



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

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

*Sesión ordinaria del día  
18 de agosto de 2022*

**ACTA N° 12**

Versión taquigráfica

*Preside la Dra. Cecilia Guillermo*

CGU  
MED

POE

DECIDIR...

CONSULTA ESTUDIANTIL

## S U M A R I O

Aprobación de actas .....	1
Avances del plan de estudios de la Maestría en Ciencias de los Alimentos y Salud Humana .....	1
<b>ASUNTOS PREVIOS</b> .....	2
Nueva forma de funcionamiento de la Asamblea del Claustro .....	2
Día de los mártires estudiantiles .....	2
Informe de gestión en el cargo de director del Hospital de Clínicas desde su designación hasta la fecha .....	3

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

**Sesión ordinaria del día jueves 18 de agosto de 2022**

**Acta N° 12**

Versión taquigráfica

**Preside la Dra. Cecilia Guillermo.**

**ASISTEN:**

**Por el orden docente:** Horacio Botti, Nelson Cabrera, Macarena Casaballe, Lucía De Pena, Sofía Grille, Laura Martínez Palma, Mariana Seija, Verónica Seija, Adriana Tiscornia y Andrés Trostchansky.

**Por el orden de egresados:** Álvaro Cabrera, Jorge Montaña y Gustavo Mussetti.

**Por el orden estudiantil:** Skylix Escobar, Amelia Rivas y Matías Robalez.

Actúa en Secretaría el Sr. Matías Jaimes.

---

**SEÑORA PRESIDENTA (Guillermo).**- Habiendo *quorum*, está abierta la sesión.

(Es la hora 13:45)

**Aprobación de actas**

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Pasamos a votar la aprobación del acta N° 11, del día 8 de agosto de 2022.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

---

**Avances Plan de Estudios de Maestría en Ciencias de los Alimentos y Salud Humana**

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Tengo entendido que la Comisión de Plan de Estudios todavía está trabajando en eso.

**SEÑOR MONTAÑO.**- Tenemos una agenda para ir concluyendo: el 26 de agosto estaríamos reuniéndonos con el Dr. Riva; el 29 de agosto tendríamos el documento final de la Comisión de Plan de Estudios para ser distribuido a todos los integrantes de la Asamblea del Claustro, y el jueves 1° de setiembre sería presentado en el plenario.

**SEÑOR TROSTCHANSKY.**- Querría saber si hay alguna duda o comentario que pudiéramos ir viendo para que se contemple como insumo para el informe final. Había algunas cosas que no habían quedado claras, que se podrían ajustar.

**SEÑOR MONTAÑO.-** Esa instancia nos gustaría tenerla después de que sea presentado el informe a la Asamblea del Claustro.

---

### ASUNTOS PREVIOS

#### **Nueva forma de funcionamiento de la Asamblea del Claustro**

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Queríamos anunciar que tenemos la chance de que la Asamblea del Claustro sesione en forma híbrida. Si estamos de acuerdo, la próxima sesión ya funcionaríamos con esa modalidad.

**SEÑOR BOTTLI.-** Podemos imitar la forma de funcionamiento de la Asamblea General del Claustro en cuanto a las reglas que allí se siguen; podemos agregar alguna más. Quizá se podrían enviar dichas reglas junto con la citación para que quede claro cuál va a ser la forma de conexión que vamos a pedir, así como la forma de votación.

En la próxima sesión haríamos una primera prueba de conexión con el interior.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** La presencialidad sería en Facultad de Medicina y habría conexión con el interior.

¿Sería para todos los claustristas o solo para los del interior?

**SEÑOR BOTTLI.-** La idea es abrir la cancha a los claustristas del interior para ver cómo funciona y después veríamos la posibilidad de ampliarlo.

**SEÑOR TROSTCHANSKY.-** La Mesa puede tomar la decisión de aprobar la forma de funcionamiento propuesta para la primera vez y después trasladarla al plenario para su aprobación.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** De acuerdo con lo propuesto, la Mesa revisará el reglamento de la Asamblea General del Claustro y si las características son aceptables, lo compartimos, y la próxima Asamblea del Claustro se hará en una modalidad híbrida.

