo la puerta de referencia para los casos más graves. Aumentó el promedio día-cama ocupado en CTI y en cuidados intermedios. También aumentó la cantidad de cirugías cardíacas. Cuando aumenta rápidamente la actividad, empieza a haber problemas. En nuestro caso tuvimos problemas con la mortalidad en cirugía cardíaca. Es interesante contar con resultados. ¿Por qué hay resultados en cirugía cardíaca? Porque existe el Fondo Nacional de Recursos, que registra la calidad de lo que hacemos. Como neurocirujano jamás rendí cuentas a ninguna institución sobre mis resultados operando tumores o aneurismas cerebrales, pero el jefe de un servicio tiene la mirada del FNR sobre todos los resultados. Esa medida de calidad no existe en otras actividades de la Medicina. Es un grave problema del sistema. En cirugía cardíaca tenemos que responder por resultados. Ese aumento en la mortalidad nos obligó a cambiar la forma de trabajo. Eso no se soluciona hablando con los cirujanos cardíacos. Aunque a nivel mundial se ha hecho así, no es la forma, en primer lugar porque el problema no es de los cirujanos cardíacos y la manera de resolverlo no es con el aliento de la tribuna. Hay que buscar formas organizativas de trabajo diferentes. Me refiero a liderazgos y trabajo en equipo distintos. Se armó un comité, algo que nos costó a todos porque implica cambiar la cabeza, buscando mejorar los resultados. No alcanza con ser universitarios para que los resultados en cirugía cardíaca sean excelentes. Debemos tener sistemas de trabajo de excelencia para que los resultados mejoren. En los meses que lleva trabajando, el comité ha tenido resultados muy buenos. Todavía no es tiempo para mostrarlos pero es una enorme enseñanza sobre cómo solucionar esto. Los integrantes de la Dirección nos preguntamos por qué tomamos estas medidas solo para cirugía cardíaca. ¿No deberíamos hacer esto con todos los pacientes? El elemento que más ayudó para lograr la caída de la mortalidad fue la preparación preoperatoria. Eso implica tener en cuenta los niveles de glicemia del paciente en los últimos meses, ver si tenían anemia o no y cómo se trataba, etc. Además, dentro del CTI creamos un sector exclusivo para cirugía cardíaca. Esto nos costó muchísimo dinero porque, por más que hubiera un solo paciente ocupando una de las cuatro camas, en las otras no podíamos ingresar a nadie porque estaban reservadas para cirugía cardíaca.

También hubo un aumento de los procedimientos anestésico-quirúrgicos. Actualmente la mitad de las anestias del Hospital se hace fuera del block quirúrgico, en procedimientos en los que antes la anestesia no se usaba. El concepto de dolor y del cuidado de los procedimientos cambió totalmente con respecto a mi

generación. En aquel entonces lo que hacíamos era apretar los dientes y aguantar. Hoy las fibroscopías, los procedimientos de gastroenterología y las fibrobroncoscopías, entre otros, llevan anestesia.

Con respecto a la cirugía robótica, es algo que estamos desarrollando porque consideramos que como hospital universitario debemos estar en la vanguardia de los procedimientos. La mejora de los diagnósticos se logró con la compra de equipos portátiles de rayos y con la puesta en funcionamiento del resonador las 24 horas, con nuevos equipos para anatomía patológica y laboratorio, y el angiógrafo. Pusimos un tomógrafo en Emergencia, algo que cambió la vida a ese servicio por la disminución de los tiempos de espera y el aumento de la seguridad en los traslados. También se mejoró el confort de las salas de Emergencia, modificando los boxes que prácticamente tenían a los pacientes escondidos a otros de fácil acceso, con monitoreo las 24 horas. Los monitores están centralizados.

Inauguramos el policlínico en planta baja y en el primer piso, que se usaron para el vacunatorio. También inauguramos las salas de nacer, donde las parturientas pueden hacer parte del trabajo de parto en el agua, con monitores inalámbricos para la actividad fetal, lo que permite que la parturienta pueda deambular.

Se recuperaron los solarios y espacios comunes. Un ejemplo son las salas del piso 8, con habitaciones privadas. Este mes terminamos de inaugurar las últimas camas para que todo ese piso tenga camas ocupadas. Este año pensamos concretar un modelo de habitaciones dobles en el piso 9. Todas las habitaciones cuentan con gases medicinales y aspiración central, con lo que se evita tener tanques, y tienen aire acondicionado.

