



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

**Asamblea del Claustro**

**Sesión ordinaria del día jueves**

**21 de setiembre de 2017**

**ACTA N° 20**

*Versión taquigráfica*

**Preside el Prof. Dr. Óscar Noboa**

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**Sesión ordinaria del día jueves 21 de setiembre de 2017**

**Acta N° 20**



---

Versión taquigráfica

**Preside el Prof. Dr. Óscar Noboa.**

**ASISTEN:**

**Por el orden docente:** Marcela Cuadrado, Selva Alé, Francisco Coppola, Óscar Noboa, Sergio Bianchi, Mabel Goñi, Catalina Pérez, Verónica Torres, Nora Artagaveytia, Cecilia Guillermo, Arturo Briva, Leticia Cuñetti y Mariela Garau.

**Por el orden de los egresados:** Celia de Pro, Fernando Rodríguez, Jorge Montaña, Yamandú Bermúdez y Álvaro Cabrera.

**Por el orden estudiantil:** Natalia Pan, Ricardo Escobar, Mathías Alaniz, Lucas Baladan y Flavia Hernández.

*-(Durante la sesión ingresa el señor Fernando Rodríguez)-*

Actúa en Secretaría la Sra. Sara Carreras.

**SEÑOR PRESIDENTE (Noboa).**- Habiendo quórum, está abierta la sesión.

(Es la hora 13 y 50)

***La Asamblea del Claustro recibe a la Prof. Dra. Graciela Ubach  
Directora del Hospital de Clínicas***

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Bienvenida Graciela. Esperamos un tiempo prudencial desde tu nombramiento como Directora y pensamos que este era un buen momento para conocer tus opiniones y proyectos.

Esta Asamblea se ha dado un espacio de tiempo para sesionar hasta la hora 15:00' porque todos tenemos responsabilidades laborales y sabemos que tu tiempo también es acotado. Pensamos en escuchar tu exposición y luego realizar las preguntas.

**SEÑORA UBACH.-** Les agradezco la invitación aunque el clima del día no nos acompañe. Es así, tenemos poco tiempo, quisiera contarles muchas cosas más pero tengo una entrevista en la tarde.

¿Cómo encontramos el Hospital? A mí me gusta mucho la psicología de las organizaciones y encontramos una institución que estaba como rendida, me dio la impresión. Como si hubiera habido un tiempo prolongado de incertidumbre que hacía que la gente se preguntara si valdría la pena o no. Me dio esa sensación.

Lo primero: todo el mundo estaba de acuerdo con la necesidad de reconstrucción del hospital, de su planta física, que por supuesto es una parte importante, pero nosotros dijimos que para generar mejores condiciones de trabajo, más seguridad, más calidad y más confort, tanto para los pacientes como para todos los que trabajamos allí, entendemos que la refuncionalización, encarándola como la mejora y desburocratización de todos los procesos, pero siempre en un marco de seguridad y de respeto por las pautas universitarias y de gestión pública, es el mejor camino. Después les voy a contar algunas anécdotas cercanas de cosas que estamos haciendo y que generan intervención de las personas y que te dicen ¿por qué no lo hacemos de cualquier manera? No, de cualquier manera no, digo yo, porque no aspiro a ir presa, como digo en broma, como presa política me puedo imaginar, pero como presa común nunca.

Yo tenía el convencimiento, por cosas que habíamos estudiado, que esta forma de financiamiento iba a ser muy onerosa y que iba a comprometer a la Universidad en una cantidad de temas que nos parecían malos, inconvenientes, negativos. Porque fíjense, esto iba a significar una inversión muy importante que implicaba pagar treinta y dos millones de dólares anuales: la deuda y el mantenimiento y congelaba de aquí a treinta años la posibilidad de inversión del hospital, porque si estamos pagando la deuda, nos teníamos que olvidar de pedir más dinero, y eso, evidentemente, en una institución como son las instituciones de salud y más en un hospital universitario que tiene la necesidad permanente de incorporar tecnología, era un disparate.

De las experiencias que estudiamos, significaba pagar estos cánones de acuerdo a la obra que se hiciera, y cuando lo entregara la empresa, resulta que tendría un atraso tecnológico fenomenal porque eso significaría el congelamiento de la institución en la foto, veinte o treinta años atrás. Los que andaban mejor eran los que tenían un plazo muy corto de diez años de evolución de pago, pero que sumaban cifras impensables.

Lo otro que nos preocupaba mucho era quién pagaba eso, porque iba a salir de una parte del presupuesto de la Udelar. Ponía en riesgo una cantidad de cosas.

Pienso que la Universidad actuó muy bien, porque nosotros también fundamentamos que no se trataba de decir que no, porque no, sino que había que contar con un estudio serio que permitiera, con fundamento, decir por qué nos parecía inconveniente.

Así se hizo, ustedes saben que la Universidad invirtió en un equipo de ingenieros para analizar la situación del edificio, si el edificio era pasible de ser reformado, si la estructura aguantaba. También contrató arquitectos que, trabajando con nuestros arquitectos, estudiaron en profundidad el tema, el tipo de servicios que están en el hospital y su ubicación. Es decir, la tipografía y la topografía de los servicios.

Los arquitectos, también trabajó la Facultad de Ciencias Económicas para hacer todos los cálculos, y resultó que esta era una situación muy onerosa y se consideró inconveniente. Eso se llevó a discusión, el 8 de agosto el Consejo Directivo Central zanjó, cerró esta discusión diciendo que por el momento no se haría. No de esta manera.

Una cosa muy importante es que nosotros no dejamos de plantear y de priorizar la necesidad de inversiones importantes para el hospital, de lo cual no nos vamos a apaar. En medio de toda esa discusión, Rendición de Cuentas mediante, se había manejado un proyecto integral del hospital, que tenía varios polos de desarrollo. Un polo de desarrollo es el que sale hacia Avenida Italia, como un peine que sale hacia adelante, donde se pensaba ubicar servicios más complejos como la emergencia, por ejemplo, que implicaba todo un gasto importante en el rediseño de los accesos y con eso la parte de atención quirúrgica y lo que tenía que ver con la ampliación del CTI y CI, porque evidentemente una de las debilidades que tenemos es el número de camas para pacientes críticos.

Además ubicaba de tal suerte esa parte del hospital, que quedaba en vinculación más estrecha con toda la parte de imagenología, que se conservaba, y con el centro cardiovascular potenciando la posibilidad de cirugías en el centro cardiovascular. Entonces, era algo muy fuerte y muy potente. Eso se estimó en unos cuarenta y cuatro millones de dólares, entonces, la Universidad, en tanto no llegábamos a los ciento veinte, pensó en plantear once millones por año para llegar a los cuarenta y cuatro.

Ustedes vieron los resultados de la Rendición de Cuentas, no hubo esto, pero surgió una iniciativa que nos sorprendió a todos, porque cuando a mí me vinieron a decir que estaban pensando en esa otra posibilidad: que parte del

subsidio a los envases reciclables, viniera para el hospital, me pareció fantástica. Ya se votó porque el Senado ya lo aprobó y sin cambios, aunque se habló de que ese subsidio se utilizara en las escuelas rurales, y bueno, cómo pelear contra esa necesidad. Yo me quedé callada la boca porque no iba a decir que no a las escuelas rurales, pero por suerte se desestimó la propuesta del senador Bordaberry y el Senado la aprobó tal como vino de la Cámara de Diputados.