Se va a votar.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

---

#### **Día de los mártires estudiantiles**

**SEÑOR ROBALEZ.-** Para el movimiento estudiantil agosto es un mes particular, cargado de mucha memoria. El 1° de agosto se conmemora el "Día del detenido desaparecido de la enseñanza" por la desaparición física de Julio Castro en 1976, en el marco de la dictadura cívico-militar. Julio Castro fue un militante social muy importante para la educación, que bregaba por una sociedad más justa.

El 14 de agosto es una fecha emblemática para los estudiantes: es el día en que muere Liber Arce. Dos días antes, en una manifestación por el boleto universitario gratuito, es herido en el marco de las medidas prontas de seguridad de Jorge Pacheco Areco.

Siguen vigentes algunas reivindicaciones. Hoy en día, la Universidad está siendo agredida desde el punto de vista económico por el presupuesto. Hoy comienza la votación de la Rendición de Cuentas en el Parlamento, y se ha decidido un paro de la intergremial.

El domingo 14 de agosto fue una fecha importante. Hubo una movilización en reclamo por mayor presupuesto para la educación. Lamentablemente, la sogá siempre se corta por el lado más fino, que somos los estudiantes. Entendemos que en estos espacios hay que dar las discusiones y la batalla por una educación de calidad.

El lunes 15 de agosto, en los gremios de la educación, principalmente en Magisterio, el IPA y los liceos metropolitanos, se toman medidas institucionales de ocupar los espacios. Los compañeros vienen llevando adelante estas medidas, y con respecto a esto, ayer ocurrieron hechos bastante complicados.

Me gustaría leer la declaración de la FEUU del martes 16.

(Ingresa a sala el equipo de Dirección del Hospital de Clínicas)

**SEÑORA PRESIDENTA.-** En virtud de que ha llegado el equipo de Dirección del Hospital de Clínicas, al que hemos invitado para hacer una presentación, sugiero que el Br. Robalez continúe con el desarrollo del punto una vez culminada la exposición.

(Apoyados)

### **Informe sobre la gestión en el cargo del director del Hospital de Clínicas desde su designación hasta la fecha**

**SEÑORA PRESIDENTA.-** ¡Bienvenidos! Es un honor para la Asamblea del Claustro contar con su presencia.

Dejamos constancia de que han venido por la Dirección del Hospital de Clínicas su director general, Dr. Álvaro Villar, y los directores académicos, Dr. Mauricio Cuello Toledo, Cr. Edgar Cura, Dr. Juan Pablo Decia y Dr. Martín Esteche.

La idea de la Asamblea del Claustro como órgano elector es escuchar un informe de la gestión de la Dirección del Hospital de Clínicas durante el período transcurrido desde la toma de posesión.

**SEÑOR VILLAR.-** Agradecemos la invitación de la Asamblea del Claustro. Es un honor para nosotros estar aquí. Como decía la señora presidenta, fuimos elegidos por este organismo. Para nosotros es muy bueno que nos den la oportunidad de transmitir cómo venimos trabajando en el Hospital y los desafíos que tenemos de ahora en adelante.

Nuestra idea es hablar del plan estratégico, de dónde estamos actualmente, hacia dónde vamos y los ejes que consideramos importantes para el cambio, y sobre lo que está arriba de la mesa con respecto a un nuevo Hospital de Clínicas.

Cuando la Asamblea del Claustro hizo la convocatoria para la elección del director, se planteó que los aspirantes debían presentar un plan de trabajo, y cada uno de quienes nos presentamos hizo su propuesta. Nosotros presentamos un plan estratégico, al que nos hemos ceñido.

(A continuación se acompaña la disertación con una presentación Powerpoint)

—En ese plan estratégico nosotros planteamos que el Hospital de Clínicas nació en torno a una idea audaz, a un propósito: fue creado con vocación de excelencia.

Siempre se pretendió poner a un hospital público como modelo de excelencia. El Hospital Maciel surge inicialmente como un lugar para acostar o cuidar a la gente más pobre en lo que era en ese momento el fuerte de San Miguel, dentro de las murallas de la ciudad. En ese momento no existía la idea de hospital. Allí no había médicos; los médicos ejercían en otro lugar y no dentro del hospital. Fue creciendo y transformándose, pero el Maciel no fue creado como hospital. Tampoco fue esa la concepción cuando se creó el Pasteur.

