



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
Correa de la Facultad

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

*Claustro Abierto del día
26 de noviembre de 2020
VIDEOCONFERENCIA*

ACTA N° 43

Versión taquigráfica

*Presiden el Dr. Jorge Montaña
y la Dra. Cecilia Guillermo*

CGU
MED

POE

DECIDIR...

CONSULTA

ESTUDANTIL

II – Acta N° 43, del 26 de noviembre de 2020

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Claustro Abierto del día jueves 26 de noviembre de 2020

VIDEOCONFERENCIA

Acta N° 43

Versión taquigráfica

Presiden el Dr. Jorge Montaña y la Dra. Cecilia Guillermo.

ASISTEN:

Por el orden docente: Cecilia Guillermo, Norberto Liñares, Ricardo Silvariño, Juan Gesuele, Mariela Garau, Mabel Goñi, Verónica Seija, Verónica Torres, Natalia Huart, Eduardo Olivera, Andrés Trostchansky, Mauricio Cuello, Nora Artagaveytia, Sergio Bianchi, Adriana Cassina, Raúl Perna y Lucía Araújo.

Por el orden de egresados: Jorge Montaña, Rafael Averó, Uruguaya Rodríguez, Álvaro Cabrera, Agustín Haller y Gabriel Bermúdez.

Por el orden estudiantil: Matías Mereles, Natalia Pan, Melissa Rodríguez, Stephanie Jaime, Eros Ferreira, Anaclara Cedrés, Mauricio Méndez, Franco Tourn, Ricardo Escobar y Liliana Alves.

Participan: Dra. Cecilia Hackembruch y Dres. Fernando Tomasina y Álvaro Villar.

Actúa en Secretaría el Sr. Marcelo Rubiaca.

Presentación de postulantes a la Dirección General del Hospital de Clínicas

SEÑOR PRESIDENTE (Montaña).- Habiendo *quorum*, está abierta la sesión.

(Es la hora 13 y 30)

—Buenas tardes a todos. Agradecemos la presencia de los postulantes a ocupar el cargo de director general del Hospital de Clínicas. La idea de este Claustro Abierto es que hagan una exposición de aproximadamente quince minutos cada uno, para luego abrir una ronda de preguntas.

Para comenzar, damos la palabra a la Dra. Cecilia Hackembruch.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- Buenas tardes y muchas gracias por darme la posibilidad de presentar algunas líneas de pensamiento sobre cómo gestionar el Hospital de Clínicas.

En primer lugar, un plan estratégico no puede ser unipersonal porque la gestión de un lugar como el hospital universitario no se puede hacer en forma unipersonal. A mi modo de ver, el concepto de gestión de un hospital, como de todos los lugares donde se brinda servicios más allá de la asistencia, debe ser participativo. En el caso concreto del Hospital de Clínicas, además de ese aspecto, que está en su constitución, debe ser un hospital abierto a la sociedad. El Clínicas tiene que ser el mejor hospital del país porque ahí se forma el 90 % de las personas que van a estar en contacto con la atención de la salud, uno de los bienes más preciados.

Por eso tiene que ser el mejor no solo en aspectos como la academia y la investigación sino también en la asistencia, porque su centro debe ser el paciente. En el documento que compartí planteo la centralidad del paciente. Si las personas que se forman no viven una atención médica centrada en el paciente van a tener una formación orientada en otras direcciones.

Este es el componente más importante a destacar como concepto para la Dirección. Hablamos del paciente como centro, la trascendencia social del hospital y la formación académica y de investigación fuertemente apoyada por la Dirección. Para lograr esto propongo cinco Direcciones: la Dirección Asistencial, la Dirección Académica y de Investigación, la Dirección de Servicios Generales e Infraestructura y Logística, la Dirección Administrativa y Económica y la Dirección de Relaciones Institucionales y Comunicación.

Con respecto a la Dirección Asistencial, la veo fuertemente integrada a la academia, como formadora de especialistas en administración de salud. El Hospital de Clínicas tiene que ser una fuerte escuela de gestores de salud, que cuenten con las herramientas más modernas, que conozcan la gestión clínica y que actúen con la mayor eficiencia. Eso se tiene que reflejar en la gestión. Por ese motivo propongo la gestión clínica vinculada estrechamente a la académica. El Dr. Tomasina recordará la departamentalización de Pediatría, que llevamos adelante cuando estábamos en el hospital pediátrico y él en la Dirección General.

La actividad académica tiene que ir por un canal integrado a actividades de gestión pero también debe tener sus especificidades. Eso también es formativo, porque las personas que salgan de ahí se van a insertar laboralmente en otras instituciones y deberán entender aspectos de gestión a la hora de ejercer la Medicina, aunque sea en la parte clínica.

Por otro lado, para promover la investigación me parece importante generar una estructura específica. Actualmente en el país hay una gran oferta de fondos concursables y seguramente habrá más. Muchas veces no se presenta nadie y esos fondos quedan sin ejecutar porque los tiempos y procesos de inscripción de los concursos no van con los tiempos de las personas que se podrían presentar. El llenado de formularios es muy tedioso. La ejecución del fondo -como en el caso de la ANII- requiere de un apoyo en gestión de proyectos, por lo que puede ser interesante que ese apoyo lo brinde la Dirección, ya que a esta le interesa que haya investigación en el área clínica y en ciencias básicas. Sería bueno, si así lo considerara la Comisión Directiva, que el área de las ciencias básicas se integrara a la actividad clínica.

En lo relacionado con la formación académica, mi idea es que participen en el hospital no solo las áreas de la Facultad de Medicina sino todas las áreas de conocimiento que se desarrollan en la Universidad de la República. Esta tiene cada vez más Facultades vinculadas estrechamente a la salud porque la salud es cada vez más transversal. Me refiero al ingeniero biomédico, al economista de la salud, al psicólogo, al asistente social, al contador, al arquitecto especialista en arquitectura hospitalaria, etc. El hospital puede ser formador de muchas más áreas de las que ya tiene. Ahí existe una propuesta que quizá sea disruptiva pero que me parece importante.

En cuanto a infraestructura y logística, propongo un modelo de gestión llamado Lean hospitals, que tiene que ver con la integración de actividades y eficiencia en los tiempos. Eso hace a la infraestructura pero mucho a la logística. Me re-

fiero a los tiempos de espera, las demoras en las consultas, los procesos, etc. Una metodología como la que estoy planteando es positiva. Pienso que el hospital debería ser amigable desde el punto de vista edilicio para la función asistencial y procurar que los pacientes no estén perdidos en los pasillos, entrando y saliendo de los ascensores porque no saben dónde está la Farmacia u otro lugar. También hay que pensar en la academia: la estructura para las clases, los anfiteatros y todo lo necesario para acompañar la formación de manera moderna, respetando los estándares generales. El Hospital de Clínicas no puede no ser el mejor de todo el sistema.

Otro aspecto se relaciona como disminuir en lo posible la asistencia de pacientes al hospital, sobre todo los del interior. Me refiero a la posibilidad de que haya interconsultas por telemedicina para disminuir la necesidad de que el paciente venga a Montevideo y, de esa forma, lograr la formación continua de profesionales en el interior del país.

Con respecto a relaciones institucionales y comunicación, tenemos que ser el mejor hospital, con una gestión abierta. El referente en salud tiene que ser el hospital. Eso hace a las relaciones institucionales y la comunicación, dentro y fuera del hospital. Tiene que ser así para que la gente sepa y se enorgullezca del hospital que tiene, que es un tesoro. Además, ese puede ser un canal de prevención en salud y promoción de actividades. Me refiero a una relación del hospital con la sociedad en general, con fundaciones y actividades que le permitan integrarse al resto del país y a otros hospitales universitarios.

En resumen: el Hospital de Clínicas debe ser el faro que ilumine toda la asistencia médica del Uruguay, permitiendo el aprendizaje y la formación de aquellos que van a estar vinculados a esa asistencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la Dra. Hackembruch por su presentación.

Ahora damos la palabra al Prof. Dr. Fernando Tomasina.

SEÑOR TOMASINA.- Es un placer participar en esta instancia, que es el espacio más democrático que tenemos en nuestra vida universitaria. La nueva ordenanza, al plantear que el director general del Hospital de Clínicas debe lograr el acuerdo de la Asamblea del Claustro, refuerza el carácter universitario del hospital. Eso muestra su importancia y su carácter, en particular en el caso de la Universidad de la República, que es cogobernada y tiene autonomía. Por lo tanto, todos los servicios universitarios tienen que estar vinculados a las necesidades y preocupaciones de la sociedad en su conjunto. En este sentido tenemos un deber y una responsabilidad importantes.

¿Qué estamos discutiendo en este ámbito plural y participativo de la Asamblea del Claustro? La elección de la persona que va a conducir el hospital universitario por un período de cuatro años y será evaluado por el Consejo de la Facultad de Medicina, por la Comisión Directiva y por el Claustro. Se está estudiando una forma de liderazgo. El director va a presidir un órgano de cogobierno. Como dijo acertadamente la Dra. Hackembruch, ninguno de nosotros podemos presentar un plan estratégico en forma individual porque eso se tiene que elaborar en las distintas comisiones cogobernadas. Lo que sí tenemos que identificar es a la persona que pueda conducir un órgano de cogobierno como la Comisión Directiva y ejecutar la política de ese cogobierno. Con ejecutar me refiero a conducir y eva-

luar la prosecución de las acciones. Lo que estamos tratando de dilucidar es quiénes tienen ese perfil.

Lo que propuse en este ámbito fueron líneas estratégicas en construcción. Un período de cuatro años no va a transformar la realidad del hospital porque este, desde su origen, se encuentra en transformación. Es un proceso que requiere el aporte de varias generaciones. Desde el primer momento pensamos en ese hospital concebido en el Decanato del Dr. Manuel Quintela, que no llegó a ver siquiera la colocación de la piedra fundamental de un hospital que ha contado con la contribución de varias generaciones de universitarios.