La Universidad ya preguntó cuánto es realmente, porque todos hablan de que son cuatro millones de dólares, pero nosotros no tenemos la cifra exacta para informarles. Todavía no sabemos, pero está aprobado. Cundió un poco la desazón porque cuatro millones por año no son lo mismo que once por año y la envergadura de esos proyectos hacía que si los empezábamos, no podía ser un proyecto chico, porque la bondad que tenían era la sinergia del conjunto; iban a funcionar en conjunto, valga la redundancia.

Ese era uno de los polos de desarrollo del hospital, el otro polo significaba continuar, ya se había comenzado con dineros universitarios del plan de contingencia, la mejora de toda la parte de hospitalización.

Algunos habrán visto, y si no es así los invito a ver, que se avanzó en un modelo de hospitalización que es realmente mucho más comfortable para la gente; por supuesto los baños y otra serie de cosas. Ese fue un plan de contingencia: se arreglaron algunas salas y seguimos aplicando más dinero. Ahora está por cerrarse el llamado para hacer el piso 7 para lograr mejorar la hospitalización en general, o sea, el otro polo importante era la mejora de la calidad de atención a los pacientes ingresados.

Otro polo importante: la asistencia ambulatoria. ¿Cómo reformar los policlínicos y cómo ubicarlos de forma acorde a lo topográfico? Porque el hospital fue creciendo anárquicamente, la gente fue resolviendo las cosas como pudo, entonces hay consultas en los pisos y los pacientes deambulan. ¿Cómo ir hacia una figura en donde concentremos esos servicios para hacerles las reformas que se adapten a las funciones que ahí se cumplen y evitar circulaciones innecesarias? Esa es la razón de la reforma de la parte ambulatoria.

El otro componente importantísimo era la refuncionalización de las circulaciones, porque nosotros decíamos que en una institución tan compleja como el hospital universitario, no podemos tener todo cerca porque es imposible. Sesenta y cuatro servicios no pueden estar todos cerca. ¿Cómo se

acercan las cosas? Disculpen que hable de “polos” pero es que quiero concentrar lo que explico, en grandes objetivos, por eso hablo de polos. Uno de ellos es la incorporación de todo lo que son las (TIC) Tecnologías de Información y Comunicación. Entonces, nos planteamos, y parece que va a salir, vamos a tener apoyo para conectar el hospital con *wi-fi* en todos los pisos, con la colocación y ampliación de los puestos de trabajo; ya está todo el tema del traslado de las imágenes. Una parte de eso es la aplicación de las TIC.

Nosotros hicimos un proyecto, lo fuimos a hablar con la Ministra de Industria por el tema del CIAT, el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico y estaba Tolosa que es el Presidente de Antel y nos preguntó a qué nivel teníamos el proyecto. Lo habíamos priorizado con inversiones de este año. Le presentamos el proyecto y se mostró muy interesado, designó a dos ingenieras para ver cómo lo hacemos y cómo nos puede aportar Antel.

Porque, como saben, también se hizo un compromiso con UTE por la racionalización de la matriz energética con el cambio de luminarias, que significa un ahorro importante para el hospital. Cuando digo importante digo miles de dólares, no estamos hablando de tres pesos y que además protege al hospital, porque con la incorporación tecnológica de grandes equipos genera una carga muy importante desde el punto de vista del consumo; como ustedes saben se instaló una estación específica hace mucho tiempo para asegurar el suministro al hospital.

Entonces, cuando nosotros le hablamos a la Ministra de Industria de la racionalización de la matriz energética del hospital –parece rimbombante pero de verdad lo estamos haciendo- estamos tratando de pasar algunas cosas que ahora se hacen con *fuel oil*, a gas que es más barato y menos embromado para la gente y el medio ambiente.

La Ministra nos dijo que, aprovechando que estaba Tolosa, siguiéramos trabajando en cómo avanzar con el proyecto del CIAT, que es un proyecto que empezamos en la otra administración y tiene que ver con todos los productos que dicen en su etiqueta: “en caso de intoxicación comunicarse con el CIAT”. Bien, la industria no paga un peso por esto, lo solventa la Universidad. ¿De qué manera lo solventa? Pagando las guardias de 24 por 24 horas de los docentes que atienden y la capacitación, todo lo paga el hospital.

Por eso fuimos a la Ministra de Industria, para que la industria de alguna manera pague este etiquetado de los productos por un plazo de equis años. Esto tiene dos sentidos fundamentales: colaborar con el financiamiento y con el

hecho de que muchas veces el CIAT no tiene la información de los componentes de los productos. Entonces, fíjense que tenemos un banco de antidotos muy importante y cuando dice "llame al CIAT", estamos con un tenedor en la mano porque no sabemos qué componentes tiene el producto.

Lo que queremos, bajo estricta confidencialidad, es que la industria nos dé la información y de nuestra parte preparamos a la gente para que, conociendo la composición de los productos, se puedan indicar los tratamientos.

Tenemos una base de datos fenomenal en el CIAT, pero además, si es necesario, tenerlo en el banco de antidotos, porque el CIAT es de referencia nacional. Hablando de eso, surgió esto y nosotros estamos intentando erradicar del hospital el "no se puede". Erradicar el "lo hicimos siempre así". La refuncionalización implica esto: generar proyectos, generar además la actitud de presentarlos, discutirlos. Hay un prototipo en neonatología por ejemplo, que tiene que ver con concentrar el óxido nítrico del aire, que es importantísimo para el tratamiento en la hipertensión pulmonar que tiene mucho que ver con la oxigenación de los bebés y con prevenir secuelas importantes. El asunto es cómo hacemos que ese prototipo se transforme en un equipo médico y qué industria nacional hay que se haga cargo de esto. Fuimos al polo de Pando a presentar la idea a ver qué posibilidades había, la están estudiando.

Yo no quiero abrir expectativas maravillosas pero sí quiero que la gente empiece a pensar en cómo avanzamos, cómo solucionamos. Porque en este proceso de refuncionalización, si no ponemos en combate, por así decirlo, al conjunto del hospital, luchando por el desarrollo, por las nuevas ideas... ¿Por dónde empezar a trabajar con el dinero que tenemos?

Tenemos que pensar que tenemos que hacer obras, obra nueva en aquellos lugares que estén peor y a la vez mantener inversiones ya realizadas, porque si no, en pocos años se nos vienen abajo. Tenemos que hacer cosas a las que yo las llamo "el mientras tanto" porque si pensamos en avanzar en el diseño de toda la parte de consulta ambulatoria, tenemos que vaciar el lugar donde hoy se hacen las consultas y hacer la otra parte. Combinar esas tres patas del desarrollo del hospital. Por otra parte todo nivel de desarrollo implica, obviamente al personal.