El Hospital de Clínicas se crea en torno a un sueño, a la idea de cómo debía ser un hospital público. Se logra que ese hospital sea administrado, dirigido por la Universidad luego de una lucha y una discusión programática y filosófica muy potente. Desde que se funda el Hospital nace en torno a esa idea filosófica: para enseñar buena medicina tiene que hacerse en condiciones de asistencia dignas y de excelencia; para tener buenos profesionales de la salud -no se trata solo de buenos médicos, sino de todo el equipo de salud- tienen que formarse en condiciones de excelencia. Si nosotros no logramos un buen nivel de aprendizaje, después no hay una caseta donde el médico, la enfermera, los licenciados, los distintos especialistas se ponen una capa roja y salen volando; se forman en un nivel de calidad o se forman aprendiendo mal. De acuerdo a cómo se enseñe a tratar a los pacientes en el Hospital es como después vamos a tratar a los pacientes. De acuerdo a cómo se nos enseñe a interactuar con los compañeros de trabajo es como después vamos a reproducir eso.

En el plan de trabajo nosotros planteamos cinco principios para la excelencia. Uno es que el hospital sea realmente universitario. El concepto de creación constante de conocimiento, de creación a partir de la práctica, de la realidad es clave; es un concepto de la Universidad en su sentido más amplio. Nosotros no estamos para reproducir lo que se inventa, descubre o desarrolla en el resto del mundo. Por supuesto que estamos para tomar lo mejor de todos lados, pero debemos entender que se logra la excelencia en base a crear en la acción, a crear en la práctica.

Además, tiene que haber criterios entre los cuales es clave que la enseñanza sea parte de la asistencia; la buena docencia se tiene que relacionar con la buena asistencia. La idea de que la prioridad está en formar gente y no en la atención es una falsa contradicción con la que hay que estar luchando continuamente. No es: "No sabemos quién va a hacer esta operación porque estamos formando gente; tal vez no la haga el mejor o la persona más capacitada porque estamos enseñando". Ese concepto es una falsa contradicción. Se puede hacer la mejor asistencia, el mejor tratamiento, operar en las mejores condiciones, ofrecer tranquilidad al paciente de que yendo al Hospital de Clínicas va a encontrar lo mejor, a la vez que se enseña.

Y se puede hacer todo eso investigando. La idea de que para investigar hay que tener tiempo libre también es falsa. No puede concebirse una asistencia y una docencia de calidad si no se investiga junto con eso. Tenemos que buscar la forma de crear las condiciones para que las cosas se den y florezcan día a día.

Con respecto a la apuesta cotidiana a la excelencia, en el Hospital existen equipos que están todo el tiempo pensando en cómo mejorar las cosas. Creo que la base es pensar que la excelencia es una actitud de vida: es analizar todos los días lo que hacemos y ver cómo lo podemos mejorar, pero sobre todo es que haya desde la Dirección una idea de cuidado de jardín. No podemos lograr los mejores equipos y los mejores talentos; es muy difícil que la Dirección haga eso. Cuando hay talentos, cuando hay buenos equipos, cuando hay buen ambiente de trabajo, lo que puede hacer la Dirección es sacar las malezas, dejar que entre el sol, regar, crear las condiciones para que estos equipos florezcan. Pero no se inventan.

La relación del Hospital de Clínicas con la Universidad es algo fundamental. El Hospital es universitario. Todo lo que hagamos en este sentido es fundamental. Eso lo vamos a desarrollar más adelante. También voy a hablar de la relación del Hospital con ASSE y los principios de una dirección universitaria.

La misión del Hospital de Clínicas incluye la función de enseñanza, de investigación y asistencia, en relación continua con el medio, sabiendo que somos parte de un sistema de salud y de una reforma de la salud. Los hospitales no son lo único, sino una de las partes del sistema de salud. El Hospital debe entender que si no logra relacionarse, interactuar con los distintos niveles de atención, no logra su objetivo. La condición necesaria para lograr todo esto es asistir más y en mejores condiciones.

¿Hacia dónde estamos yendo? ¿Vamos hacia algo mejor o vamos en picada? Tal vez no estemos yendo en picada, pero sí en un vuelo lento hacia la destrucción. Esos son los dos caminos. Estamos acostumbrados a ver siempre los pacientes con esa mentalidad, sobre todo los que están más graves: vamos mejorando, o vamos cada vez peor. Esa mirada en el Hospital es clave. Nosotros hoy queremos mostrarles algunos elementos para sacar una conclusión en cuanto a que el camino que estamos siguiendo es hacia un más y mejor Hospital de Clínicas o hacia un menos y peor Hospital de Clínicas.