El otro aspecto importante es ver cuáles son las líneas estratégicas. En el documento que envié planteo la necesidad de una cultura institucional. Me refiero a un hospital que profundice su carácter universitario en todos sus estamentos, con todos los servicios del hospital y aquellos vinculados con el área de la salud pero también otros. Lo digo pensando en otras áreas como la Facultad de Información y Comunicación o la Facultad de Ingeniería. Concebir y profundizar un hospital universitario está atado a la reflexión que hicimos en su momento en la Comisión de Líneas Estratégicas, que logró un documento consensuado con los distintos estamentos de nuestro cogobierno universitario y fue aprobado por el Consejo Directivo Central. Esa es la visión que tenemos del hospital: una institución que va a dejar de ser "de Clínicas" para ser más universitaria, integrándose en todas las funciones de la vida universitaria.

El hospital tiene que avanzar en todos los cargos docentes. Desde el Decanato planteamos, cuando se estaban elaborando las líneas estratégicas, la necesidad de que todos los cargos tuvieran funciones de enseñanza. Lo pienso basado en la práctica de profesionales y técnicos de las distintas carreras de grado de nuestra Facultad de Medicina. El Hospital de Clínicas tiene que ser un lugar privilegiado para la formación de nuestras 21 carreras de grado. A eso sumamos sin duda Enfermería y el Instituto de Nutrición y Dietética. Es una oportunidad de ampliar la plataforma docente y el espacio de práctica de las diferentes carreras de grado de los servicios universitarios del área de la salud. En la discusión del Consejo está planteado el tema de los espacios de práctica para la creciente demanda provocada por la numerosidad. A su vez, es también una necesidad del sistema.

¿Hay que estimular la formación de los profesionales de la salud en gestión clínica y académica? Sí, la gestión no está limitada a los administradores. Hay que incorporarla a la gestión clínica y académica. Para ello es importante articular estas disciplinas con diferentes espacios que tiene la Universidad. Dentro de lo que llamo "cultura institucional" hay un tema vinculado con un programa de mejora del bienestar y la seguridad en la salud laboral. Quizás hago hincapié en esto por mi perfil. La idea es que, a través de las comisiones sobre condiciones de salud y seguridad en el trabajo y en el estudio, se pueda trabajar esto potenciándolo y articulándolo con diferentes estructuras ya existentes como la Comisión de Bienestar de Residentes y Posgrados, la Unidad de Radioprotección o las actividades que realiza la División Universitaria de la Salud. Esto debe incluir aspectos que hacen al desgaste y la protección de la salud de los funcionarios docentes, técnicos, administrativos y de servicios generales en temas de bioseguridad y ergonomía. Hay que lograr que el hospital sea un ámbito de trabajo digno, seguro y que promueva al trabajador de todos los sectores, tal como lo establece la OIT. Es importante reforzar el sentido de pertenencia al hospital y lograr estándares que están

atados a la calidad. La calidad de los servicios de enseñanza y académicos no se concibe sin condiciones de trabajo dignas. En eso el hospital está en proceso. Una línea a profundizar es la cultura institucional, que tiene un fuerte carácter universitario.

No hay dudas de que tenemos que mejorar la gestión. Es un principio básico. El concepto de Deming de mejora continua de la calidad implica una espiral de mejora permanente, donde debemos evaluar en forma continua lo que hacemos para generar nuevas situaciones. Hay que trabajar los distintos procesos.

Otro tema importante es fomentar los procesos de desconcentración en algunos sectores. De hecho, lo hicimos para el Centro Cardiovascular en su momento y hay que evaluarlo porque tiene aspectos interesantes, como los tienen otros servicios por el mismo hecho de ser servicios de medicina altamente especializada.

En cuanto a la gestión clínica, la experiencia que tenemos de la Dirección del Centro Hospitalario Pereira Rossell implicó impulsar un modelo de discusión desde paciente en la consulta, la decisión clínica y el equipo, adquiriendo los conocimientos científicos básicos necesarios y teniendo en cuenta la realidad de los recursos físicos y materiales para llevar adelante esa actividad. La elaboración de guías clínicas en base a evidencia es un elemento central. Henry Mintzberg, en un artículo que ya tiene varios años, habla de la centralidad de las organizaciones. Justamente en uno de sus libros, *Viaje a la centralidad de las organizaciones*, habla de la complejidad de las estructuras universitarias y de los hospitales, las distingue de las clásicas burocracias weberianas y habla de una "burocracia profesional". En estos temas, la mejora y eficiencia del uso de los recursos pasa por una gestión clínica racional. Este es un aspecto que debemos trabajar y profundizar. En ese sentido, hay algunas ideas en relación a la organización pero creemos que la capacitación de los responsables de las estructuras académicas en aspectos que hacen a las técnicas clínicas es fundamental.

Hay que continuar y desarrollar el programa de asistencia progresiva, que a veces tiene saltos. Esto de un "hospital de las clínicas" es parte de lo que quería expresar. Me refiero a un hospital que no esté fragmentado por pisos. Ha habido avances en ese sentido. Uno de ellos es la atención progresiva. Siendo residente de Dirección, recuerdo que el Dr. Hugo Villar hacía hincapié en pensar el *continuum* de la atención. Los coordinadores de los distintos procesos asistenciales son centrales en ese trabajo, para romper con la gestión fragmentada.

La gestión debe ser pensada como una asistencia progresiva, con una gestión clínica que incorpore los conocimientos de la evidencia científica y ate los resultados clínicos con lo vinculado a los recursos. Otro elemento es la gestión-cama, que es crítico porque tiene impacto directo en otra de las funciones académicas básicas de nuestro hospital: la enseñanza clínica. Hay que estudiar en profundidad algunos aspectos. Otro elemento a mejorar es el aumento de la productividad quirúrgica a través de la cirugía ambulatoria. Existen algunas experiencias pero creemos que hay que formalizarlas.

La mejora de la gestión en los servicios académicos es básica, en articulación con la nueva ordenanza. Por algo existe un director académico, que está ubicado en el mismo sitial jerárquico que la Dirección Técnica. Eso habla de la relevancia con que el demos universitario entendió sus funciones. Ahí hay una serie de elementos a profundizar, como la unidad de gestión de apoyo a la investiga-

ción, que estaba propuesta en la Comisión de Líneas Estratégicas. También hay que fortalecer la Dirección con un equipo, pensando en una Dirección Académica y en una Dirección Técnica. La idea es que los grado 2 y los grado 3 de la Dirección Técnica compartan la Dirección Académica. Hay que integrar estos aspectos.

Otro elemento que planteamos son las plataformas transversales para la enseñanza, tanto de grado como de posgrado, vinculadas al Laboratorio de Habilidades Clínicas y sus unidades de simulación. Hay que continuar los procesos de mejora de la gestión de los servicios generales y de apoyo a la producción. En algunas áreas no menores hay mejoras relacionadas con la recuperación de aspectos básicos como la producción de alimentos, el lavadero o la generación de vapor y energía, a través de un cambio de matriz energética. Son elementos que debemos seguir trabajando y profundizando.

El hospital tiene que comunicar su gestión. Para eso entendemos muy importante el vínculo con la Facultad de Información y Comunicación (FIC). Algunos colegas hicieron el planteo de que se había votado un plan de refuncionalización del hospital, pero la realidad presupuestal ahora es otra. Lo que se obtuvo no es menor, pero de los once millones de dólares anuales planteados inicialmente estamos en poco más de dos millones. Ese dinero permitió mejorar algunas áreas, como la hotelería en los pisos 7, 8 y 9. Ha habido una mirada refundacional. Centrar a atención en la asistencia del paciente es un tema crítico. Debemos repensar algunos aspectos del plan, adaptándonos a la realidad presupuestal. Me preocupa, porque lo vivo como parte del hospital, que no tengamos lugares de espera adecuados para los familiares de pacientes en áreas críticas, por lo que muchas veces se utilizan los espacios generales. Hay que trabajar en la lógica de reorientar algunos aspectos en lo asistencial. También hay que profundizar la articulación con los distintos servicios del predio.

Otro tema importante es el vínculo con el Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de ASSE, con los dos convenios, que hay que mejorar. También lo es la integración a la historia clínica electrónica nacional y el vínculo con el Sistema Nacional de Investigadores. Hay muy buena investigación básica traslacional. Tenemos que profundizar la investigación clínica y ahí tenemos algunas ideas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias, Prof. Tomasina, por su presentación. A la Secretaría del Claustro llegaron las propuestas de la Dra. Hackembruch y del Prof. Tomasina. También está presente el Dr. Álvaro Villar.

SEÑOR VILLAR.- Envié hoy a la Presidencia del Claustro mi propuesta y el comunicado de mi decisión de presentarme como candidato para la Dirección General del Hospital de Clínicas. Supongo que los claustristas la van a recibir. De todas formas, puedo hacer una presentación ahora.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si la Asamblea del Claustro está de acuerdo, no habría problemas en pasar a la presentación.

(Apoyados)

SEÑOR VILLAR.- En primer lugar, quiero saludar al Claustro y agradezco que me den esta oportunidad. También saludo en forma especial al Prof. Tomasina y a la Dra. Hackembruch, con quienes hemos compartido visiones muy parecidas con respecto a la gestión de los hospitales, de la Facultad y de la importancia del sector público. Es sano para una institución como el Hospital de Clínicas que haya interés de varias personas para presentarse a una elección como esta. Lo contrario

sería una mala señal. El hecho de que estemos interesados los tres en dedicar los próximos años a esta tarea habla bien del hospital y muestra la importancia que tiene para la salud, no por cada uno de nosotros en particular sino por lo que significa y está en juego en este caso.