Nosotros queremos cambiar, en algunos casos profundamente, la gestión del recurso humano en el hospital. Tenemos un tema preocupante que es el ausentismo. Tenemos distintos tipos de ausentismo, ausentismo por

faltas con y sin aviso, ausentismo por certificaciones médicas que nos pega y muy duro. Tenemos el ausentismo por embarazos que incide muy poquito y yo digo, por suerte la gente todavía se embaraza gracias a la biología y al amor. Entonces: ¿qué incidencia tiene el ausentismo?, ¿cómo lo pagamos? Lo pagamos mediante suplentes, cuando el ausentismo es prolongado, una licencia médica o por embarazo, recurrimos a los suplentes; cuando se trata de certificaciones cortas o que alguien falta con y sin aviso, con horas extraordinarias, que es la forma más cara porque la hora suplente se paga una hora hábil como la de cualquier trabajador, la hora extraordinaria, si es en día hábil se paga uno y medio, pero si es en día de descanso se paga dos y si es en día de descanso y nocturno, se paga dos más el 30%.

¿Cuánto gastamos en cubrir este tipo de cosas? En cuanto a horas extraordinarias: cuarenta y cinco millones de pesos anuales, tres millones setecientos mil por mes, que equivalen, si los traducimos a cargos de ingreso en enfermería, a 121 cargos de ingreso a enfermería, si los pasamos a cargo de servicios generales 128 porque ganan un poco menos. Y nos dicen: muy fácil, eliminar las horas extraordinarias y contratar gente. El ausentismo lo tenemos que ir procesando de a poco porque a mí no me da ninguna seguridad tomar medidas que no se puedan sostener.

El tema del multiempleo, de cómo conciliamos algunos estímulos para que la gente no se vaya. Vienen al hospital, se capacitan, se forman y después se van, este es el trampolín. En el concurso para el Banco de Seguros, los primeros lugares los ganó la gente que se fue del hospital. Es así.

Cuando hablamos de innovación en recursos humanos, tenemos que pensar, primero en procedimientos cristalinos, con las pautas universitarias. Podemos hacer un ingreso de shock, como cuando había que tratar alguna descompensación, dar un medicamento a altas dosis y le damos ingreso, por ejemplo a 20 auxiliares de enfermería, para trabajar en determinadas condiciones con determinado horario.

Las enfermeras hacen turnos que empiezan a las seis de la mañana. Las operaciones empiezan a las ocho, tenemos dos horas en blanco pagando enfermería y a las doce se van con las operaciones no terminadas, las salas quedan abiertas, el corre - corre, cambio de turno... Entonces; ¿por qué tenemos que hacer entrar un turno a las seis? Tenemos que romper esos esquemas, pero la gente se va a las doce porque entra al otro trabajo. Son una desgracia para este país los turnos de seis horas, porque no tenemos personal suficiente para cubrirlas. Y el multiempleo, como decimos nosotros, equivale al

multiincumplimiento, porque por algún lado se rompe la piola, la gente no puede trabajar doce horas toda la vida y a veces hasta en tres trabajos.

Si les proponemos jornadas de ocho horas, que empiecen a las 7:00 de la mañana para aprontar las salas, hasta las 15:00 horas. Régimenes de tres días de trabajo, tres días trabajan y tres días descansan. Eso es muy reponedor. Pero los sueldos son bajos... ¿y si pensamos en un incentivo? ¿cómo lo financiamos? Desarrollar recursos extrapresupuestales, financiarlos de esa manera es más barato que financiarlos por presupuesto porque tenemos menos cargas sociales, o bajar las horas extras y ese dinero lo convertimos en cargos. Ahí podemos dar el incentivo.

Empezamos a trabajar con los funcionarios y nos dijeron que a igual tarea igual remuneración, que todos tienen que ganar lo mismo. Pero no es lo mismo la tensión del trabajo en la emergencia que en el centro quirúrgico, no es lo mismo en el CTI, que en el CTI neonatal porque las tensiones son diferentes, las urgencias cansan, la responsabilidad es totalmente diferente. No es lo mismo una enfermera que trabaja en policlínica que una que trabaja en CTI, ahora ganan igual todos.

Que el incentivo para todos los que trabajan en las áreas cerradas tiene que ser igual, pero no tiene la misma responsabilidad un auxiliar de enfermería que un auxiliar de higiene, no tiene la misma responsabilidad una licenciada que una instrumentista, que también es licenciada, que interviene pero no tiene la responsabilidad de supervisión del personal; la carga de responsabilidad de la tarea es diferente. Tenemos que establecer proporciones diferentes en los incentivos.

¿Qué otra cosa podemos aportar? Por ejemplo, la alimentación con un vóucher producido en el hospital para ver qué posibilidades se generan. Si la gente trabaja más horas, se queda y tiene resuelta la comida, ahorra en el transporte y tiene el incentivo, le puede llegar a significar un segundo trabajo, es una alternativa a andar corriendo de un trabajo a otro.

Eso lo digo fácil, pero lo pensamos, lo escribimos en el pizarrón, lo estudiamos, lo calculamos y eso significa cerca de veinte millones de pesos anuales, o sea que de los cuarenta y cinco millones...tenemos que trabajar para reducir este aspecto.

---

Refuncionalización, es innovación, es buscar hoy cómo nos damos mecanismos, no solo de selección de personal, sino también de capacitación en servicios y retención del personal.

Es nuestra misión formar recursos humanos, pero al grito de retención no podemos hacerlo, porque Enfermería me dice, el otro día en la Comisión Directiva, que tenemos que aceptar la renuncia y nombrar otra, aceptar la renuncia y nombrar otra auxiliar de enfermería, o sea, estamos todo el tiempo reponiendo y reponiendo. Ayer mismo nos decían en una de estas reuniones, que entraron ocho y se nos fueron seis, estamos siempre con el “Jesús en la boca”.

Vamos a tener que reinventarnos y eso va a tensionar a la parte de alimentación y dietoterapia, va a tensionar a enfermería, va a tensionar a todo el mundo, a nosotros ni que hablar.

Logramos que aceptaran la diferenciación de los incentivos en las áreas cerradas, que era una resistencia que tenían los trabajadores no docentes a romper el esquema de a igual tarea igual remuneración, que hace que se “achate” porque si todos ganan lo mismo y algunos tienen más responsabilidades que otros, la diferencia se ve y al final da lo mismo. Cambalache. Es un paso adelante. Yo se los planteé tranquilamente.

Va a haber elecciones ahora en octubre, nosotros planteamos en el Ministerio de Trabajo porque también tenemos que trabajar a todas las puntas. Se planteó la situación de que empezamos a ampliar el número de camas en CTI y cada ampliación de una cama significó que el área estaba recuperada físicamente; el equipamiento estaba, el mobiliario estaba, el personal estaba. Las personas que estaban tratando de reivindicar el planteo de las áreas cerradas dijeron que si no se les contestaba no dejaban instalar las camas. Les dijimos: perdonen señores pero eso pretende ser cogestión y ustedes no tienen atribuciones para definir si una cama se instala o no se instala. No es una responsabilidad de ustedes. Esa es una responsabilidad de los órganos de gobierno y de dirección.