En el caso de la central de Enfermería, se hizo un cambio en el funcionamiento. El equipo médico comparte el mismo espacio con Enfermería. Antes había cuartos separados y eso complicaba la integración. Lo más caro de las nuevas salas es toda la instalación de oxígeno, aire y aspiración central. En esas salas hay un secarropa para que el paciente pueda secar la ropa interior que lava en el baño. No se necesita ningún funcionario para esa tarea. La persona maneja el secarropa y espera que termine el ciclo. El resto de la ropa puede ser lavada en el lavadero central. También hay un equipo que brinda hielo y un microondas.

Con respecto a la informatización del Hospital, actualmente tenemos historia clínica electrónica en todas las salas pero la idea es lograr la digitalización en todos los sectores. Para las compras tenemos el programa Sureo. Elaboramos un programa para Farmacia que sirve para la receta electrónica. También hay un programa de control de asistencia, el SIAP, que todavía no está instalado en todo el Hospital. Otro aspecto es el expediente electrónico. El Hospital de Clínicas desarrolló, junto con el Seciu, un sistema de compras digital que fue adoptado por toda la Universidad y están viniendo a hacer cursos de capacitación. El proyecto más importante es lograr que el sistema de gastos esté junto con la historia clínica electrónica para que cuando el médico indique una tomografía o lo que sea, quede registrado el gasto que eso implica en insumos. Esto nos va a permitir saber en tiempo real el costo de los procedimientos, si podemos hacer más o manejar mejor las compras. Todos estos sistemas obligan a tener más computadoras. Se instalaron 450 puestos en red. Al ser un sistema, hay que ver quién repara las computadoras cuando se rompen. No me refiero a que se rompa el monitor sino a que se caiga el sistema. Actualmente, en un hospital con historia clínica electrónica una caída del sistema es peor que si se corta la electricidad porque en este último caso

se prende el generador. La caída del sistema paralizaría todo el Hospital. Esto nos obligó a tener una guardia de informática las 24 horas. Junto con eso es fundamental tener un grupo de ingenieros que aproveche los avances en inteligencia artificial en el campo médico. Se equipó el block quirúrgico para el monitoreo de los procedimientos anestésicos. Eso se hizo a partir de un problema que analizamos y que nos mostró la necesidad de tener esos procedimientos monitorizados. Contar con un internista por sala implica un cambio muy importante en este período.

Hay algunos problemas que no hemos logrado resolver. Uno es el concepto de quién es mi médico y quién me va a operar. Me refiero a que el paciente tiene que saber quién es su médico. Muchas veces la persona va a la policlínica y la ve un residente o un grado 2, pero no es el mismo que la va a operar. Recién cuando el paciente ingresa se decide quién lo va a operar. Lo mismo pasa con la anestesia. A todos nos gustaría conocer a quién nos va a dormir. No puede ser que eso se defina el mismo día de la operación, según los anestesiólogos que hayan venido. Debemos organizar todo eso. En los últimos años ha habido un aumento de la necesidad de neumocardiólogos, ya que eso asegura la calidad y permite un transporte seguro de los pacientes dentro del Hospital.

Todas las mejoras asistenciales generan un impacto en la docencia y en la investigación, y para eso hay que crear cargos. Todos los programas votados en el Parlamento han permitido aumentar la cantidad de cargos docentes en el Hospital. Es una apuesta importante para la formación. Otro aspecto es la recuperación de las estructuras. Hemos logrado guardias para especialidades que antes no las tenían. También se necesitan estructuras asistenciales que permitan liberar a los docentes para tareas de enseñanza e investigación, así como el fortalecimiento de las clínicas médicas. Otro tema importante son los ateneos interclínicos. El director académico, Dr. Mauricio Cuello, nos pasó el número de horas de reserva de anfiteatro del 2019 al 2022, que ha ido en aumento. También destacamos las mejoras en la docencia, con incorporación de conexión a Internet y a la plataforma ZOOM. Esto nos ha obligado a tener un equipo de técnicos de apoyo para los distintos lugares del Hospital. El Dr. Cuello está trabajando para que haya un tótem en cada sala para conectar un *pendrive* y así monitorizar desde un mismo lugar todas las conexiones. Se han mejorado los salones con ayudas audiovisuales y con la adquisición de una pantalla para el espacio central del piso 19.