La génesis del Hospital de Clínicas, donde los estudiantes jugaron un papel clave en el Consejo de Facultad y también los decanos y los órdenes de entonces, se debió a la idea de crear un hospital que marcara las líneas principales del desarrollo de la salud en nuestro país; que actuara como ente testigo y defendiera los valores universitarios; que fuera un centro de creación de conocimiento donde se elaboraran las pautas y protocolos, y se discutieron las grandes ideas de cómo tenía que llevarse adelante la atención sanitaria. Hablo de atención sanitaria porque la salud es algo mucho más grande, que no es responsabilidad de los hospitales. Nuestra responsabilidad es promover una atención sanitaria, no médica, con todo el equipo de salud involucrado. La audacia, el concepto innovador que implicó la creación y el desarrollo a lo largo de estas décadas del Hospital de Clínicas, debe mantenerse. Es nuestra responsabilidad trabajar para que ocupe un lugar más destacado aun en ese panorama de la salud pública.

Estoy convencido de que tiene que ser el sector público el que marque las líneas de desarrollo de la atención sanitaria porque es el que está en mejores condiciones para elaborar pautas, protocolos y decir cuál es la mejor forma de llevar adelante cada tratamiento y elaborar las rutas de diagnóstico. Desde que se creó el Hospital de Clínicas hasta hoy ha habido muchos cambios en la concepción de la atención sanitaria y de la salud. Hemos ido dando cada vez más importancia al concepto de equipo a la hora de definir la salud. Me refiero a la importancia de las enfermeras universitarias y de toda la enfermería en el proceso de diagnóstico y tratamiento, de cada uno de los técnicos, de los sectores relacionados con la salud mental, con la salud bucal. Por eso decimos que este es un proceso colectivo. El hospital tiene que acompañarlo desde el punto de vista de su funcionamiento, de la gestión e incluso desde el punto de vista arquitectónico en cuanto a cómo se realizan los cambios. Tiene que acompañar ese cambio de mirada, esa necesidad de horizontalizar los procesos de discusión para que sean más colectivos y más cooperativos.

La Dirección del hospital tiene que favorecer, con su accionar, esa construcción colectiva. Debe entender que su papel principal es dar vida a los servicios, ayudándolos. Es la idea del jardinero, que no es el que hace la planta sino quien le da los instrumentos -la tierra, el sol, el agua, la protección contra las malas hierbas- para que se desarrolle. De la misma manera, la Dirección tiene que permitir el desarrollo de los servicios de asistencia. Ese es su fin fundamental. La Dirección debe quedar por detrás de todo eso. Lo importante es que la formación de recursos y la creación de conocimiento se dé todos los días, en cada uno de los rincones del hospital, a través de la asistencia y creando las condiciones para hacerlo. En un hospital universitario tiene que haber formación sobre el manejo de las calderas, sobre la elaboración de alimentos, sobre informática, sobre farmacia, etc. En cada acción del hospital tiene que haber docencia, creación de conocimiento e investigación. Para eso tiene que existir una firme vocación por la excelencia.

Si decimos que el hospital universitario tiene que impulsar el desarrollo de toda la atención sanitaria del país es fundamental que aspire a la excelencia en lo

asistencial, en lo docente, en la investigación y en la gestión hospitalaria. No se puede pensar que esto se logra con una declaración o por un acuerdo. Se logra en los hechos, si en el día a día concretamos estas cosas. Para eso –estoy de acuerdo con la Dra. Hackembruch- es fundamental comprender que en los últimos años la atención sanitaria se ha ido centrando en el paciente. Esto significa que cuando administremos los tiempos y organicemos los equipos y las tareas debemos hacerlo pensando en el paciente. Si colocamos todas las policlínicas en el horario de la mañana no estamos pensando en las necesidades del paciente. Si, a la usanza del mecanismo fordiano de la cadena de montaje, resolvemos que el paciente debe recorrer cada uno de los lugares para tratarse en vez de poner a todo el equipo a su alrededor, no estamos pensando en el paciente. Me refiero a que, por ejemplo, un paciente que viene a consultar por un nódulo sospechoso en el pulmón pueda ser visto en el día por un neumólogo, por el equipo de cirugía torácica, por el de imagenología, que le hará un tomografía, o por el equipo de fibroscopía para una biopsia. Si la tomografía resulta sospechosa, es fundamental que ese mismo día tenga la posibilidad de una extemporánea. Que se vaya con un diagnóstico ese mismo día es centrarse en el paciente y no, como históricamente se ha hecho, en nosotros los médicos. Eso implica a futuro organizar los sistemas de salud para que ese sea el centro.

Centrarse en el paciente significa también cambiar nuestras prácticas para proteger y promover su dignidad. En nuestra práctica diaria en el hospital tenemos elementos que deshumanizan y hacen que el paciente pierda la individualidad, porque no es dueño de su cuerpo y de su tratamiento. Centrar la atención en el paciente implica informarle por escrito, hacerlo partícipe de su tratamiento, respetando sus tiempos y sus decisiones. Un hospital universitario tiene que defender y promover esos valores, y el Hospital de Clínicas tiene que dar el ejemplo a todo el sistema de salud. Me refiero a que los valores se tienen que centrar en el ser humano, en su dignidad, con un humanismo creciente porque implica una construcción colectiva histórica. Hablo del concepto de primero no dañar. Ese tiene que ser el lema de toda la atención hospitalaria. Tenemos que construir la docencia y la investigación universitaria en torno a ese principio de hacer lo mejor para el paciente, entendiendo que cada daño debe tener una justificación ética y moral. No hay duda de que cuando la medicina o la cirugía interviene hace un daño, que solo se justifica si su fin es la mejora de la situación del paciente.

Otro concepto es la importancia del confort, que también forma parte del sistema de salud y de la atención. Un hospital que se preocupe por ser un ámbito sin ruidos está pensando en el descanso del paciente. Debe ser un hospital que se preocupe por la limpieza, por la seguridad del paciente en cuanto a las caídas o a la medicación. Con respecto a la Farmacia, todavía no hemos logrado implementar la unidosis en todos los pisos. Hay que tender a un fraccionamiento centralizado de los medicamentos, algo que todavía no tenemos, para que a cada paciente se le entregue la dosis exacta por turno. Todos esos son elementos de seguridad que muestran preocupación por el paciente. El siguiente paso tiene que ser la digitalización de la receta y la organización de la Farmacia de forma eficiente, en una relación de costos adecuada que le permita cumplir su rol. De esa forma, a cada paciente le llegará la medicación en el momento adecuado, con disminución de costos.

La misma concepción se tiene que aplicar en la alimentación. Recién el Prof. Tomasina habló de cuánto se avanzó en la producción de alimentos en el

hospital, un logro muy importante. Hay que ir hacia sistemas que eviten estar cocinando continuamente y permitan distribuir los alimentos elaborados en forma más predictiva.

Todo esto implica la inserción del hospital en la red asistencial. Para eso debe tener una población asignada. En la relación con ASSE tenemos que lograr que el Hospital de Clínicas tenga responsabilidad ante una población determinada, con una relación de referencia y contrarreferencia con ciertas policlínicas. Es fundamental que tengamos zonas asignadas y que haya policlínicas de ASSE que refieran a sus pacientes al hospital. También debe estar claramente establecido cuáles son los hospitales departamentales que nos refieren pacientes. Hay que entender que somos parte de un sistema de atención. El Hospital de Clínicas no brinda toda la atención sanitaria sino que realiza su parte, dentro de una red asistencial. La docencia y la investigación se tienen que hacer insertados en ese concepto de red.

Para lograr eso tenemos que digitalizar la historia clínica en todos los servicios. Debemos ir hacia un sistema que, cuando recibamos a un paciente, nos permita saber toda la atención que hasta el momento se le brindó. La información electrónica digitalizada es clave para investigar. No podemos hablar de excelencia en investigación si no tenemos acceso a la información. Ya no vale aquel archivo donde teníamos las cosas por escrito, donde solo guardábamos textos. Hoy necesitamos archivar sonidos, imágenes, videos; necesitamos tener acceso a los estudios que el paciente se haya hecho en distintos efectores de ASSE.

Otro elemento fundamental es la relación con la Universidad. El Clínicas es un hospital universitario. Según el concepto actual, eso implica que allí se realice toda la enseñanza de grado y de posgrado, que las 18 carreras de las Escuelas estén incorporadas en la formación del hospital; que interactuemos con las demás Facultades de la salud como la de Psicología o la de Odontología. Sin duda, la relación con la Facultad de Enfermería es fundamental, así como con los creadores de contenidos en salud. Aquí me refiero a la Facultad de Arquitectura, por el tema de la arquitectura de salud; a la Facultad de Ingeniería para el desarrollo de sistemas informáticos; a la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, por lo que hace a economía en salud y administración; a la Facultad de Ciencias Sociales, etc. Tiene que ser un hospital para toda la Universidad, y para eso es fundamental que la Dirección trabaje colectivamente, dialogue con los servicios y sepa que el centro del hospital tienen que ser los servicios. La prioridad es la asistencia a la población de referencia y, por lo tanto, los servicios clínicos de tratamiento de la Facultad de Medicina. Es fundamental entender que esto se logra si la Dirección sale a recorrer el hospital, si está cerca, de manera horizontal, promoviendo la discusión y el debate de ideas en forma colectiva, democrática y gobernada.

SEÑOR PRESIDENTE.- La primera pregunta la plantea la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Es una consulta para los tres candidatos: ¿cómo visualizan el Hospital de Clínicas y la integración plena de todas las carreras de la Facultad, y de la EUTM en particular, en relación a la resolución de apertura libre definida por el Consejo de Facultad de Medicina para 2022? ¿Cómo piensan que puede darse esta integración?

SEÑOR TOMASINA.- En el proyecto menciono un aspecto en el que hice hincapié. Me refiero al más universitario de todos los estamentos. Hablo de los cargos técnicos profesionales no docentes, para que se les pueda incorporar la fun-

ción de enseñanza. Es un concepto muy importante porque hablamos de licenciaturas de las 18 carreras de grado de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, de las licenciaturas de la Facultad de Enfermería y también del Instituto de Nutrición y Dietética. Un tema central es ampliar los espacios de práctica y la plataforma docente.

El otro aspecto es avanzar hacia el concepto de una Facultad de Ciencias Médicas. Hay disciplinas del área médica que hoy ya no están en la Facultad de Medicina, pero igual debemos profundizar ese avance. Hay que seguir transitando la formación de posgrados en la Escuela de Graduados porque esta no es solo de los graduados de Medicina sino de todas las carreras de grado. El hospital, que no es solo asistencial sino que es universitario, debe cumplir estas funciones. Todos los servicios son de apoyo para las áreas académicas.