Para nosotros uno de los ejes del cambio es el aumento de la actividad.

Otro es dar más seguridad, no entendida desde el punto de vista de mecanismos de control, sino de que debemos atender siempre dentro del criterio seguridad. Hoy los aviones son la forma de transporte más seguro que existe: más seguro que el transporte en automóvil o en moto. Pero no hay ningún medio de transporte que sea tan inseguro como lo es la habitación de un hospital. El lugar donde el riesgo de vida es mayor y donde la cantidad de errores sobre la persona que está allí acostada es más alto hoy por hoy está en los hospitales. Esto pasa aquí y en los mejores hospitales del mundo. Hemos hecho mucho para mejorar la seguridad, pero todavía estamos a años luz de lo que debería ser un ambiente seguro. El Hospital debe tener la obsesión por la seguridad en el día a día.

También debe tener la obsesión por la hospitalidad. El concepto de confort no transmite exactamente lo que uno quiere decir. El concepto de hospitalidad dentro de un hospital es raro de entender. Lograr que la persona se sienta cuidada, se sienta esperada, se sienta bienvenida y, sobre todo, que se cuide la dignidad del paciente es un objetivo clave de los ejes del cambio. Es poner al paciente en el centro y pensar cómo muchas de las acciones que realizamos los equipos de la salud con la mejor intención, muchas veces llevan a empequeñecer a la persona. Por ejemplo, al usar diminutivos cuando hablamos del paciente: "abuelito", "abuelita", "hacés pichí dentro de esta bolsita", todo en chiquito.

Hay que considerar que cuando el paciente no quiere un tratamiento es porque no entiende, y no porque tenga derecho. Si no quiere algo de lo que le estamos ofreciendo es porque no entendió. Influye hasta la forma como nosotros pasamos visita y hablamos en tercera persona de alguien que está allí y nos está escuchando: "Él tiene un cáncer de pulmón".

Para limpiarle la caca, el vómito y el pichí a una persona hay que achicar la distancia de relación. Si es una señora muy aseñorada -como dice la canción- es muy difícil limpiarle la caca. Eso lleva a que, en el trato cotidiano, haya una pérdida de la dignidad de la persona, y eso es tremendamente traumático a la hora de la recuperación. Naturalmente, para tomar decisiones sobre la persona, para poder operarla, tenemos que lograr una relación psicológica que lo permita. La apuesta a un cambio en la forma de tratamiento de la persona internada es fundamental, y en eso el Hospital debería ser de avanzada; debería cambiar las formas de atención para hacer una revolución. Creo que de todas las revoluciones que tenemos que hacer, esta debería ser la más fuerte.

Otro punto es la visibilidad del Hospital. Cuando el presidente de la República habló de los centros de vacunación, no nos mencionó. Yo estaba mirando la televisión en ese momento. Y yo me pregunté: ¿por qué no pensaron en el Hospital de Clínicas? ¿Por maldad? ¿Por desconocimiento? ¿Por ignorancia expresa? Puede que muchos de los que estén acá no estén de acuerdo conmigo, pero yo estoy convencido de que fue porque el Hospital de Clínicas no estaba sentado en el lugar donde tenía que estar. No tenía -no sé si la tiene- la visibilidad que debe tener como actor fundamental en el sistema de salud. Nosotros no fuimos incluidos dentro del sistema de salud. Tiene que ser un objetivo recuperar el lugar de referencia del Hospital de Clínicas, de visibilidad, no por el tamaño -hemos demostrado que se puede ser muy grande y no ser visible-, sino por la acción de un hospital como el nuestro: un hospital universitario, un hospital de excelencia. Esto se vio muy fuertemente en la campaña de vacunación: el Hospital fue capaz de demostrar que podía ser el mayor centro hospitalario de vacunación del país, y lo podía ser con calidad, con excelencia.

La accesibilidad es otro desafío: buscar que puedan llegar fácilmente al Hospital no solamente los pacientes, sino todos los equipos médicos que trabajan en el país. La posibilidad de que se pueda acceder a él, sea por una consulta para mandar un paciente, para pedir apoyo, para pedir estudios, o cualquier forma en la que el Hospital pueda contribuir. Esto tiene que hacerse con eficiencia; se debe lograr credibilidad.