Una forma de evaluar el avance en investigación es viendo cuántos proyectos fueron aprobados por el Comité de Ética. Dentro del concepto de qué hospital queremos y cómo integramos a todos los actores, una parte importante son los estudiantes. Es algo fundamental para la dinamización de la institución y para mejorar la calidad de la atención. Me refiero a la mirada del estudiante a esa atención y la integración de la docencia como un objetivo clave en un hospital como el nuestro. En plena pandemia, el Hospital de Clínicas fue el primero en reanudar los cursos. Eso implicó una discusión en la prensa sobre si se tenía que dejar entrar a los estudiantes a un hospital o no. Fue la misma batalla que se dio en 1910 sobre el lugar de los estudiantes en el sistema. Un hito fue el acto de los internos que se recibieron el año pasado. Se cambió de un acto odiado por todos porque el Hospital quedaba en condiciones horribles y había que limpiar los huevos y la harina, a un festejo organizado por el orden estudiantil. Fue algo muy creativo, buscando la manera de festejar sin dañar las instalaciones y respetando el Hospital.

Se trabajó en la creación de un centro de simulación. Hoy lo tenemos en el piso 19 pero la idea es que pase al piso 17, cuando el block quirúrgico baje al piso 1. La jornada que organizó el equipo del Dr. Malacrida mostró las posibilidades del Hospital de Clínicas para acoger eventos de gran porte. En lo que hace a la investigación, la Comisión Programática Presupuestal acaba de aprobar \$ 23.000.000 para la adecuación de la sala 6 del piso 15 para instalar un microscopio donado al equipo de imagenología médica, con un valor de un millón de dólares. Ese equipo va a estar a disposición de la Facultad de Odontología y del Instituto de Higiene. Otra inversión fue la del citómetro, que tiene un costo muy elevado, de más de 350 mil dólares. Fue adquirido por el Hospital para el piso 15, donde trabaja el equipo que lidera la Prof. Daniela Lens.

Con respecto a la integración universitaria, se está trabajando con la EUTM. Logramos que los cargos docentes y asistenciales confluyeran. Por ejemplo, el director de la carrera de Imagenología de la EUTM es el mismo que lidera el equipo de rayos en el Hospital. Lo mismo pasa con la directora de Fonoaudiología, de Hemoterapia, de Fisioterapia o de Terapia Ocupacional. Otro aspecto de la integración es el aumento de las cirugías maxilofaciales, que se hace en conjunto con la Facultad de Odontología, el programa de salud mental junto con Sociología y con Psicología, y el programa de simulación con Parteras.

En cuanto a la cultura organizacional, se buscó fortalecer el sentimiento de pertenencia con el concepto del Hospital centrado en el paciente. Para el 8 de marzo se realizó una actividad mostrando la importancia de las mujeres en la construcción del Hospital de Clínicas y de una cultura diferente. No se trata solo de docencia, asistencia e investigación sino también cómo el Hospital aporta a los valores culturales de toda la sociedad. El equipo de comunicación tuvo la idea de realizar un póster con la imagen del Hospital de Clínicas construida con los nombres de todas las mujeres que trabajan en él. En otra campaña se pidió a los pacientes internados que eligieran a alguien del equipo de atención para sacarse una foto juntos. Es muy interesante ver a quiénes eligieron.

El confort tiene que ser parte del concepto asistencial. El paciente debe sentirse cómodo y seguro. Para eso se trabajó en mejorar toda la circulación dentro del Hospital. Cuando se compraron los nuevos ascensores también venían con un software que no se había instalado. Hoy se pueden controlar todos a través de ese programa. Estamos trabajando para sumar, además del que se habilitó este año, dos ascensores más. Otro aspecto es la mejora de los cuartos de guardia. La idea es que los profesionales médicos y licenciados que hacen guardia estén en las mejores condiciones. También se realizaron mejoras en los vestuarios de los funcionarios y se renovó la cantina. Como dice el decano de Arquitectura, la idea es buscar "espacios de roce", es decir, lugares donde la gente se pueda encontrar e interrelacionarse. Las mejores ideas y los proyectos más interesantes surgen en conversaciones de corredor, en una cantina o en una sala de lectura. Dentro de la política de mejora de la adherencia y del empoderamiento de los funcionarios se entregaron 5.662 uniformes nuevos.