Por otro lado, hoy hablamos de los equipos de salud. Tenemos que avanzar hacia los departamentos y los institutos, para superar el modelo de cátedra y de clínica. Eso que la Facultad de Medicina está impulsando es el otro concepto importante de integración de las distintas carreras para avanzar hacia una Facultad de Ciencias Médicas. Hablar de rehabilitación sin tener en cuenta a todos los que participan -el licenciado en Fisioterapia, el psicomotricista, el psicólogo, el médico fisiatra, el traumatólogo- es inconcebible. Tenemos que pensar en institutos y en departamentos, que rompan con la mirada parcial, compartimentada, de la atención. Por eso en el programa esto está mencionado.

Son dos planteos. Uno refiere a la gestión, con la propuesta de ampliar las horas y la plataforma docente. El otro hace a la organización, donde se propone avanzar en institutos y departamentos como estructuras integrales de los equipos. Finalmente, la propuesta es vincular todo lo académico -la investigación, la enseñanza de grado y de posgrado- con la Escuela de Graduados para avanzar en diplomas, especializaciones y maestrías. De hecho ya hay algunas, pero debemos potenciar todo eso. Un aspecto fundamental es la integración en el cogobierno de las estructuras de todas las carreras de grado.

SEÑOR VILLAR.- No hay ninguna tarea en el diagnóstico o en la terapéutica en el mundo actual que no involucre a los técnicos, las distintas disciplinas o la enfermería. Debemos ir hacia la incorporación en las distintas actividades asistenciales de otros sectores que hoy nos cuesta más, como la psicología médica.

Hoy los técnicos tienen un rol destacado en la atención. Lo que tiene que mejorar es su incorporación en la toma de decisiones colectivas de los servicios. Al promover que los debates y la elaboración de las pautas de tratamiento sean multidisciplinarios, donde participen distintos profesionales y técnicos, se logra que todos se sientan parte del proceso asistencial. De esa manera se les da el valor que tiene cada uno. Eso estimula la creatividad y el compromiso, evitando la tendencia a aislar o marginar a los técnicos de las decisiones importantes.

En segundo lugar, en las acciones de la Dirección del hospital tiene que haber una búsqueda clara de soluciones materiales, tanto en recursos humanos como en resolver problemas cotidianos, para la incorporación de los técnicos en la docencia, en la investigación y en la creación de conocimiento. Los protocolos que se elaboren para todo el sistema tienen que contar con la participación de las 18 carreras de las Escuelas y de cada una de las Facultades de la salud. A veces esto es fácil de decir pero es difícil que se concrete en lo cotidiano de la Dirección

y de los servicios. Hay muchas barreras culturales que debemos superar en forma activa para que esto se pueda concretar.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- Si es fundamental ampliar la cobertura de los espacios docentes y de la actividad académica con respecto a las otras Facultades de la Universidad de la República, con más razón hay que lograrlo con las Escuelas. Estas deben tener un espacio privilegiado en el hospital, tanto en lo que tiene que ver con la actividad asistencial como con la académica, tanto docente como de investigación.

Por otro lado, hay que desmedicalizar la atención médica. Somos parte de un equipo de salud que tiene muchos actores, no solo de la Facultad de Medicina, y todos son trascendentes. Prueba de ello es que, por norma, el Comité de Infecciones Intrahospitalarias tiene que ser presidido por una nurse. Lo mismo sucede con el comité que se ocupa del manejo de los residuos intrahospitalarios. Por otro lado, la atención del paciente la debe orientar el médico, pero con el apoyo del nutricionista, de la nurse, del asistente social, de la psicóloga médica, del psiquiatra, etc. Todos los equipos están transversalizados por muy diferentes disciplinas y no pueden prescindir unas de otras. Sin duda van a tener un lugar en la actividad diaria pero también en la actividad de gestión. Cuando uno organiza un plan de trabajo para una reforma: tiene que preguntar al arquitecto, al ingeniero, pero también al de higiene ambiental, al encargado de las infecciones intrahospitalarias, al encargado de los residuos, etc. Todo tiene que ser transversal, incluyendo todas las disciplinas.

Las licenciaturas y tecnicaturas tienen mucho que dar a los estudiantes de Medicina y a los que están haciendo posgrados. Después de recibirnos aprendemos muchísimo al acompañar y observar a los nutricionistas, a las nurses, a los radiólogos o a los fisioterapeutas. ¡Qué bueno sería que esa formación estuviera integrada desde el primer momento! Por supuesto que todo esto está condicionado a decisiones estratégicas que debe tomar la Comisión Directiva. Como dijimos todos, esto es una construcción colectiva, vinculada al cogobierno, y por eso tiene que ser una decisión de todos.

(Se retira el Dr. Montaña. Ocupa la Presidencia la Dra. Guillermo)

SEÑORA PAN (Est.)- Agradecemos a los tres candidatos por estar presentes hoy, contándonos sus propuestas. En esta elección nos paramos pensando en el futuro. Mucho se ha hablado en el último tiempo de hacia dónde va el hospital. Su misión y visión obviamente son claras, pero tienen determinada realidad. Es una institución muy grande, con mucho personal médico y no médico, con muchos servicios pero, sobre todo –lo resalto porque para nosotros es fundamental-, es un hospital universitario. Cuando decimos que se ha hablado mucho del hospital, me refiero a qué vamos a priorizar en los próximos años. Hablo de priorizar porque todos conocemos lo acotado que es su presupuesto.

¿En qué áreas o servicios creen que el hospital debe invertir y refuncionalizar en los próximos años?

SEÑORA HACKEMBRUCH.- La prioridad de todo hospital tiene que ser el paciente. De acuerdo a eso va a mejorar muchísimo la formación, porque la actividad académica también va a estar centrada en el paciente. Una gestión centrada en el paciente va a ser la mejor priorización. Por otro lado, hay una Comisión Di-

rectiva cogobernada que va a marcar estrategias. En base a eso vamos a priorizar, siempre siguiendo lo que defina la Comisión Directiva.

SEÑOR VILLAR.- Para mí es muy importante entender que el Hospital de Clínicas tiene una responsabilidad con la atención de nuestra población. Por tanto, es clave que tenga una población de referencia, con policlínicas donde trabajemos con el primer nivel de atención en la realidad. Eso implica ser responsables de dar respuesta. Cuando un paciente necesita un hospital de tercer nivel, o policlínicas que están en referencia con nosotros nos solicitan que una persona sea atendida aquí, tenemos que dar respuesta. Debemos dar respuesta a la Emergencia y a hospitales departamentales de referencia. Esa tiene que ser nuestra prioridad.

La forma de dar respuesta tiene que buscar la excelencia asistencial, académica, en la formación universitaria, en la docencia y en la investigación, pero siempre centrada en los servicios asistenciales del hospital. Eso no implica que no vayamos a trabajar en la venta de servicios o que hagamos falsas dicotomías. Debemos priorizar en dar a nuestra población de usuarios la mejor asistencia. Eso implica mejorar las condiciones de atención, de internación, de distribución de alimentos y los tratamientos que damos a nuestros pacientes. Seamos centro de referencia y trabajemos para la venta de servicios pero sin olvidarnos de que nuestro primer objetivo es que los servicios vinculados con la asistencia y los de apoyo tengan al paciente como prioridad.

SEÑOR TOMASINA.- La pregunta de la Br. Pan es realmente relevante. Vamos a tener que discutir en el demos la situación presupuestal. Hoy el Hospital de Clínicas recibe presupuesto universitario, que va a estar acotado con respecto al crecimiento. Es una realidad compleja porque somos un hospital que debe garantizar la enseñanza a las 21 carreras de grado de nuestra Facultad, además de otras. Esa es la parte central de su misión.

Tenemos que trabajar en la lógica de la investigación y del desarrollo. En aspectos de investigación básica, traslacional y clínica se va gran parte de nuestra capacidad soberana como país. Ahí hay un debe sobre el que tenemos que trabajar. Va a ser uno de los tironeos que vamos a enfrentar.

Con respecto a lo asistencial, además del presupuesto universitario tenemos recursos que surgen de los convenios firmados con ASSE en 2010 y en 2015. El hospital no es un prestador integral sino que complementa las funciones del prestador integral que es ASSE. Por supuesto que como hospital público y universitario tenemos que marcar la excelencia y la calidad de la prestación. Lo público tiene que romper con los modelos de mercado en salud. En ese sentido, somos una fortaleza para continuar el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud desde el eje público. Sin embargo, hay que tener cuidado. La responsabilidad de los pacientes desde el punto de vista presupuestal está en ASSE. Nosotros, a partir de los convenios, que fueron y son muy buenos, debemos lograr las transferencias económicas, para cumplir con parte de lo que decía el Dr. Villar. Me refiero a lograr una excelencia en la atención de los pacientes. Estamos hablando de medicación y de otros recursos de diagnóstico y tratamiento.

Vamos a tener que trabajar el presupuesto porque el hospital no es una isla sino que está integrado a una red. En los últimos años se trabajó en la lógica de potenciar el eje público, a través de la Red de Efectores Públicos de Salud (Rieps). Seguimos pensando que el hospital tiene que seguir en ese camino para potenciar los recursos. ¿Tenemos capacidad para obtener otros recursos que puedan sostener

las actividades? Por supuesto que sí. Como docentes universitarios vivimos presentándonos a proyectos de fondos concursables de las distintas áreas. Pero esas son situaciones de contingencia, más que de sostenibilidad permanente. En esa lógica tenemos que pensar las prioridades del presupuesto, en una discusión de todo el demos en los distintos estamentos.

SEÑORA RODRÍGUEZ (Eg.)- Agradezco a los tres colegas que presentaron sus proyectos. Para llevar a cabo esas propuestas, ¿ya tienen definidos sus equipos? ¿Cómo va a ser su integración?