Estos son objetivos de cualquier centro de salud, más aún cuando se trata de un hospital universitario.

Podemos resumir "más actividad" en "más asistencia". El Hospital tiene que aumentar su producción. Tiene que aumentar la producción quirúrgica, tiene que aumentar la cantidad de camas, tiene que aumentar la cantidad de camas de CTI, tiene que aumentar las consultas de policlínica y tiene que aumentar todo el sistema de diagnóstico: de estudios y de intervención diagnóstica. Tiene que hacerlo con mayor calidad asistencial. Debemos tener la tranquilidad mental, ética, moral de que cuando le decimos a un paciente que se venga a atender al Hospital es porque le estamos ofreciendo lo mejor. Aspiramos a más y mejor investigación, más y mejor innovación, más y mejor enseñanza, más y mejor incorporación tecnológica.

En la gráfica que presentamos se muestra la evolución de la consulta externa y de emergencia, comparando el año 2020 con el 2021. En un año de pandemia, cuando en la mayoría de los lugares hubo una caída en la consulta en policlínica -que se justificó por la pandemia-, el Hospital fue capaz de aumentar la consulta externa y abrir nuevas policlínicas. Asimismo, aumentamos la cantidad de consultas en la emergencia del Hospital entre 2020 y 2021, en pleno año de pandemia.

Hicimos la evolución de cirugías totales desde el año prepandemia. Hubo un descenso muy claro en 2020, pero en 2021, cuando la producción quirúrgica en la mayoría del sistema bajó más de un 30%, el Hospital la aumentó, y en 2022, si seguimos operando al ritmo que lo estamos haciendo, vamos a superar lo que se venía operando antes.

Esto no es casual. Se cambiaron los mecanismos de organización de las operaciones. Se creó la coordinación quirúrgica semanal. Todos los profesores de clínicas quirúrgicas del Hospital, los Grado 5 de cada clínica -no los Grado 4, Grado 3 o Grado 2-, los miércoles a las 10 de la mañana, disciplinadamente se reúnen en la coordinación quirúrgica y llevan los pacientes que tiene para operar la semana siguiente. Está presente Hemoterapia y lleva los pacientes que se van a operar a partir de la semana siguiente; está presente CTI y lleva los pacientes que van a requerir CTI la semana siguiente; está presente anestesia y sabe qué pacientes se tendrá que anestesiarse la semana siguiente. Hay una planificación con una semana de anticipación. Esto permite que Admisión funcione mejor y que coordine el ingreso de los pacientes.

Esto implica que los pacientes no queden internados en el Hospital para poder operarlos. Este fue un cambio fundamental, porque si al paciente que está en su casa no le damos seguridad de que se va a cumplir la fecha de coordinación, naturalmente los servicios tienden a quedarse con el paciente internado para que se pueda operar. Y le dicen eso: "Lo vamos a dejar, porque si no, no vamos a conseguir día en block quirúrgico".

Ahora, la jefa del block quirúrgico, que es una nurse -no es un cirujano-, la Lic. Paula Sosa, coordina y pasa los jueves la planilla de coordinación al grupo de Whatsapp, y eso es lo que se opera la semana siguiente.

Insisto en la evolución de las cirugías realizadas por las clínicas quirúrgicas desde el año previo a la pandemia. Durante la pandemia, cuando se disminuyeron las cirugías en todos lados, el Hospital de Clínicas no dejó de operar e, incluso, aumentó las cifras con respecto a lo que el Hospital operaba antes.

En urología también hubo cambios importantes en el sistema de trabajo y en el sistema de coordinación. Nos hemos propuesto resolver los doble jota, que es un problema de todo el sistema de salud. El Departamento de Urología, con la dirección y el liderazgo del Prof. Levin Martínez, está haciendo un trabajo muy bueno. Se ha logrado incorporar la cátedra a la cirugía de trasplante renal; antes la cátedra no estaba incorporada en ese sistema; los trasplantes los hacían urólogos contratados por el IMAE. Ahora los Grado 2 participan en este proceso. El proyecto Copal de seguridad lo lidera Urología. Y Urología presentó un proyecto para la cirugía de próstata de cirugía robótica que también va en esta línea.