En cuando al balance económico-financiero, asumimos el Hospital con un déficit de \$ 125.000.000. Eso implicaba que la Universidad debía aportar todos los años para que el Clínicas pudiera pagar los sueldos. La situación en 2023 era totalmente diferente. La estrategia para recursos humanos fue la de mejorar los criterios de renovación de los componentes variables. Aclaro que no reponemos

todas las vacantes porque dirigir es ver dónde se necesita gente. Para aumentar la cantidad de personal de enfermería o de limpieza hay que ver antes las necesidades. Esas decisiones implican discusiones y conflictos, pero cuando la dirección define líneas estratégicas hay que acompañarlas. Bajar componentes variables a una persona que cobraba una dedicación compensada o una extensión horaria porque se considera que no son necesarios es una decisión difícil, pero si no se toma no hay posibilidades de promover otras mejoras.

La titularización de suplentes fue un componente muy fuerte. En el Hospital había una gran cantidad de suplentes que no respondían a ningún cargo titular. En realidad no eran suplentes sino que era personal contratado de forma inestable, ya que no cobraban cuota alimentación. Titularizarlos fue un logro muy importante, sobre todo para la gente de Higiene.

Eventos de pública notoriedad con respecto a las horas extras obligan a que todos los gestores que participamos del gobierno universitario seamos extremadamente celosos en el tema. Me refiero a saber bien cuántas horas extras se conceden, para qué se conceden y velar porque se cumplan. El cuidado de los bienes públicos tiene que ser parte de la gestión, aunque ha traído conflictos muy importantes. Otro logro fue la reducción de las contrataciones externas. Hoy no hacemos traslados externos sino que los hacemos con la flota del Hospital. Por ejemplo, para los pacientes en diálisis se contrataba una empresa que los iba a buscar. Hoy eso lo hacemos con la flota que tenemos aquí. Las vitrectomías se hacían afuera, a un costo de \$ 5.000.000 anuales. Se planteó comprar un vitrotomo pero nos dimos cuenta de que había uno excelente en el Hospital, que supuestamente estaba roto. Lo revisamos y la empresa dijo que estaba en excelentes condiciones. Llamamos a un cirujano que nos recomendó el Saint Bois y nos dijo que se podía operar sin problemas. Hasta el día de hoy se realiza la cirugía de retina con ese equipo. Otro gasto que existía era la contratación de camas de CTI externas. Hoy los pacientes quedan aquí y no se contratan camas afuera. Cuando asumimos el cargo el Hospital de Clínicas pagaba \$ 3.000.000 anuales por concepto de multas al Banco de Previsión Social. Logramos revertir eso y el año pasado pagamos \$ 4.000.

Cuando se habilitaron 11 camas adicionales y la sala 9 de Hematología, se hizo cumpliendo lo que exige el Ministerio de Salud Pública en cuanto a dotación de enfermería. Tenemos un grave problema de certificaciones médicas. Además, la cantidad de certificaciones es mayor en los momentos en que más se necesita personal, en el invierno, cuando se da el pico de demanda asistencial. También hay certificaciones por enfermedades que no son estacionales y que aumentan en períodos de vacaciones escolares, cuando los niños están en casa. De todas maneras, el personal está contratado. Este problema nos obliga a contratar más personal del que necesitamos, para así cubrir a quienes van a faltar.

Con todos estos datos quiero señalar que bajó el gasto pero no bajó la producción del Hospital. Es verdad que a las mismas personas se les exige trabajar más. Si había dos salas de operaciones de coordinación y ahora hay ocho, obviamente que el personal de block quirúrgico trabaja más. Lo que planteamos es que si alguien está contratado por seis horas, se le pide que trabaje desde el primer minuto hasta el último. No le pedimos que se quede más tiempo pero sí que trabaje las horas para las que ha sido contratado. Por ejemplo, los grado 2 de Nefrología se quejan de que antes tenían más tiempo libre en el Hospital y ahora no. Eso se

debe a que pasamos de 9 sillones de diálisis a 15 y pensamos llegar a 32. Actualmente el Clínicas es el mayor centro de diálisis peritoneal del país y vamos a ser el mayor centro de diálisis en general. Ese aumento de la productividad implica buscar maneras de que haya más actividad docente y de investigación. Al grado 3 de Emergencia se le exige una guardia de 24 horas presencial y se le dieron 6 horas adicionales para docencia e investigación. Lo que no se puede hacer es considerar que las horas de guardia son prescindibles. Debemos garantizar que el Hospital funcione y que también haya investigación y docencia.