SEÑOR TOMASINA.- El equipo de Dirección está conformado a partir de la nueva ordenanza. Hay dos directores que están en funciones. En este período debemos terminar de conformar los que faltan. La ordenanza habla de una Dirección Académica, que debe ser propuesta por los docentes al Consejo para que este defina. Hoy hay una directora académica que se ocupa de la enseñanza y de la investigación, y hay una directora asistencial que tiene la misma modalidad de elección.

Sin embargo, hay dos Direcciones que consideramos centrales, porque tienen que ver con el gerenciamiento, pero que no logramos incorporar a la ordenanza. Incluso recuerdo la discusión que se dio en el Consejo Directivo Central. Me refiero al director administrativo y al director económico financiero. Ambos cargos están hoy ocupados en forma interina, pero entiendo que esas dos figuras tienen que constituirse como tales e incluirse en la ordenanza. De hecho, allí se establece que, cuando los organismos de cogobierno lo entiendan pertinente, se crearán esas figuras. Ese es el equipo. Cada una de esas Direcciones tiene cargos de libre aspiración, como ocurre en la Universidad.

En general se trabaja con comisiones cogobernadas. El director general es acompañado de los cuatro directores que nombramos. Hay una estructura piramidal que hay que integrar, con profesores adjuntos, profesores asistentes y residentes. Además, podemos hacer convenios interesantes con otros servicios universitarios para mejorar la formación en gestión clínica, en gestión administrativa y en otras áreas.

SEÑOR VILLAR.- Necesitamos una Dirección mucho más cercana a los servicios del hospital, de puertas abiertas, donde se pueda ir sin agendarse previamente, con menos papeles y más comunicación mano a mano. El Hospital de Clínicas es grande pero estoy seguro de que se puede lograr una comunicación mucho más directa, para que la Dirección tenga los pies en lo cotidiano en forma continua. Ese tiene que ser un elemento que distinga la Dirección del Hospital de Clínicas. También se hace docencia en valores con los hechos. La autoridad del director general tiene que delegarse en todo el equipo de Dirección. Hay que respaldarlo y eso implica apoyar realmente. También hay que investigar por qué se toman las decisiones.

Los mandos medios, los jefes de los departamentos, cátedras y servicios, son jefes del hospital. Por lo tanto, en cada una de sus decisiones deben sentir que tienen el respaldo de la Dirección y del director general. No hay dirección colectiva si no hay respaldo y comunicación, si los jefes no sienten el apoyo de la Dirección. En un hospital se viven situaciones muy complicadas y hay que tomar decisiones en forma rápida y con pocos elementos. Por eso los jefes tienen que sentir el respaldo de la Dirección.

Por otro lado, la Dirección no es solamente asistencial. Debe saber en qué estado se encuentran las calderas, cómo se está produciendo el vapor, cómo está la instalación eléctrica, como están funcionando los sistemas de computación o la Farmacia. La Dirección implica dirigir todo el hospital. Eso no lo puede hacer una sola persona pero sí los equipos, cuando se sienten respaldados y la autoridad se delega realmente.

La figura de la directora académica es fundamental. Creo que ha hecho un trabajo muy bueno, más allá de que la evaluación definitiva se va a hacer más adelante. Fue una decisión muy buena que tomó la Facultad.

Del mismo modo, tiene que haber una participación mucho mayor de los estudiantes. Así como dije que el Hospital de Clínicas fue una idea que surgió de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, la participación de esos estudiantes en la Dirección ha sido fundamental. Deben tener un lugar destacado, no solamente los de grado sino también los de posgrado. Las exigencias actuales de formación académica de nuestros profesionales en salud hacen que el hospital deba actualizarse a las demandas que implica el desarrollo académico. No puede ser que la formación básica la hagan aquí y sientan que deben ir afuera a tener una formación más completa. Debemos tener laboratorios de formación, con las últimas tecnologías informáticas y de simulación. Desde la Dirección tenemos que promover que la docencia de maestrías y de proyectos de investigación se haga al máximo nivel en el hospital.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- Ya en mi presentación planteé un hospital abierto y una Dirección abierta. Es claro que esto se maneja en equipo o no se maneja. El equipo no está en las oficinas sino integrado por personas que trabajan en los servicios, que viven el día a día y pueden canalizar, a través de los referentes de Dirección, las inquietudes y necesidades en base a estrategias que plantearán la Comisión Directiva y la Dirección. Mis acciones hablan por mí. No sé trabajar si no es delegando en un equipo. No se puede estar a la vez en la cocina, en el área asistencial y en la administración. Es imposible. La delegación, el llamado principio de subsidiariedad con objetivos concretos es la forma más eficaz de gestionar.

Si queremos una gestión participativa necesitamos los canales de comunicación. Para eso debemos ir a los lugares. Personalmente, a veces paso tres días sin mirar los correos electrónicos porque me gusta más conversar con la gente.

SEÑOR FERREIRA (Est.).- Queremos plantear una moción de orden de cerrar la lista de oradores porque el tiempo es finito. Por supuesto que se mantienen las preguntas que ya se hicieron llegar a la Mesa.

SEÑORA PRESIDENTA (Guillermo).- Se va a votar la moción de orden de cerrar la lista de oradores.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad

SEÑOR LIÑARES (Doc.).- Quedé satisfecho con la exposición de los tres postulantes, que en algunos aspectos son complementarias.

Sé que es una pregunta difícil pero la voy a hacer. ¿Tienen un diagnóstico de la situación actual del hospital? Si hubiera un plan de emergencia para la gestión asistencial, ¿tienen conocimiento de la situación asistencial de todos los servicios clínicos y de apoyo y cómo abordarla?

SEÑOR VILLAR.- Efectivamente, es una pregunta compleja. Uno tiene que ser muy responsable cuando se plantea asumir un compromiso como este, evitando evaluaciones apresuradas. A lo que nos podemos comprometer hoy es a dedicarnos y dejar todo en la cancha por el hospital. Eso implica entender que uno siempre va a aprender. Para eso hay que venir con la humildad necesaria como para saber que, para plantearse medidas de urgencia, debe entenderse la situación de la que se parte. Si bien tengo información de la situación actual, no sería correcto que hablara de medidas de urgencia. En estos años la Dirección ha intentado hacer las cosas lo mejor posible, con una situación presupuestal y edilicia muy difícil. Hay que tener mucho respeto antes de plantear ninguna medida.

Fue muy positivo haber logrado que ASSE transfiriera los fondos. Fue el resultado de una gestión buena. Otra sería la situación si tuviésemos que asumir con ese déficit. Nos reuniremos inmediatamente con cada uno de los jefes de los servicios, evaluaremos la situación y tomaremos las medidas que haya que tomar, escuchando a todos.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- La pregunta es muy difícil pero también comprensible, por la complejidad que tiene el hospital. Todas las instituciones de salud, independientemente de su tamaño, tienen una complejidad especial. Si hablé de Dirección participativa, no puedo pensar en un diagnóstico prediseñado. Me voy a valer de las personas que están en los servicios para definir las prioridades. Puedo tener determinada percepción porque trabajo en el hospital, pero no sería justo, porque si algo aprendí en los veintitrés años que he estado en la gestión de instituciones de salud es que algunas cosas que uno piensa que se deberían hacer ya se pensaron y no se pudieron implementar por alguna razón. Por eso no se puede dejar de escuchar a las personas que trabajan a diario en el hospital y a las que están en la Dirección.

SEÑOR TOMASINA.- Me parece interesante la pregunta del Dr. Liñares sobre cómo vamos a encarar situaciones críticas. Hay un plan maestro de obras. Debemos generar un espacio para la discusión amplia sobre el proyecto inicial de refuncionalización del hospital. Las grandes líneas de mejora están contempladas. Me refiero a la dignificación de la atención del paciente y la dignificación del trabajador y del estudiante, y también de los espacios destinados a los familiares. Eso incluye las condiciones de seguridad y de higiene básicas que debe tener un hospital. En ese plan están contempladas esas líneas de trabajo, a partir de la realidad presupuestal, sobre todo lo recaudado por el tema del subsidio a los envases reciclables. Esto ha significado un aporte constante y fue votado presupuestalmente. Ahí hay una línea a trabajar.

En todo momento he hablado de una Dirección abierta a los órdenes, como lo fueron los ocho años del Decanato. En ese mismo concepto dialéctico, vamos a ir a conocer la realidad directamente en los lugares. Algunas ya las conocemos porque hace treinta años que estamos en el Hospital de Clínicas, participando desde el área de la salud ocupacional en temas de valoración de condiciones de trabajo de distintos sectores. Por eso sabemos que hay algunas situaciones complejas como las que planteó el Dr. Liñares. Cuando tuve la oportunidad de dirigir, entre 2005 y 2010, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en cada reunión preguntaba al equipo si habían ido a recorrer el hospital. En cada una de las áreas preguntaba cómo estaba el hospital. Si me contestaban: "no hay problemas" era porque no ha-

bían salido de la Dirección. No es posible que en instituciones tan complejas como los hospitales no haya problemas.

No me gusta el modelo burocrático del expediente. Entiendo que este debe reflejar la realidad, y la realidad se conoce en el terreno. Como medida inmediata propongo que, en el primer mes, la Dirección y su equipo vayan a conocer directamente la situación de cada uno de los lugares, logrando así el intercambio necesario con los integrantes de los servicios existentes en el hospital. Cuando digo "servicios existentes" me refiero a la logística de apoyo de producción pero también los aspectos académicos y asistenciales.

SEÑORA PRESIDENTA (Guillermo).- El Prof. Rafael Averó pregunta qué acciones tomarían para incrementar los recursos económicos genuinos para el hospital a fin de lograr que estos se sustenten en el tiempo.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- El hospital tiene recursos extrapresupuestales vinculados a los IMAE. Hay procedimientos y técnicas que se brindan en el hospital y que se pueden desarrollar en el sistema de venta de servicios. Mi propuesta es ampliar la participación en la red de prestadores del sistema de salud, donde hay un recurso que no es genuino porque no es presupuestal pero que puede sostenerse. Es importante resaltar que no se trata de lucro sino de aprovechar un lugar de formación con una cantera de especialidades y de actividades con las que no cuenta ninguna otra institución de salud. Eso tiene que estar al servicio de la sociedad. Por ese intercambio se puede obtener un resultado.