*-(ingresa el señor Fernández)-*

Se generó en el hospital en esos días una situación en la que nosotros manteníamos pacientes con asistencia respiratoria en la recuperación pos anestésica, que funciona a nivel de cuidado intermedio, que si bien tiene la posibilidad de la monitorización y la asistencia respiratoria, no tiene la dotación

de personal necesario para mantener pacientes ventilados, con todos los riesgos que eso implica. Tenemos cuidados intermedios desparramados por todo el hospital, los tenemos que juntar, no podemos tener gente de cuidado intermedio en sala de emergencia, otro en el piso 8, otro aquí, otro allá, es lo peor desde el punto de vista del funcionamiento. Hay que juntar todo eso y hacer un servicio CTI - CI para que fluya al comando de los intensivistas pero que se les dé a los pacientes todas las garantías de los correctos cuidados. Por otra parte, tener pacientes ventilados en Recuperación nos paraba la cirugía porque no podíamos seguir operando. Era como sentir que estábamos atados de pies y manos, indignante.

Hablé con el Ministro de Trabajo, con Murro, que nos conocemos hace mucho tiempo y le dije que yo no había desistido de la idea de pedirle al Rector, que es quien debe hacerlo, quien tiene las atribuciones para hacerlo, que declarara la esencialidad.

Dos semanas antes o poco menos, había habido el paro del PIT-CNT contra las declaraciones de esencialidad. A esa altura no se podía lidiar con la situación de poner en riesgo a los pacientes y que se confunda cogobierno con cogestión. Y que defina gente que no tiene ni la capacidad ni la autoridad, qué cosas se hacen y qué cosas se dejan de hacer en el hospital, de ninguna manera. Entonces, citamos a una reunión en el Ministerio de Trabajo, el Ministro dijo que se encargaba él de hablar con la gente del PIT CNT, y comunicamos. Llamamos a enfermería y les dimos la orden de instalación de las camas, por escrito y se hizo. Como estaba incluso sobredotado porque por esas relaciones que pone el Ministerio de tantas camas por licenciada, tantas camas por auxiliares, resulta que teníamos más licenciadas que las necesarias de acuerdo a la normativa. Reforzamos el piso 8, una de estas licenciadas va al piso 8. Se dio la orden, se cumplió. Pero eso, les puedo asegurar que nos generó una gran impotencia, era una mezcla de muchas cosas, porque además soy muy llorona, lloro de alegría, de rabia... ¿cómo no se puede entender? Porque es muy fácil hablar del hospital del pueblo y en el centro el paciente, pero en concreto vamos a ver cómo protegemos esa responsabilidad enorme. Por suerte salimos del paso, pero fíjense, si no solucionamos este tema del incentivo por área cerrada... porque nos dijeron que bajaban al 50% las horas extraordinarias. Bien, dijimos con enfermería, que ingresen cinco auxiliares más. Ingresaron 5 auxiliares más para cubrir esos lugares. Nos dijeron que al lunes siguiente bajaban a cero las horas extraordinarias. Bueno, dijimos nosotros ¿cuánta gente más tenemos que ingresar? Política de shock y punto.

Vamos adelantando, vamos a ver cuántas horas extraordinarias son, cuánto es el monto para seguir ingresando personal fresco en base a determinada forma de trabajo. Yo digo todo esto porque todos vamos a tener que ayudar, es algo difícil porque hay una cultura ya instalada que tenemos que mejorar, tenemos que dar saltos en calidad, porque no podemos hacer más de lo mismo, no podemos seguir gestionando personal como se hacía treinta años atrás. No podemos. ¿Por qué? Porque la realidad del país nos dice que de esa manera no, porque no tenemos el personal suficiente. Y me dicen que no vamos a lograr nada, porque, por ejemplo, en la Médica Uruguaya el incentivo es del 38%. Nosotros vamos a ir avanzando de a poco, a lo que podemos y no de cualquier manera. En una discusión muy enfervorizada que tuvimos me dijeron que había que hacerlo de cualquier manera, y dije que no, de cualquier manera no. Le dije si no había oído lo que está pasando en Rivera, que quisieron solucionar de buena fe un tema y se metieron por un camino errado y ahora quizás vayan presos. Yo no quiero terminar mi carrera profesional con situaciones en las que se denoste a la Universidad y a nosotros. De cualquier manera no, lo tenemos que hacer dentro de las pautas universitarias y de la gestión pública. Innovando, claro que si, pero eso implica riesgos y no podemos dar la batalla solos porque si no, es muy difícil.

¿Qué premisas pensamos que tendrían que cumplirse para avanzar en esto de la refuncionalización? Ya me referí al cambio de criterio en los recursos humanos, fundamentalmente enfermería que es un recurso crítico.

La refuncionalización de la planta física, de la consulta externa, tiene que estar acompañada de un cambio de funcionamiento. Todo el mundo pide más consultorios, más consultorios, tenemos decenas de consultorios, pero el hospital no puede seguir funcionando cuatro horas, tenemos que poner consultas en la tarde, tenemos que pensar en consultorios polivalentes, no que cada uno tenga su consultorio, lo cierre con llave y no lo pueda usar nadie más. Respetar el hecho de que hay consultorios que requieren una cierta especialización, porque no es lo mismo un consultorio de psiquiatría con la famosa Cámara Gesell... me hizo gracia un planteo en el que me decían que la camilla no porque no se usa, pero las clínicas necesitan las camillas y no deberían molestar. Tenemos que combinar las especializaciones peculiares y además hacerlo polivalente y extender el hospital hacia la tarde.

La idea es que toda la atención, tanto la hospitalización como lo ambulatorio se concentre en el ala este del hospital y que el ala oeste sea fundamentalmente para la parte académica, que es una forma de avanzar en el

polo de la racionalización de la circulación. Nosotros podemos pensar, y ya lo estamos haciendo, en ascensores específicos para los estudiantes que se diferencien de los otros. O sea, cada paso que damos tiene que combinar todas estas cuestiones. Me anoté algunas cosas pero no las voy a nombrar por falta de tiempo.

Todo esto va a originar movimientos, enroques, porque mientras tenemos que vaciar un área para intervenirla, la gente tiene que irse a otra y en el “mientras tanto”, le tenemos que dar condiciones básicas para que sigan funcionando bien. En esto tiene que intervenir también la Facultad, necesitamos su apoyo, porque nosotros pensamos que parte de las bibliotecas del piso 3 y del piso 4 no tendrían que estar ubicadas allí. El piso 3 lo tendríamos que desalojar de las escuelas para ubicar otras cosas. Estos enroques tienen un sentido, pero para eso tenemos que vaciar lugares y estamos tratando de combinar los tiempos con el edificio de las escuelas que está atrás del hospital, que terminaría en marzo, para ir preparando la situación para que esto se vacíe, para preparar los proyectos, las licitaciones, las obras empiezan en marzo cuando se hace la mudanza y nos quedan libres las obras. Es un puzzle, es una cosa maravillosa. Es maravillosa la posibilidad de hacerlo, es complicado, pero pienso que lo podemos hacer si conjuntamos todas estas voluntades para este trabajo.

Seguramente de las preguntas de ustedes vamos a sacar algunas cosas.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Seguramente todos tenemos muchas preguntas.