La refuncionalización del Hospital ya empezó. En diálisis está en marcha la obra de remodelación e implica 1.350 metros cuadrados, con un valor de \$ 90.000.000. También en el piso 9 está en marcha una obra de \$ 290.000.000. Está por terminar la obra en el Centro Cardiovascular para los pacientes de cirugía cardíaca. Está por empezar la de Salud Mental, por un valor de \$ 30.000.000.

No me va a dar el tiempo para discutir lo que pensamos proponer para los próximos cuatro años, en caso de ser reelectos. Me refiero al modelo de sostenibilidad del Hospital de Clínicas, su viabilidad, de dónde podrían salir los fondos para mejorar su situación y su relación con el Sistema Nacional Integrado de Salud. Un objetivo es fomentar un nuevo modelo de atención.

Para terminar, quiero hacer énfasis en el concepto de servidores públicos. Estamos al servicio de la gente y eso hace a la cultura del Hospital de Clínicas. Por supuesto que tengo un lazo afectivo muy grande con el Hospital y a lo largo de mi vida he vuelto varias veces. Cada vez encuentro un Hospital distinto, pero no deja de asombrarme el apego que tienen a él los trabajadores y el cuerpo docente y cómo logran transmitirlo a los estudiantes. Algunos estudiantes son hinchas a muerte del Clínicas y apenas llevan meses allí. Ese sentimiento no se ve con tanta fuerza en ningún otro lugar. Es difícil que alguien hable así de la mutualista en la que trabaja. Cuando preguntamos a los médicos o a los enfermeros cuál es el lugar con más conexión humana, dicen que es el Hospital de Clínicas. Es un enorme valor que tenemos. Si somos capaces de fortalecer y encauzar ese sentimiento hacia la excelencia, somos Gardel.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presentación pormenorizada, detallada y exhaustiva del trabajo de estos años. Me dieron ganas de volver a ser funcionaria del Hospital de Clínicas, sobre todo porque después de más de treinta años de trabajar allí, casi de la mitad de mi vida, nunca hubo un vestuario o un lugar para los funcionarios. Eso es muy importante en lo que hace a recursos humanos. Coincido en que la sensación de cómo uno se compenetra y cómo se defiende el Hospital es algo que solo siendo funcionario y estando allí se puede lograr entender. Es un sentimiento.

Sin duda, parte de las preguntas que pueden surgir son para el futuro. Quizá nos merezcamos otra instancia de intercambio, sobre todo si el Dr. Villar tiene la intención de postularse a un nuevo período para la dirección general del Hospital de Clínicas. Hay muchas preguntas que surgen no solo a raíz de la refuncionalización del Hospital sino respecto a cómo quedamos en cuanto a asistencia y docencia ante los nuevos requerimientos de las diferentes unidades académicas que funcionan tanto en el Hospital como en la Facultad. Es importante que tengamos una discusión sobre esto.

El Claustro tiene una comisión dedicada al Hospital de Clínicas, que está procurando conjuntar el trabajo de nosotros en lo que podamos ser útiles y en el intercambio de opiniones y visiones con ustedes. Incluso, los compañeros de la comisión enviaron un *mail* solicitando una entrevista con el director y la Comisión Directiva del Hospital para tener un intercambio y ver cómo seguir con todo este trabajo que, evidentemente, nos interesa mucho. Me refiero a poner en funcionamiento las diferentes unidades académicas, que implican cargos docentes, lo asistencial, los lugares de funcionamiento, etc. y, más que nada, conocer el pensamiento del director general en cuanto a una nueva gestión.

Solicita la palabra el Br. Oswald Ortega.

Se va a votar.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑOR ORTEGA.- Quiero felicitarlos por el trabajo que están realizando y hacer una consulta sobre el cáncer, cuya incidencia está aumentando y no figuró en la exposición. El 0,5% de las personas en Uruguay se enferman cada año. En mayo le diagnosticaron cáncer de esófago a Mujica y se está haciendo un tratamiento con radioterapia en una clínica privada. Tengo entendido que ASSE tiene catorce equipos, de los cuales cuatro o cinco no funcionan desde hace más de diez años.