SEÑOR VILLAR.- Recién se mencionaba lo que el hospital obtiene como subsidio, un monto interesante que ha significado un avance. El Dr. Tomasina hacía referencia a las mejoras en el piso 7 y a la apertura de camas de CTI. Es un fondo muy importante que hay que ver cómo se utiliza en un plan a cinco años. Debemos trabajar fuertemente con los IMAE. Este es un desafío muy importante para la gestión. Es clave que el IMAE cardiológico ocupe un lugar de referencia en calidad en todo el país y que logre aumentar la derivación de pacientes. Sabemos que la elección es voluntaria pero el trabajo se puede organizar para que sea el IMAE más elegido en el país para el tratamiento de estos pacientes. En eso la Dirección tiene que trabajar mucho, además de pensar en la venta de servicios.

El concepto de venta de servicios lo veo en el sentido del rol que tiene que jugar todo el sector público de salud en el sistema. Estoy convencido de que en muchas áreas lo correcto sería que fuera el sector público -como ocurre en otros países- el que resolviera la asistencia a determinados pacientes. El ejemplo más claro para mí, por razones obvias, es la Psicocirugía, que requiere una importante presencia de la Cátedra de Psiquiatría, de referentes psiquiátricos y una relación con la comunidad psiquiátrica del país. Para eso es necesario un gran Instituto de Neurología con un desarrollo importante de la Neurocirugía, un block quirúrgico y una serie de elementos para tratar a pacientes cuya indicación es muy discutible y cuyo tratamiento es extremadamente difícil. Hay varios países en el mundo que han definido que el único lugar donde se pueden desarrollar esas técnicas son los hospitales públicos, por razones de control, de seguimiento y de seguridad.

Para que el Hospital de Clínicas sea referencia en varias áreas debe establecerse una forma de ingreso de recursos a través de la venta de servicios. El objetivo no debe ser solo obtener fondos extras para el hospital sino también permitir que este influya en la calidad de toda la población, no solo de los usuarios de Salud Pública.

El otro elemento que considero fundamental es promover las formas en que la comunidad, a través de fundaciones, donaciones, actividades o espectáculos -a pesar de que estamos en una época de pandemia-, colabore con el Hospital de Clínicas. Esto involucra mucho más a la comunidad con el hospital. Tiene que quedar bien claro que debemos planificar de acuerdo a nuestro presupuesto básico y buscar todos los mecanismos para que el dinero de base rinda mejor, seamos más eficientes con los recursos actuales y que con los recursos humanos, materiales y de infraestructura logremos un funcionamiento a pleno. No se puede enviar fuera el hospital procedimientos que podemos hacer adentro. No puede ser que si tenemos los recursos humanos, los equipos y los materiales para hacer determinados procedimientos en el hospital los tengamos que realizar afuera. No puede ser que si tenemos las condiciones como para resolver determinados diagnósticos dentro del hospital tengamos que hacerlos afuera. Tiene que haber un cuidado mucho mayor de nuestros recursos y lograr una eficiencia mucho mayor en los servicios de apoyo, como Lavadero o Farmacia. Que todavía no tengamos la unidosis significa que estamos tirando -no digo que haya mala voluntad, por supuesto que no- recursos, porque la incorporación de la unidosis es uno de los elementos de ahorro fundamentales y de mejora en la calidad del tratamiento de los pacientes.

No debemos olvidar la digitalización y las posibilidades de informatización de la historia clínica. Lo que ha demostrado un impacto financiero mayor en el hospital es la receta electrónica. Entonces, hay medidas que todavía podemos tomar para que nuestros fondos rindan mucho más y nos permitan lograr un concepto fundamental: los apoyos no se merecen sino que se logran; los fondos no se merecen sino que se logran. Tenemos que demostrar con todos nuestros hechos que somos el mejor depositario de los fondos públicos, uno de los mejores lugares adonde pueden venir los fondos para hospitales de tercer nivel o de cuarto nivel, por las condiciones que tiene el Hospital de Clínicas.

SEÑOR TOMASINA.- Retomando el último concepto del Dr. Villar, en el sentido de que los fondos no se merecen sino que se conquistan, la idea que me da es que los convenios 2010 y 2015 con ASSE han ido mejorando, y el que se está planteando profundizar con la nueva administración se logró mostrando indicadores de producción y de calidad. El hospital está demostrando que los recursos que solicita son los que realmente corresponden para la asistencia de los usuarios del sistema público y de ASSE. Por tanto, ese concepto para mí es central. El Hospital de Clínicas es muy serio. En su página web aparece con transparencia el uso de todos sus recursos.

Este es un tema complejo. Por un lado habrá que seguir esta negociación con ASSE, incorporando diferentes servicios u otras prestaciones con indicadores en el marco de un contrato de gestión claramente definido. Tenemos áreas que el sistema demanda, como la segunda opinión, por ejemplo, con profesores, cátedras, estructuras y profesionales de las distintas carreras de grado de nuestra Facultad que poseen un potencial para contribuir a complementar funciones, pero que en general no resultan en un recurso para el hospital. En mi propuesta, es necesario tener una estructura administrativa fuerte en la gestión de los recursos extrapresupuestales. Me gusta decirlo en esos términos y no tanto como una venta, aunque está incluido el concepto de venta. Me refiero a la gestión de los recursos extrapresupuestales -fondos contingentes, fondos concursables- para lo asistencial y para lo académico, porque siempre estamos hablando de un hospital universitario. En esa lógica, creo que podemos obtener recursos interesantes a partir de estas

ofertas. Por eso hago referencia a tener claramente establecidos una serie de servicios que hoy no están dentro del paquete de prestaciones del PIAS, que el hospital puede ofrecer. Los profesionales no deben estar pensando en la gestión para obtener esos recursos. El concepto de administración está al servicio de las funciones centrales. Esto me parece central, y por eso planteo una unidad que gestione desde el inicio hasta el final, desde el momento en que oferta hasta el momento en que recibe ese recurso. Este es un aspecto muy importante.

Sin duda podemos y debemos mejorar la eficiencia en los recursos, a través, por ejemplo, de la dosis unitaria. Hay un potencial vinculado a los institutos de medicina altamente especializada. Algunos ya alcanzaron el techo, pero otros tienen capacidad para mejorar a partir de otra fuente importante como el Fondo Nacional de Recursos, que sostiene gran parte de los servicios que tienen IMAE. Esta es una posibilidad directa para mejorar los recursos extrapresupuestales. Por esa línea de pensar el hospital desde una lógica integral, donde ofertamos distintos servicios complementarios, podemos obtener otros recursos que fortalezcan el sistema. Vamos a entendernos: son recursos que, obviamente, actúan sobre los servicios que los producen pero también deben incidir en la mejora del sistema hospitalario. El hospital es un sistema y, por tanto, también requiere apoyo la logística. Un IMAE está inserto en un sistema en el cual hay otros que también aportan al funcionamiento. Esa es una dinámica en la que tenemos mucho para desarrollar.

En resumen, debemos mejorar la eficiencia del uso de los recursos, el tema de los medicamentos es crítico -comparto con el Dr. Villar ese concepto- y avanzar en el modelo de administración que disminuya las pérdidas y mejore la eficiencia. Es necesaria la constitución de una unidad de manejo y gestión de recursos extrapresupuestales dedicada a los distintos servicios asistenciales y académicos que potencie, capacite y dé posibilidades de una venta de servicios, con los recursos correspondientes. También me refiero a diferentes acuerdos y convenios de complementación que permitan el flujo de recursos. Estos recursos, que son un tema crítico en el hospital, tienen una finalidad, que es retener al personal. Sin duda, cumplimos la función de formar personal para el sistema en su conjunto, pero por otro lado tenemos dificultad para retenerlos. Hay todo un tema a trabajar a partir de los recursos extrapresupuestales que se puedan obtener dentro del marco de la forma de remuneración que tiene nuestra Universidad.

SEÑORA SEIJA (Doc.).- Estoy muy contenta, porque mi vida es el Hospital de Clínicas. Tener aquí a tres personalidades tan importantes del quehacer sanitario con ganas de asumir este desafío es un placer. Sea quien sea que llegue a la Dirección General, voy a brindarle todo mi apoyo para que el hospital salga adelante, que es lo que para mí es más importante, junto con la salud de los pacientes que allí se atienden.

Tengo un par de preguntas. En su exposición, el Dr. Villar terminó hablando de los servicios clínicos y también se refirió al concepto de centralización en el paciente, que me gusta mucho como bandera de la gestión sanitaria. Ahí es seguro que va a haber algún roce, porque a los servicios clínicos a veces nos cuesta este tema de centrarnos en los pacientes. Quisiera saber cómo piensa trabajar este tema, porque me parece que va a ser un poco complejo.

La otra pregunta es la siguiente. En la sala docente que tuvimos hace un par de días se habló mucho de los servicios de apoyo y de su funcionamiento. Se plantearon algunos problemas al respecto, por lo que quisiera saber cómo sería el

relacionamiento con las áreas de apoyo, de manera de gestionar con la idea de que todos los estándares que se han propuesto lleguen a buen puerto.

Agradezco a los tres postulantes por participar en esta instancia y por su coraje y su valor.

SEÑOR VILLAR.- La respuesta es bastante sencilla. La Dirección debe facilitar lo más posible a los servicios clínicos el desarrollo de su tarea, de tal manera que el centro en el paciente sea algo que parta de dichos servicios. Creo que ese es el desafío mayor que tenemos. Comparto con la Dra. Seija que ese es uno de los puntos claves: cómo logramos que todos los servicios clínicos pongan el centro en el paciente y que la Dirección respalde ese trabajo. Lo que no puede hacer la Dirección es sustituir o ponerse por delante de los servicios. La tarea de la Dirección es estar continuamente apoyando a los servicios, preguntándoles qué necesitan para desarrollar tal emprendimiento o para el logro de determinados objetivos. Hay que ver cuáles son las propuestas concretas -los fines, no los medios- para el próximo año y cómo la Dirección puede ayudarlos para que lo logren. Es importante trabajar juntos en la centralización en el paciente, pensando continuamente qué podemos hacer para que todo nuestro trabajo se focalice en eso.