**SEÑORA CUÑETI (Doc.).-** En primer lugar quiero agradecer que hayas aceptado la invitación, que vengas y que interacciones con nosotros, porque como muy bien dijiste, hay mucha gente muy valiosa que trabaja para Facultad, pero muchas veces su trabajo se ve desarticulado, no se trabaja en conjunto o sucede que hay grupos de trabajo que se pierden; se hace el mismo trabajo en distintos grupos y no en conjunto. Me parece que hay mucha gente trabajando con fines más que válidos, pero que se pierden en esa diversidad que tiene la Facultad. Lo digo porque es interesantísimo lo que cuentas de lo que hubo que afrontar en este período de tiempo. Todos los que trabajamos en el hospital entendemos y lo hemos sentido en carne propia; por esto mismo hubo un trabajo muy importante de muchos actores de la Facultad, se generó un proyecto muy ambicioso que implica, como dices muchos cambios pero que debe ser financiado y es la gran limitante para los cambios.

Me preguntaba cómo articulamos todo ese trabajo que se hizo, con las posibilidades actuales y cómo desde el Claustro, desde nuestro lugar, podemos apoyar, promover y trabajar para que se logren esos cambios tan necesarios y la articulación de tanta gente que quiere trabajar en pos de mejorar algo que es fundamental.

**SEÑOR BRIVA (Doc.)** .- Quiero hacer un par de preguntas. ¿Cuál es el grado de aceptación a la propuesta de trabajo en las áreas cerradas? Si no entendí mal el planteo sería un suplemento salarial más una reforma de la distribución de la carga horaria. Es una propuesta que implica demasiados cambios a cosas que en otros ámbitos hemos discutido hasta el cansancio y hemos chocado contra muchos obstáculos. ¿Cual es el grado de aceptación? Me gustaría un documento firmado...

-(hilaridad)-

Lo otro es lo que no se mencionó: la parte de investigación. ¿Cuál sería el plan para que no nos pase el hecho triste que nos pasó este año, que nadie se pudo presentar para proyectos y sí para compra de equipamientos. ¿Cuál es el plan de respaldo que tiene Dirección para eso?

**SRA. UBACH.**- Cómo articular el proyecto anterior con el de ahora tiene que ver con la racionalización, con posicionarnos en la realidad. Nosotros seguimos manteniendo la idea de trabajar en todos estos objetivos, por así decirlo, o polos, pero defendemos la necesidad de mejorar toda la parte de atención. Seguimos con hospitalización, porque además esto de la consulta externa implica desactivar áreas que, si viene ese dinero, a nosotros nos permite empezar con una parte del proyecto grande. De todas maneras hubiéramos tenido que empezar por la parte ambulatoria para vaciar esas áreas de manera que la idea es pensar que tenemos un proyecto guía, un objetivo macro al que esperemos llegar; por lo que cuesta y lo que representa, no debiera darse de patadas con eso. Que todo lo que hagamos sirva, se integre, que quede bien hecho para que después no tengamos que hacer borrón y cuenta nueva, porque sería muy costoso. Es la forma de articularlo. Y la única manera que tenemos de hacerlo es desatar un proceso de comunicación, de discusión, el Departamento de Medicina, el Departamento Quirúrgico, todos los servicios del hospital, todos, planteando los temas para recibir informes y demás.

Tenemos un plazo hasta el 8 de noviembre que se planteó el CDC para ver qué íbamos a hacer, cómo seguíamos adelante. En ese momento, en

agosto, no teníamos ni idea de que íbamos a tener esta plata, algunos me dijeron que eran pesitos. Pero son cuatro millones de dólares por año, es mucha plata, piensen ustedes que tenemos un millón y medio de dólares para inversiones . O sea, equipamiento y planta física.

**SR PRESIDENTE.-** Un millón y medio para inversiones, planta física y equipamiento.

**SEÑORA UBACH.-** Quisiéramos, pero no tenemos toda la plata, entonces, lo que hay que hacer es discutir, es acordar para trabajar en conjunto.

El 8 de agosto se votó que se suspendía el trabajo con las famosas PPP (Participación Público Privada) y nos pedían que presentáramos, en noventa días, qué íbamos a hacer. En ese momento no sabíamos que íbamos a contar con este dinero. Ahora sabemos que si. De todas maneras se siguieron buscando alternativas, hasta ahora no ha surgido ninguna de préstamo blando de organismos internacionales, pero la Universidad está dispuesta a recorrer esos caminos y me parece que hay que hacerlo. Estoy de acuerdo con eso.

La aceptación de la propuesta de trabajo en áreas cerradas, tenemos que arriesgarnos a hacer el planteo. No será peor de lo que estamos ahora, luchando cada martes en la Comisión Directiva, nombrando gente para cubrir los puestos que renunciaron para que Enfermería nos diga que nombramos 7 y se fueron 9, nombramos 9 y se fueron 11, tiene que haber una forma diferente de encarar el tema. Lo que yo dije, señores, y no es que nos estemos tirando al agua, es que queremos probar con las reservas del hospital y qué aceptación vamos a tener. Pienso que si la gente que actualmente trabaja en el hospital es capaz de entender el aumento del personal más el incentivo que pretendemos... También pensamos en alimentación, que hace propicia determinada mejora del ambiente laboral, la permanencia de la gente, a lo que sumamos todo el tema de capacitación y demás. Nosotros creemos, tal vez me equivoco y será tremendo, pero que vamos a lograr ir haciendo estos cambios culturales porque si ingresamos un número importante de gente con determinadas reglas, en el centro quirúrgico la gente va a trabajar de 7:00 a 15:00 y eso nos va a permitir ser más eficientes porque vamos a hacer más operaciones y demás.

Tenemos la posibilidad de terminar una obra importante en el block quirúrgico, tenemos seis salas completamente equipadas y vamos a completar la séptima sala equipada. ¿Que nos impide trabajar a más salas? El personal. El hecho de avanzar en trabajar las salas desde las 8:00 a las 15:00 aumenta

muchísimo la producción quirúrgica y podemos dar tres veces por semana la cirugía cardíaca que ahora estamos dando dos.

A su vez tenemos que ampliar el CTI porque el paciente de cirugía cardíaca requiere un posoperatorio de por lo menos 24 o 48 horas de CTI. Ustedes se dan cuenta que hay que atar muchas cosas, por eso digo que tiene que ser un tratamiento de shock, aumentar el personal de CTI. Si no quieren hacer las horas extras, ponemos personal nuevo y van a trabajar con el incentivo, y vamos a hacerlo así. La gente del block quirúrgico tiene que ser polifuncional, polivalente, exceptuando el centro de materiales, ahí trabajan también auxiliares de enfermería, pero es buena parte de la gente que tiene tareas livianas, la gente que trabaja en block quirúrgico, en circulante, en la recuperación. De repente Recuperación no tiene ningún paciente pero se precisa una circulante en block y se niega porque es de Recuperación. Está allá arriba, pero por medidas de los funcionarios, no va. Entonces, nosotros decimos que la gente que entre a block tiene que ser polifuncional y la vamos a capacitar para que sepa hacer de circulante y sepa todas las funciones que se cumplen en el centro quirúrgico, exceptuando a la gente de preparación de materiales porque ahí tratamos de aprovechar al máximo las posibilidades del personal que tiene tareas livianas. No podemos mandar a block a una persona que tiene este tipo de tareas. Si nosotros hacemos ese impulso, somos los que podemos fijar las reglas y decir “esto acá se va a hacer así”. Es la única forma, con personal nuevo, no con el personal que ahora manejamos, porque si no, nos vamos a encontrar siempre con esto. Porque la mayoría del personal está multiemplado y le complica el horario con el otro trabajo, de todas maneras vamos a convocar al personal que tenemos, los que quieran pasar a un régimen diferente de trabajo. Hay experiencias a nivel privado.