SEÑOR VILLAR.- Poniendo el foco en cualquier sector del Hospital aparece el problema de todo el sistema. Radioterapia es un ejemplo de eso. Todos los problemas que tiene el sistema se condensan allí. Tenemos un ofrecimiento de un equipo por un valor de US\$ 2.000.000. Nos dieron dieciocho meses de plazo para hacer todas las remodelaciones necesarias para recibirlo, y pasaríamos a estar en la punta en cuanto a calidad. Este es uno de los objetivos del Hospital. Uno de los programas más importantes, por el que queremos que se nos reconozca en el sistema, es el programa de mama. Para nosotros eso tiene mucho valor por la incidencia del cáncer en el país, por lo que desarrollamos este programa y el de próstata. Ahora tenemos el desafío de un programa de cáncer colorrectal, para el cual vamos a presentar un proyecto en conjunto con varias cátedras del Hospital.

El proyecto de mama es muy interesante. El Dr. Martín Esteche tendría que venir a hablar sobre las unidades funcionales, que es un concepto hacia el cual van los hospitales actualmente. Los mejores hospitales del mundo están saliendo de esa división por sistemas biológicos -neurólogos, gastroenterólogos, cardiólogos- para ir a un hospital organizado en unidades funcionales. Se puede ser, como el Prof. Justino Zeballos, profesor de Cirugía, jefe de una cátedra o un departamento, pero a la vez ser el cirujano del programa colorrectal. Entonces, pasa a ser más importante la pertinencia a uno de esos programas que la función que tenga en la cátedra. La formación se empieza a dar más en torno a unidades funcionales, como cuidados paliativos, que son centros de formación e investigación. El programa de mama busca que la paciente con un tumor venga la menor cantidad de veces necesarias al Hospital. El mismo día la ve el oncólogo y el cirujano, se hace la ecografía y la punción, y también se hace la mamografía. Además la ve un especialista en Psicología Médica. La nurse navegadora es una figura clave en estas unidades, ya que hace todo el seguimiento de la persona. Hoy el programa de mama tiene seiscientas personas en tratamiento, y esa idea para nosotros es clave.

Agradezco la pregunta porque pude hacer referencia a algo de lo que no hablé en la presentación. Me refiero a los núcleos sobre los que se está desarrollando el Hospital. El equipo de Dirección del Hospital de Clínicas tiene intención de presentarnos a la reelección por cuatro años más. Sería muy interesante discutir juntos y escuchar todos los aportes que se puedan hacer sobre los desafíos acerca de qué clínicas queremos para los próximos cuatro años, que no pueden ser iguales a los años anteriores. También hay que ver cómo incluir al Hospital de Clínicas dentro del sistema, cómo se va a financiar y qué relación debe tener con los distintos sectores. Una cuestión muy difícil de definir ahora es cómo organizar los hospitales modernos para el 2030 con un concepto de atención médica distinto, más avanzado que el que tenemos. La necesidad de mejorar el trato al paciente y cuidar su dignidad es el desafío más fuerte que tenemos para los próximos años.

SEÑORA MARTÍNEZ (Laura) (Doc.).- Es clave tener una reunión con la comisión del Claustro referida al Hospital de Clínicas, sobre todo para intercambiar sobre estos temas y también porque una de las necesidades es obtener información acerca de cómo está funcionando.

SEÑORA NIZ (Doc.).- Quiero felicitar a todo el equipo y agradecerles. Es muy reconfortante ver todos los avances que se han logrado. Me emocionó lo que se dijo sobre la coordinación, porque generalmente eso no pasa. Comparto lo que dice la Dra. Martínez en el sentido de que todo es para sumar. El Hospital de Clínicas es un orgullo.