En cuanto a la segunda pregunta, para que florezca la docencia y la investigación y se desarrolle la asistencia es muy importante que la Dirección haga su trabajo. Eso implica lograr que todo el equipo que hace el mantenimiento del hospital esté pensando continuamente en que los servicios asistenciales, de investigación y de docencia no se tengan que preocupar por la lamparita que falta, por la canilla que no funciona, por el enchufe que no tiene corriente o por la humedad en el techo. Cuando un servicio se queja es porque la Dirección está yendo atrás. Tenemos que anticiparnos a la queja o al reclamo del servicio, y eso se logra cambiando la actitud de trabajo de cada uno de nosotros, que somos funcionarios públicos. Hay que glorificar lo que significa ser servidor público, quien trabaja en el Estado, no importa en qué hospital. El trabajo realizado en forma digna glorifica su vida. Todo lo que haga ese servidor debe estar bien hecho, y es fundamental que eso sea valorado por todo el hospital. Cuando inauguramos un laboratorio, por ejemplo, es muy importante que primero se haga junto con toda la gente que trabajó en la pintura de las paredes, en el arreglo de los pisos, en las conexiones, en las compras, en el mantenimiento. Hay que entender que todos trabajamos juntos, que el funcionario de informática no está solo para arreglar computadoras sino para desarrollar junto con nosotros programas y aplicaciones más eficientes. El que viene a arreglar un enchufe tiene que saber qué se hace en ese lugar y para qué estamos mejorando una sala. Me refiero a que todos los integrantes del hospital estén imbuidos del relato y de lo que el hospital se está proponiendo paso a paso. Sé que no es fácil.

SEÑOR TOMASINA.- Creo que en este tema la clave es el liderazgo. En la misma línea del Dr. Villar, entiendo que hay que involucrar, hay que comprometer, hay que estimular, hay que promover en cada uno de los servicios. En el hospital tenemos algunas dificultades que son históricas. Por ejemplo, en general los servicios de apoyo están pensados para la lógica asistencial. Ha habido cierta dificultad para entender que los servicios académicos, de investigación, como la Escuela de Graduados, el laboratorio de simulación o los laboratorios de investigación básica también forman parte del hospital. Este es un tema a trabajar con los servicios lo-

gísticos. En los últimos años ha habido una mejora en ese sentido, pero todavía tenemos que transitar mucho más esa integración.

El equipo de Dirección tendrá que liderar, motivar, integrar y supervisar. Si ve que la escalera está sucia desde el primer piso hasta el tercero deberá buscar soluciones. Me refiero a situaciones concretas que vivimos en el hospital. El liderazgo implica promover y estimular al equipo de salud en general. El segundo tema implica vernos como hospital integrado en todo sentido, no haciendo diferencia con aquellos que no son propiamente del *staff* presupuestal del Hospital de Clínicas. Tenemos mucho para trabajar, y el resultado se verá en la medida que avance el proceso. Hoy hablábamos de lo dialéctico del proceso de mejora continua. Permanentemente partimos de una situación, actuamos y luego tenemos una nueva situación. La supervisión y el control hay que pensarlos en esa misma lógica.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- Todos los servicios de apoyo tienen su componente de profesionalización, lo que es algo a tener muy en cuenta. Por eso planteaba la necesidad de ampliar las instancias de formación del hospital y no solo en las áreas de salud. En realidad, el desarrollo de la ingeniería eléctrica, la arquitectura hospitalaria o el mantenimiento tienen que ver con una sistematización y una profesionalización. No podemos hablar de un hospital que tiene su centro en el paciente sin tener en cuenta los servicios de apoyo.

Justamente, uno de sus pilares del modelo de gestión Lean hospitals es el hospital amigable con el entorno, ecológico, iluminado, moderno, con estructuras no rígidas. La planificación del mantenimiento es muy importante por la dimensión del hospital y por su importancia. Hay una buena oportunidad de intercambio con diferentes Facultades en relación a la profesionalización. Tenemos la norma ISO 9001-2015, que establece los estándares para estos componentes de calidad, incluyendo todo lo que tiene que ver con el mantenimiento preventivo y predictivo de la parte de ingeniería biomédica. Así tenemos que verlos y así tienen que sentir que son vistos, con una concentración en la profesionalización, en la sistematización y en la gestión integral.

SEÑORA PRESIDENTA (Guillermo).- La Dra. Zaida Arteta pregunta qué acciones creen que se deben tomar en el hospital universitario para abordar el problema de la violencia de género que se produce en el ejercicio de la Medicina y en los equipos de salud en todas las profesiones.

SEÑOR TOMASINA.- Este es uno de los capítulos dentro de la profundización de aspectos que hacen a la cultura institucional. Planteo la necesidad del bienestar en el trabajo y la existencia de observatorios. Hemos trabajado en esa lógica en la Facultad de Medicina. El Hospital de Clínicas, por ser parte, tiene el concepto de estar observando situaciones y trabajando en la prevención y en la promoción de una cultura libre de violencia en el lugar de trabajo. En esto cumple un rol fundamental el observatorio de conductas disruptivas. Los órganos de cogobierno deben ocuparse del cuidado sobre todo de la víctima cuando sufre situaciones de violencia, porque muchas veces termina siendo estigmatizada.

Estas situaciones suponen espacios de cuidado de la persona, e incluso cuando se identifica una situación debería protegerse a la víctima mientras no se resuelve la situación. Para eso hay medidas a tomar. Los instrumentos que se han ido desarrollando, vinculados a la violencia en general y obviamente a la violencia de género, son apropiados, por lo que habría que protocolizar algunos procedi-

mientos. A nivel central de la Universidad existe una comisión que está trabajando el tema de la violencia en general en el ámbito laboral. La Comisión de Salud y Seguridad de Estudiantes y Trabajadores, Cosset, que es cogobernada y en la que participan el orden estudiantil, el orden docente, el orden de egresados y los funcionarios técnicos, administrativos y de servicios generales, es un ámbito apropiado para trabajar sobre ese aspecto. Es un tema complejo, porque tiene que ver con lo cultural y de alguna manera hay que ir cambiando paradigmas. A veces la Universidad en su conjunto se ha dado discusiones acerca de cómo se va evolucionando en ese sentido. En el desarrollo académico, a veces ciertas situaciones debidas a la carga reproductiva que tiene la mujer pueden significar un atraso para el desarrollo de tesis doctorales o maestrías. De hecho, recuerdo algunos debates en el Consejo Directivo Central que han ido avanzando en el sentido de contemplar esas realidades.

Este es un tema del demos. La Dirección del Hospital de Clínicas tiene que generar los mecanismos administrativos para facilitar la protección de las personas que puedan estar sometidas a una situación de violencia, potenciando los espacios cogobernados que se ocupan de las condiciones de trabajo, así como el observatorio de conductas disruptivas. Creo que son herramientas interesantes e inteligentes. Además, hay que trabajar en la promoción, donde tiene que haber un empoderamiento de cada uno de nosotros para realizar cambios que se trasladen al ámbito docente y al espacio de enseñanza. En eso el hospital también puede cumplir un rol importante.

SEÑORA HACKEMBRUCH.- Esta pregunta es trascendente, más allá del resultado concreto de esta elección. Me parece importante incluir temas en la agenda universitaria, porque esta es la riqueza que tiene esta discusión.

En lo personal, soy totalmente intransigente con la violencia de género en el trabajo y en la vida diaria. Eso es público y mucha gente lo sabe. En el caso del equipo de salud hay factores de riesgo para que la violencia de género se produzca. Me refiero a la subordinación, a la dispersión de las actividades, a la multitud de tipos de equipos de trabajo. Podemos encontrar situaciones de acoso y de violencia de género de un jefe a otro, de un docente a un estudiante, de un estudiante a otro, de un servicio a otro y dentro de los escalafones profesionales. Esto es lamentable.

Soy una convencida de que la conducta individual es la que va a ser trascendente en cualquier acción contra la violencia de género. Lo pienso para el hospital y para todos los ámbitos. Si no hay un compromiso de cada una de las personas cuando presencian un hecho de inequidad, de violencia, de acoso o de maltrato relacionado con el género, si no hay una conducta de denuncia, va a ser muy difícil rebatirlo, porque se arman microclimas y la mayoría de las veces la víctima no denuncia porque tiene miedo a que le pongan una mala nota, a perder un examen o a quedar sin trabajo. Además, hay algo que se llama indefensión aprendida, que tiene que ver con la persona vulnerable al maltrato en cualquier actividad y su incapacidad para defenderse cuando ese maltrato se cronifica. Por lo tanto, entiendo que es una obligación la promoción y la atención directa por parte de la Dirección ante todos los servicios, en el sentido de concientizar sobre este tema. Inmediatamente que se conoce un caso hay que actuar. Esto es clave.

Por supuesto que deben intervenir las comisiones bipartitas de salud ocupacional, que tienen el cometido de realizar los protocolos para enfrentar el acoso

y, como decía el Dr. Tomasina, las conductas disruptivas. Tenemos que vigilar el maltrato basado en género como vigilamos la desinfección de un sitio quirúrgico, con el mismo sistema.

Estoy muy comprometida con este tema, y por eso hablo de esta manera. Tenemos que garantizar los canales adecuados para la denuncia, para la información, para la contención, para el tratamiento, y no solo para la violencia de género dentro del hospital, porque entre las miles de personas que circulan diariamente puede ser que alguna sea víctima de violencia de género en su domicilio. Si nos enteramos de eso también debemos canalizarlo, por supuesto dentro de las estructuras institucionalizadas. Me parece que eso es trascendente.