El otro día fui a un congreso sobre ausentismo laboral a presentar la situación del hospital y me contaban que le pagan doce horas por nueve trabajadas. Es bárbaro porque además es como el pago de dos empleos y se evita los traslados, el corre corre, y por supuesto, además la alimentación que le damos a toda la gente que está con determinadas horas adentro del hospital.

Me dijeron por qué no lo hacíamos. Porque no puedo inventar una figura, porque además tenemos rigideces de la Universidad que determinó que a la gente que ingresa, se le paga por tantas horas, pero hace menos, porque fue un aumento con careta, de la hora salarial.

Como ven, hay que compaginar todo esto, le estamos buscando también la vuelta con la asesoría letrada para no equivocarnos, no hacer nada que

violente las estructuras universitarias, si es necesario pedir excepciones al Consejo Directivo Central pues tenemos que ver que, con la aprobación de la Comisión Directiva pidamos esas excepciones para decir; señores, el hospital es otra cosa. No puede funcionar con la rigidez de todos los cargos universitarios.

Nosotros pensamos que la investigación es un elemento esencial, por suerte tenemos ahora en el equipo de Dirección a una persona que está formada en gestión de la investigación, que se incorpora el 1° de octubre porque tuvo una serie de contratiempos personales..

-(dialogados)-

Si, estoy hablando de Ana Perez. Por lo pronto, para desarrollar el plan de investigación clínica en el hospital, hacer un plan de prioridades, de caminos y ahí tiene que jugar un papel muy importante el Comité de Investigación Científica del hospital. La Dirección Académica que se integra al equipo de dirección, porque todas estas cosas las discutimos en conjunto, no es que Ana Perez lo haga por su lado y los demás por otro.

-(dialogados)-

Es importante tener el apoyo porque los planes de investigación nos lo va a determinar la Dirección. Es claro. Nosotros vamos a ver cómo se aseguran los contactos, toda la parte del soporte administrativo, el otro día planteaban lo del traductor. En los proyectos tiene que estar incluido un pago para el traductor si es que quieren publicarlo en ingles porque el hospital no puede agregar un cargo de traductor oficial para traducir las cosas. Tenemos que tener un poco de compasión por los recursos que disponemos en el hospital. Lo digo un poco en broma, pero cómo en esto de la racionalización de la innovación nos damos mecanismos para que funcione. Nosotros podemos poner el apoyo administrativo, podemos poner la secretaría en la parte docente del último trienio, podemos apoyar en todo este tipo de cosas, coordinando además con las estructuras que tiene la Facultad, lo que no podemos es asumir las responsabilidades de la Facultad en este tema. Nosotros coordinamos, apoyamos, pero piensen ustedes que somos un hospital universitario. También nos preguntaban por la docencia. ¿Por qué cargo docente en una dirección si está la cátedra de administración? Porque si nosotros queremos sacar este año, lo estamos elaborando, los cursos de formación en gestión en los servicios del hospital, tenemos 64 servicios, tenemos para hacer diez cursos, porque incluso los cuadros de docentes llegan

de repente a ser jefes de servicios y en realidad llegan con méritos académicos y docentes, algunos tienen formación, algunos intuitivamente hacen alguna cosa de gestión, pero buena parte no. Me parece que el hospital puede ser responsable de la unidad de capacitación del hospital para todo el resto de los recursos, la formación en gestión, pero no ocuparnos de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, no podemos.

Todo el impulso a la investigación, incluso ahora ustedes saben que de los recursos extra presupuestales se ha hecho un fondo y entendemos que de los recursos presupuestales del hospital, estamos valorando cuánto, tener un fondo de apoyo a la investigación, un monto destinado a determinado fin, que hay que ver cómo va a ser competitivo, pero la idea es incentivar la investigación inicial, o sea, la formación de investigadores porque los otros, sabemos que tienen mucha competencia a nivel de los financiamientos que conocemos, pero sin embargo, para las cosas de inicio de repente no tenemos. Todo esto tiene que ver con estas cuestiones baladíes y pedestres del presupuesto con que contamos, pero es un elemento que valoramos altamente.

No hablé del tema de los laboratorios de simulación, que nos parece esencial, a veces lo digo en broma, pero sueño con pisos enteros de laboratorios de simulación, tenemos que dejar de practicar en las personas, ya tenemos antecedentes, ya tenemos algunos avances. Entonces, ese tipo de cosas las tenemos que desarrollar, como un hospital docente.

**SR. PRESIDENTE.-** Me parece que no nos va a dar el tiempo, creo que queda claro, hay mucho para conversar, esta es una primera aproximación.

Quiero comentar algo antes de hacer algunas preguntas y es que me pareció interesante esa visión que tuviste de gente abatida cuando llegaste, pero por otra parte por todo lo que contaste, encontraste un terreno para asentarte, encontraste mucha cosa que ya estaba en marcha, que permite empezar rápidamente y eso es bueno. Siempre hay una parte blanca y otra negra en la historia, pero hay algunas cosas concretas. Me pareció muy bien la intención de generar mayor permanencia de los recursos no docentes en el hospital, que a pesar de todo hay un grupo muy estable, muy responsable y que responde al hospital, pero me parece que es un embate interesante.

¿Tienes alguna visión, que ya lo hemos discutido, con respecto a la retención de los recursos docentes? Donde también pasa lo mismo. Formamos, tenemos grados 3 que muchas veces son referentes de áreas y de desarrollos nuevos, que después perdemos porque se van. La segunda

pregunta está vinculada al desarrollo del convenio con ASSE y cómo el hospital logra empoderarse porque son usuarios de ASSE. Y una de más largo plazo: sabemos que estamos emparchando cosas que tienen que ir en sentido de un proyecto madre pero que, por ejemplo, nosotros en el piso en el que estamos tenemos posibilidades de tener salas individuales y de a dos. En el hospital, para llegar a eso no es tan sencillo.

-(dialogados)-

Ahí vamos a tener una pelea por alternativas de recursos. ¿Se llega a fin de año con los recursos que hay?

**SEÑORA UBACH.-** Llegamos.

**SEÑORA PAN (Est.)-** Primero que nada quiero agradecer que hayas venido, siempre es un placer escucharte. En realidad tengo solo una pregunta relacionada con la enseñanza: sabemos que históricamente o hace muchos años se viene reduciendo la cantidad de camas, particularmente en los servicios de Medicina. ¿Hay una política de inversión pensada para poder ampliar el número de camas en esos servicios, ya que son los que hacen amplia docencia? Por lo menos en la carrera de grado de Doctor en Medicina.