El altísimo nivel de coordinación es para celebrar, pero no sé cuánto han podido avanzar en la coordinación en el Hospital y hacia afuera. Soy médica de familia y sé lo que ocurre durante las consultas y cuando el paciente se va. Siento que necesitamos varias instancias para discutir muchos aspectos.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.).- Como integrante del Hospital de Clínicas me sumo a las felicitaciones y al placer que una siente cuando llega y encuentra a un funcionario tocando el piano, por ejemplo. Empezar el día así cambia el ánimo. También quiero hacer hincapié en los objetivos que tiene la comisión. Hicimos un formulario para encuestar a docentes y estudiantes con el fin de valorar la percepción de quienes están en actividad, para trabajarla en conjunto. De hecho, ya lo enviamos y se puede enriquecer con los intereses de la comisión. Pensamos que puede ser un insumo muy importante a los efectos del trabajo que el Claustro puede aportar a la Dirección del Hospital. Asimismo, existe interés en saber en qué entiende la Dirección que el Claustro puede aportar, ya que nos compete como órgano de cogobierno y nos interesa participar de esa manera. Este Claustro en particular está trabajando en muchas áreas para la optimización de la conformación y la funcionalidad de las unidades académicas en esta primera etapa. Luego seguramente se irán modificando hacia un concepto más funcional, pero de hecho el cambio en el plan estratégico de las unidades académicas de la Facultad empieza a incorporar ese concepto de unidades funcionales. En la evolución se puede mejorar muchísimo, pero la Facultad ya comenzó esa tarea con esta conformación de las unidades académicas. La comisión tiene como objetivo colaborar en la optimización del funcionamiento de las unidades académicas que funcionan en el Hospital de Clínicas, con todas las carreras que involucra.

Estos son los tres grandes objetivos de la comisión. Nuestro interés es ser un nexo, a punto de partida de esta presentación -que ha sido buenísima para todo el colectivo-, para continuar el trabajo. Estamos a su disposición.

SEÑOR VILLAR.- Hay mucha más información. El Dr. Martín Esteche está liderando un trabajo con un grupo de ingenieros y estudiantes sobre la procedencia y el destino de los pacientes. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes del Hospital del Cerro van al Hospital de Clínicas, que uno de los lugares de donde más recibe es de Colonia, y en lugar de ir disminuyendo ha ido aumentando la derivación de hospitales de Rivera o de Tacuarembó en estos tres años. Tenemos datos muy interesantes que podemos hacer llegar a la comisión. También hay datos de ejecución presupuestal, de gastos y de insumos que sería importante que vieran porque permiten saber qué vamos a plantear a los futuros gobernantes para los próximos cinco años.

Con respecto a las unidades académicas, es muy interesante el trabajo que se está haciendo en el centro de rehabilitación de Fisioterapia y la forma en que se ha integrado con Fisiatría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología y Neurología. Allí surgieron problemas y se llegó a soluciones. También estuvo presente la dificultad de aceptar el nombramiento del profesor y darle el lugar que le correspondía. Es una experiencia linda que también se está dando en otras áreas.

SEÑORA TISCORNIA (Doc.)- En la comisión hemos visto que, siendo representantes del Claustro, tenemos un lugar diferente al que tienen los actores directos, gestores y ejecutores del proceso. Nos imaginamos colaborando desde otro lugar, mostrando las ventajas que tiene esta unión y tratando de formar otro grupo funcional de trabajo.

SEÑOR PAGANINI (Doc.)- No es fácil para el Hospital de Clínicas mostrar números reales. Se está creciendo hacia la humanización, pero todavía falta mucho camino por recorrer. Uno de los grandes desafíos de la Medicina es que no sea masificada ni superespecializada. Después de escuchar al Dr. Villar, todos quedamos con ganas de participar en la elaboración de estrategias reales, en el sentido de hacia dónde va a crecer el Hospital y cuáles son sus objetivos. A diferencia de los otros centros, el Hospital de Clínicas es un centro docente, lo que nos obliga a que estos cambios persistan en el tiempo. Los cambios en una estructura como la nuestra no se resuelven en tres años o cuatro. Es importante que la Facultad no sea un ente colgado de un pincel, sumergido en aspectos teóricos, sino que debemos ser pragmáticos.

La Facultad de Medicina ha cambiado en forma notoria, con una cantidad de carreras, y el Hospital de Clínicas es el centro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la exposición del Dr. Villar y quedamos con el compromiso de interactuar. Las puertas están abiertas, sobre todo para conocer qué va a suceder en el futuro. Por supuesto, nos maravillamos de nuestro hospital universitario, y no debemos olvidar que es un hospital universitario. La Universidad de la República está cumpliendo 175 años, y gracias a que existe la Udelar -y que la defendemos desde el cogobierno- podemos tener este maravilloso hospital universitario. Siempre lo fue, pero es evidente que va a más.

SEÑOR VILLAR.- Muchas gracias.

(Aplausos)

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 16:30)