Es importante observar y formar a la gente en atención a la violencia de género. Así como hay carteles por la calle, instalados por la Intendencia de Montevideo, lo mismo debe ocurrir en el Hospital de Clínicas. En este momento la violencia de género es una epidemia silenciosa. Si somos formadores de profesionales de los equipos de salud y tenemos a nuestro cargo personas que después van a trabajar en otros lugares, debemos promover que parte de esa formación consista en proteger a las personas que sufren de maltrato o de violencia basada en género. No debemos perder la oportunidad de promoverlo de esa manera.

SEÑOR VILLAR.- He tenido que aprender mucho y preocuparme especialmente por este tema, y revisar si lo que hice mientras fui director del Hospital Maciel fue suficiente. Trato de escuchar a los colectivos que más experiencia tienen en el asunto y buscar formas nuevas para que las situaciones que todavía se dan en los ambientes hospitalarios sean expulsadas.

Estoy de acuerdo con todo lo que dijo la Dra. Hackembruch. Fue una intervención muy enriquecedora. Considero que debemos ser intransigentes con los elementos de violencia de género, pero tenemos que dar un paso más y ver por qué los ambientes hospitalarios son lugares donde estas prácticas se dan especialmente y por qué en algunos lugares en particular hay mayor riesgo que en otros. Creo que necesitamos la colaboración de disciplinas como Ciencias Sociales, Sociología, Antropología o Psicología Social para buscar cómo podemos cambiar las prácticas culturales que tenemos dentro del ambiente sanitario. No creo que estas situaciones se puedan erradicar, pero hay que tratar de generar una cultura diferente. Tenemos que ser absolutamente intransigentes y tomar medidas inmediatas ante una denuncia concreta, pero también debemos estar un paso adelante y analizar por qué estos hechos se ven favorecidos en el ambiente médico. No entendemos por qué las nuevas generaciones tienen que pagar un derecho de piso en el caso de mujeres o de colectivos discriminados, con situaciones de crudeza, de crueldad y de violencia a veces verbal, a veces en gestos, a veces en actitudes y a veces en prácticas que se ven obligados a cumplir.

Tenemos que buscar todas las formas de promover las denuncias. Al principio pensábamos que en el Hospital Maciel bastaba con crear una comisión de conflictos personales, y la vida nos demostró que con eso no alcanza. Hay que crear otras estructuras donde sea fácil denunciar y procurar, como decía la Dra. Hackembruch, que el denunciante no reciba un castigo. Además de facilitar las denuncias y proteger a las víctimas es necesario dar lugar dentro del hospital a los colectivos de mujeres, que tienen más experiencia en el tratamiento de estos temas, escucharlos y aprender. Todos debemos realizar una labor de aprendizaje respecto a este problema, porque en muchos casos tenemos un nivel de incerti-

dumbre. No sabemos que ignoramos cuestiones que deberíamos estar haciendo de forma diferente y que después la vida nos va a demostrar que tendríamos que haber procedido de otra manera.

SEÑORA PRESIDENTA (Guillermo).- La Dra. Jacqueline Ponzo pregunta cómo se visualiza el papel del Hospital de Clínicas en la relación con el primer nivel de atención, particularmente con el componente universitario, presente fuertemente en las UDAS del primer nivel. Tomando en cuenta que actualmente este vínculo es muy deficitario, ¿qué dispositivos se prevé para sostener el relacionamiento necesario?

SEÑORA HACKEMBRUCH.- Me parece muy importante la articulación que tiene que hacer el Hospital de Clínicas como entidad asistencial y docente, en particular con el primer nivel de atención pero también con los otros niveles de atención. Este papel lo visualizo con programas adecuados de referencia y contrarreferencia, integrando siempre la gestión asistencial con lo académico. Esto tiene que ser acompañado por un seguimiento académico, y en conjunto con las diferentes cátedras involucradas se resolverá cuáles son los mecanismos no solo para mejorar el acceso a las derivaciones hacia el hospital sino también para la comunicación entre los profesionales.

Por otro lado, dentro del concepto de Lean hospitals es interesante el gestor de casos, que es el articulador entre los niveles de atención para asegurar la continuidad asistencial, que es un elemento fundamental dentro de los pilares de la calidad de la atención médica junto con lo docente.

SEÑOR VILLAR.- En algún momento dije que considero que debemos tener claramente fijada la población de referencia, y para eso tenemos que saber cuáles son las policlínicas que derivan directamente al Hospital de Clínicas. En oportunidad de la asesoría que hizo la Escuela Andaluza de Salud Pública en nuestro país, uno de los conceptos que me pareció más interesante fue que tenemos que ir hacia un concepto en el cual el primer nivel de atención sea el que dirija la ruta del paciente. Un paciente diabético, hipertenso o con Parkinson que se está tratando en una policlínica del primer nivel de atención debe tener una relación directa con el hospital de referencia en la cual el que decide cuándo va el paciente, y con quién, sea el primer nivel. Eso implica que los hospitales resignemos parte de nuestro poder y seamos capaces de subordinarnos al primer nivel de atención. Creo que eso nos va a llevar tiempo, pero la mejor forma de hacerlo es que participemos activamente en la discusión de las rutas, de los protocolos y de las pautas de tratamiento de cada tipo de paciente, en conjunto con ASSE y con el sistema público.

Esto no significa bajarnos de las pautas universitarias y de las exigencias de calidad sino ir a un nivel superior de la asistencia. Es centrarse en el paciente, buscando soluciones cómodas y fáciles. No puede ser que si médico del primer nivel necesita que un neurólogo del Hospital de Clínicas vea a un paciente tenga que mandarlo a una ventanilla donde deberá registrarse y esperar que haya un lugar libre. Tiene que haber una comunicación directa con el neurólogo, que priorice a los pacientes del primer nivel. También se debe utilizar la telemedicina, en contacto con los hospitales departamentales y las policlínicas para aquellos casos en los cuales no sea imprescindible un contacto físico directo.

Quiero plantear tres ejemplos en los cuales tenemos que trabajar más. En Salud Mental hay que lograr una relación mucho mayor de los especialistas hospitalarios de Psiquiatría con los pacientes que están en domicilio. En Cuidados Pa-

liativos el hospital debe tener un área de cobertura y de responsabilidad en atención domiciliaria. Si bien hay trabas importantes con respecto a la medicación, a la movilidad, etc., tenemos que entender que debe cambiar la forma de dar asistencia médica en el *continuum*. Si tenemos trescientos pacientes con hipertensión refractaria, no dejan de ser nuestros si en lugar de tenerlos en una cama hospitalaria están internados en domicilio. Hoy hay sistemas de telemedicina que permiten monitorizar la presión arterial y la respuesta a los medicamentos en domicilio. Si bien se trata de un tercer nivel de atención a nivel domiciliario, tiene que cambiar la lógica y la interrelación con los equipos en domicilio, en el terreno y en cada uno los lugares donde los pacientes viven o trabajan.

SEÑOR TOMASINA.- Comparto en gran medida lo planteado en el sentido de que hay que avanzar en los sistemas de referencia y contrarreferencia, de manera de dar continuidad a la asistencia al paciente a lo largo de los distintos niveles de atención. Este es un tema crítico, en el cual se estuvo trabajando en el Hospital de Clínicas desde la Rieps, tratando de identificar claramente un territorio de referencia de usuarios de ASSE, con policlínicas y centros de salud, con referencia al segundo y al tercer nivel de atención del hospital.

La referencia y la contrarreferencia son centrales, así como la territorialización de la población referida, hasta para planificar los recursos necesarios y las transferencias. Insisto en el concepto de que las transferencias de los recursos vinculados a la asistencia de esos usuarios en el segundo y el tercer nivel para el Hospital de Clínicas se vinculan con la profundización del convenio y los acuerdos con ASSE. La historia clínica electrónica es más que necesaria como herramienta para esta continuidad, a fin de que el médico del primer nivel de atención tenga la posibilidad de acceder a dicha historia clínica y a la paraclínica de diagnóstico y de interconsulta que pueda estar en esos niveles de atención. Ese es un elemento importante, y por eso hacemos hincapié en el tema de estar integrados a la historia clínica electrónica del paciente usuario de ASSE.

Voy a hacer mención a algo que tiene muchos años pero sigue estando vigente. Me refiero a los sistemas locales de salud, que el Dr. Villar desarrolló desde la misma lógica de la Organización Panamericana de la Salud y que tiene que ver con la atención primaria renovada de salud. Esto hace a la referencia y la contrarreferencia, al territorio y a la intersectorialidad de las acciones. Hoy se mencionaba que la salud excede la atención sanitaria y la interrelación en ese sentido. Esto se da en el marco de la estrategia de atención primaria, de la que el segundo y el tercer nivel no son ajenos. Quiere decir que nosotros también participamos en la estrategia de llegar con las demandas y las necesidades que tiene la población, de acuerdo a la situación de la salud en cada uno de los niveles. En esta estrategia, reitero, es fundamental lograr acuerdos vinculados a referencia y contrarreferencia con ASSE, así como al territorio.

Es fundamental ser referencia nacional para algunas prestaciones. Creo que la historia clínica electrónica es un instrumento fundamental para darle continuidad. La existencia de coordinadores para que los procesos fluyan es central. En ese sentido, desde la Dirección del hospital se debe fomentar esa articulación para romper con las barreras burocráticas que no permiten la accesibilidad adecuada y en los lugares adecuados.

SEÑORA PRESIDENTA (Guillermo).- Con esto damos por finalizado el Claustro abierto de hoy. Agradecemos la presencia de los tres postulantes, cuyas pre-

sentaciones y respuestas fueron excelentes. También agradecemos a todos quienes han estado conectados, que fueron más de cien, lo que demuestra el interés por el Hospital de Clínicas en este momento.

Recordamos que el jueves 3 de diciembre es la asamblea del Claustro elector. Están citados todos los claustristas para realizar la votación. Los postulantes deberán presentar una nota escrita aceptando su candidatura, firmada por al menos un claustrista, hasta 30 minutos antes de la hora fijada para el inicio de la asamblea.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 16:30)