**SEÑOR BERMUDEZ (Eg.)-** En la Rendición de Cuentas del año 2016, hubo cero peso para el hospital de Clínicas. En la de este año, la pregunta es: ¿de la aspiración presentada por la UDELAR, a cuánto se llegó y cuánto viene a ser del total de la aspiración? No tengo claros los números pero deduzco que no se llegó a la aspiración total. En función de esos números qué es lo que se permite, más allá de los recursos extra presupuestales que se puedan conseguir.

**SEÑORA UBACH.-** El tema de la retención de los recursos docentes pasa por lo mismo, por cómo podemos inventar algún tipo de estímulo y por eso habíamos pensado en una organización, en esto de la refuncionalización, que tiene que ver con funcionar diferente y en forma acorde a la realidad del hospital hoy y no hace treinta años atrás.

¿Cómo podemos avanzar? Lo estamos haciendo en la departamentalización. ¿Cómo podemos avanzar hacia cuestiones de formación de institutos que nos posibiliten romper un poco la estructura de las cátedras. Que pueda haber ¿por qué no? más grados 4, más grados 5, que de la gente que haga carrera académica, de pronto uno de ellos que tenga determinadas aptitudes y determinados requisitos... Yo sueño que cuando la

gente aspire a un cargo de director de departamento, también sepa cómo gestionarlo, porque al final de cuentas son jefes de servicio y que en forma rotativa puedan ser jefes de servicios varios, pero que desde el punto de vista académico no quede restringido a esta estructura de cátedras donde hay un solo grado 5 y hay una estructura piramidal y rígida. Entonces, la visión de un hospital con institutos que permita combinar el desarrollo de la gente desde el punto de vista de la carrera académica con las otras funciones, con lo asistencial y demás, me parece que es un elemento importante.

Nosotros ahora estamos tratando de avanzar en algo que también intentamos en la anterior administración, en ese momento no se valoró suficientemente y después de una serie de años que han pasado la gente lo vuelve a valorizar y es la departamentalización de, por ejemplo, cirugía general, la departamentalización de las cátedras de Medicina General. Porque parece tonto o superfluo o miope que cada una de estas cátedras, porque se siguen llamando igual estas clínicas, repitan la misma cosa, que lo cardiovascular y que lo otro... entonces uno inventa que tiene una unidad y es lo mismo... ¿cómo se forman unidades si estamos avanzando por ejemplo a nivel de las clínicas quirúrgicas generales a generar unidades con la integración de la gente que más sabe de cada uno de estos temas, en una unidad coloproctológica, por ejemplo? La otra unidad es hepatobiliopancreática, que también trabajará con nefrología en la parte de transplante renopancreático, pero que juntan una médica como es gastroenterología con lo quirúrgico, entonces, nos parece que generar estas unidades que tienen un lugar físico, que puede ser un piso tal o cual, pero que se conforma con gente que está trabajando específicamente en esto, potencian la resolutivez en esos temas principales que son las cuestiones que epidemiológicamente tienen mayor representación en el hospital y que requieren muchas veces de resoluciones complejas que tocan una cantidad de servicios. Y eso es aprovechar la potencia del hospital que tiene todas estas especializaciones, tiene un soporte importantísimo desde el punto de vista diagnóstico y entonces ¿cómo generamos estas unidades? Lo veo como un primer paso para ir haciéndonos la idea de que tenemos que avanzar hacia ese tipo de conformación del hospital. Tenemos que romper en el hospital la estructura de cátedras. Yo lo digo así y tal vez reciba palos de todos lados, tal vez no, pero me parece que enriquecería enormemente el funcionamiento del hospital. Para eso, un elemento fundamental de retención es que la gente vea que puede realizar su carrera al más alto nivel y a alguna gente no le interesa ser jefe de servicio, pero sí quiere tener el más alto grado

académico, porque esa es su carrera, es una aspiración tan lógica, tan natural, tan buena además.

Lo otro, el convenio. Hay una comisión de seguimiento donde está el representante del Ministerio, el representante de ASSE y el representante del hospital que somos la doctora Valerio y quien les habla, que nos reunimos periódicamente para ver la marcha del convenio. Estamos avanzando en cantidad de cosas, incluso en la valoración, que ahora prácticamente ha hecho carne, a fin de año tenemos que revalorar y evaluar el convenio. Fíjense que esos dineros, que no son pocos, tenemos que llegar –y ya contesto la última pregunta que me hicieron- a fin de año, porque esa plata viene con destino a algo que veníamos pidiendo que es la parte de insumos, porque la parte de recursos humanos la tenemos presupuestada. Por eso digo: si llegamos a fin de año...

Resulta que ese convenio, que alguna gente valora como que atenta contra nuestra autonomía porque viene con un destino específico que excluye expresamente su utilización en recursos humanos, nosotros, desde el punto de vista competitivo y para la retención del personal, no tenemos muchas herramientas. Lo que queremos es ver cómo en la discusión de este convenio, primero lo ampliamos porque entendemos que hacemos muchas más cosas que las que se valoran ahora. Otro aspecto: ¿cuántos de nuestros docentes están operando en el INCA, operando aquí y allá? ¿cuántas de estas intervenciones que están pagas por el Hospital de Clínicas se adjudican a su producción? Me dicen que lo hacemos en el block del otro hospital, muy bien, entonces vamos a medias. Es con nuestros recursos humanos, entonces vamos a computarlas porque las hacemos para ASSE. El recurso humano que es el más calificado, el que es también un problema para ellos, todo es gratis, y nosotros le pagamos el sueldo. ¿Y por qué no desarrollamos esas actividades en el Clínicas? Por qué no aumentamos las policlínicas en la tarde, pero sí podemos ir a operar al INCA o a otros lugares. ¿Me entienden?

Esto también tiene que ver con la Facultad, que ayude a ordenar estas cosas.

Recuerden un elemento sustancial: cuando se estudió la reforma que nos rige en la Comisión Directiva, la ordenanza, había un componente de mayor autonomía de gestión del recurso docente, que se borró, se eliminó, entonces, tenemos ausentismo docente. Yo le digo el ausente presente, porque marcan la tarjeta religiosamente y no están. Es muy difícil, porque cuando a veces hablo con algunos de estos colegas tengo que ser muy cuidadosa y muy

delicada, pero no me apeo de esa exigencia de decirle que no me pidan horas compensables cuando ... es muy duro, muy feo, yo no digo que me tenga que pagar un seguro médico pero es feo. ¿Cuántos docentes necesitamos desde el punto de vista del hospital universitario para las tareas que se desarrollan allí? Yo pienso que estamos sobredotados de docentes.

Por eso digo que es posible tender a tener más horas ponderadas que pagan más, para que la gente permanezca más, de manera que también su participación en la investigación sea otra cosa, pero tenemos que romper esta estructura, que cada vez que me reúno con los profesores plantean lo que necesitan y es aumentar los cargos docentes, que son setecientos y pico que tenemos nosotros en el hospital, es mucho.

**SEÑOR RODRIGUEZ (Eg.)-** ¿Puedo quebrar una lanza por ellos? A pesar del ausentismo como tu decís, son de los recursos más valiosos que tiene el país.

**Señora Ubach.-** Sin dudas.

**SEÑOR RODRIGUEZ (Eg.)-** De todas maneras con lo valiosos que son, lo poco que hagan, ya está.

**SEÑORA UBACH.-** Yo pienso que podía calificarse mucho más, podía darse más tiempo para la docencia, porque si vienen en la tarde..., yo entiendo que tengan doble empleo, alguno vendrá en la mañana, otro vendrá en la tarde, pueden hacer las lecturas de revista, pueden calificar a los residentes, pueden tutoriar un proyecto de investigación. Porque, amuchar y que el hospital funcione cuatro horas es horrible. Eso nos disminuye todo lo que podemos hacer. Yo pienso en todas las funciones sustantivas. Pienso en la asistencia pero pienso en la investigación, pienso en la docencia, pienso en la extensión. O sea, por qué tenemos que estar todos amuchados de mañana que estamos como locos y de tarde los consultorios vacíos, los estudiantes sin profesor, no se desarrolla la investigación. O sea, cómo distribuimos. No digo que haya que echar a nadie, digo que ocupemos esas horas docentes en trabajo efectivo.

**SEÑORA GUILLERMO (Doc.)-** Hay un gran porcentaje de docentes que cumplen adecuadamente.

-(dialogados)-

Todo lo que estamos mejorando desde el punto de vista de la refuncionalización en la hospitalización va en la mejora de la privacidad de los pacientes, la mejora del número de baños, si llegamos a fin de año, aumentar el número de camas para la docencia. Nosotros pensamos que el ámbito de formación no tiene que quedar reducido al ámbito hospitalario, que así como decimos que la atención tiene que pensarse en red en forma complementaria, la docencia también. Porque cuando la gente se titula hay un altísimo porcentaje de cosas que se resuelven en el primer nivel y muchas veces no generan formación.

Porque fijense, uno sale recién titulado, yo trabajaba en un centro integral de primer nivel, como médico general, terminé de formarme en Cuba, me quedaban dos exámenes para titularme cuando me tuve que ir exiliada del país, me quedaban dos materias. Tenía 27 años, tres gurises y mi marido preso, no pretendo la medalla del mérito, pero eran situaciones bastante pesadas. Cuando llegué me reconocieron eso, me hicieron hacer el internado; por suerte estaba Carlevaro que avaló lo único que tenía yo que era un papelito con el cual sacábamos los boletos, y que tenía aprobado tal curso y tales exámenes; fijense que era un papelito de Bedelía que presentábamos en las empresas de transporte para sacar los boletos; porque yo me tuve que ir y no en las mejores condiciones como podrán imaginar. Entonces, me hicieron hacer esas dos materias que me faltaban, el internado que era obligatorio y yo agradecí enormemente porque en una de las primeras clases, recién llegada, yo sentada en medio de todo aquello, el profesor con el que estábamos viendo temas cardiovasculares dijo: ¿Cuál es la epidemiología del infarto? ¿Cómo? -dije yo- entonces él dijo que se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres; tienen algunos riesgos más acentuados si fuman o no fuman; si toma alcohol o no toma alcohol; si tiene actividades estresantes o no. Entonces empecé a pensar en lo epidemiológico, porque la formación fenomenal que teníamos nosotros, era una formación eminentemente clínica pero no teníamos incorporados estos elementos. ¿Qué eran los grandes profesores de clínica? Te veían venir caminando y decían: hombre o mujer, tal edad, el color de la piel, la raza... hacían la historia, preguntaban, examinaban y ya epidemiológicamente iban diciendo que las patologías más frecuentes en este tipo de personas son tales y cuales. Era un clínico con visión epidemiológica, es maravilloso.

Trabajando con las poblaciones a nivel de la consulta externa acentuamos esto. Es importante también la consulta externa hacia un ámbito importante de formación. Claro, en el hospital la consulta externa es la

consulta externa especializada, pero también tenemos consulta externa generalista, por decirlo de alguna manera. Claro, cuando uno entra al hospital lo que quiere ver es el paciente en la cama, pero el antes del paciente, el tratamiento, el seguimiento el control del después del paciente, sobre todo el paciente crónico, que son esos los que van a sustentar nuestro desarrollo desde el punto de vista de la función docente.

Los hospitales modernos se van deshospitalizando. Qué quiere decir eso? Que van desarrollando cada vez más actividades ambulatorias, incluso las cirugías y reducen la internación a aquello que es imprescindible porque hay un tema de riesgo, todos sabemos que la infección nosocomial es un riesgo real para las personas. Entonces, los hospitales se deshospitalizan y por eso estamos pensando en desarrollar la cirugía ambulatoria, por eso estamos pensando en desarrollar estos diagnósticos que acorten la internación de las personas. O sea, gracias a la gente que está dando su esfuerzo.

Relevando este trabajo en equipo, se está avanzando en el hospital y yo creo que es una fortaleza que tenemos. Es algo que realmente, como dicen todos los compañeros que me vienen a ver, que es muy bueno porque lo estamos viendo en las intervenciones, acá los llamamos y ya está, no hay que esperar días para la interconsulta, desechar la interconsulta, la visión conjunta del paciente. Y eso tiene que expresarse en el acompañamiento en lo que es la formación de los futuros médicos en esa conceptualización. El trabajo en equipo, el trabajo en equipos multidisciplinarios. Por eso digo que no me parece una buena medida aumentar las camas, no tendríamos con qué pagarlas, por otra parte.

En cuanto a la pregunta sobre la Udelar, ustedes saben que se hicieron una cantidad de solicitudes, ahora no recuerdo porque la cifra era astronómica, llegando al planteo que ya se había hecho en la Rendición de Cuentas pasada en la que no hubo nada. A la Universidad le dieron un aumento en retribuciones personales que alcanza para solventar aquellas cosas que son transversales, aumento de salarios docentes y no docentes. O sea, todos los requerimientos transversales para el desarrollo de la Udelar. No hubo una parte específica, salvo estos cuatro millones que vinieron por fuera específicamente para el hospital. Nosotros por supuesto acompañamos al señor Rector en cada una de las presentaciones, con la presentación que hacía el hospital, con los requerimientos que se habían aprobado en comisión directiva, pero cero peso.

-(dialogados)

---

No recuerdo exactamente la cifra, pero solamente para la parte de refuncionalización de obras son once millones de dólares por año y de eso no vino nada.

**SEÑORA UBACH.-** Hoy hace 64 años de la inauguración del hospital, recordamos también la inauguración de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica que, fíjense qué interesante fue para el país, se iba a inaugurar el hospital y no había suficiente personal formado para tal fin. La escuela de tecnología, que antes tenía otro nombre, se gestó tres años antes, cumplió sesenta y siete años, se creó para formar los recursos para poder habilitar el hospital. Me decía mi hermano que yo me sentía muy grande y era la más chica de siete, me decía que siempre él iba a ser más grande que yo, bueno, la EUTM también siempre va a ser más grande que nosotros porque fue creada antes y es otra de las cosas que tenemos que ver: el enlace de Facultad con la Escuela de Tecnología, pensar en cargos docentes asistenciales.

**SERÑOR PRESIDENTE.-** Muchas gracias Graciela.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 20)