Neurocirugía es el otro elemento importante de actividad quirúrgica, comparado con los años previos. Aclaro que allí tengo un conflicto de interés

declarado. Hay un grupo que está trabajando con mucha fuerza. Las salas nuevas que se plantea inaugurar nos van a permitir aumentar la frecuencia en la semana. Este es un debe muy importante porque hay una demanda muy alta de cirugías de este tipo en el país.

El cambio más grande se dio en traumatología. Pasamos de operar 3 pacientes por mes a operar 48. Esto implica una inversión muy importante. Las tres cirugías más caras son las cirugías traumatológicas -por lejos es la más cara-, la maxilofacial y la neurocirugía, sobre todo de columna; después viene cirugía de tórax. Esas son las cirugías que tienen insumos más caros, pero, sin duda, traumatología es la que está en primer lugar. La incorporación de una mesa especial para traumatología nos permitió operar pacientes complejos. El Hospital de Clínicas, a diferencia del INOT, tiene CTI; quiere decir que los traumatizados graves podían resolverse desde el primer día, y no esperar a que fueran dados de alta del CTI para que fueran al INOT a operarse. Eso también permitió que en lugar de colocar fijadores externos y después los clavos, se pudieran poner los clavos de entrada.

Si comparamos 2020 con 2021, hubo un aumento en el número de radiografías, de tomografías y de resonancias. Hoy el Hospital está vendiendo servicios de resonancias al Casmu. Vender servicios al Casmu permitió que el Hospital mejore también la respuesta a los pacientes internados y que hoy se hagan resonancias durante la noche y los fines de semana.

Los nacimientos son un desafío muy importante para nosotros. Veníamos en picada en nacimientos. Estábamos hablando del cierre del servicio de ginecología porque estaba por debajo de los números que se aceptan para mantenerlo. El Hospital tomó varias medidas. Las embarazadas no querían parir en el Hospital de Clínicas. Cursaban su embarazo en el Hospital, eran controladas por el grupo que maneja los embarazos de alto riesgo, pero dadas las condiciones realmente indignas del piso 16, sobre todo de los baños, pedían para no parir en el Hospital. Había condiciones realmente horribles en el piso: en las salas, pero lo peor eran los baños. En la sala de nacer teníamos baños químicos, esos baños de plástico que están en los conciertos de rock; estaban metidos adentro de la sala. Me llamó la atención que estuviéramos alquilando baños químicos; no sabíamos dónde estaban. Cuando vimos dónde funcionaban, no podíamos creer. La primera reforma que se hizo fue para arreglar todos los baños del piso 16. Después se arreglaron las salas. Hubo un cambio muy grande desde la incorporación del Prof. Cópola al servicio, un aumento de partos en la unidad. Hay un proyecto muy importante que presentamos al Parlamento de privilegiar el parto por vía natural frente a la cesárea; ojalá salga votado.

Hicimos un comparativo de los estudios diagnósticos en neurofisiología y electroencefalografía, en estudios y tratamientos cardiológicos, en anatomía patológica, en endoscopias digestivas, en donantes de hemoderivados. Respecto de este último punto, la cátedra está haciendo un trabajo fabuloso. Hemos logrado retomar el contacto con el plan Córdoba en la producción de hemoderivados. Esto significa un ahorro muy importante para el Hospital, porque de lo contrario, hay que comprarlos.

También hubo una evolución en el laboratorio clínico. Estamos teniendo problemas muy importantes con los reactivos. Aunque hay un aumento del número de estudios, debería haber sido mayor. Manteniendo la producción de

laboratorio, que es muy alta, lo que muestra la gráfica es lo pronosticado hasta fin de año. Es uno de los lugares donde tenemos dificultades.

Con respecto a la pandemia, el vacunatorio hospitalario más grande del país fue el Hospital de Clínicas; hubo un total de medio millón de personas vacunadas. Además, durante la pandemia se mantuvieron las funciones hospitalarias extra-Covid: la atención ambulatoria, quirúrgica y la hospitalización.

Duplicamos las camas de CTI. El Hospital sabía que tenía que habilitar más camas; no puede ser que un hospital de este tamaño tuviera solo 11 camas de CTI; eso implicaba que los pacientes se eternizaran intubados en la emergencia, en la recuperación postanestésica o en el piso 8. Teníamos pacientes intubados en varios lugares del Hospital. Se aprovechó que ASSE públicamente dijera que iba a abrir más camas de CTI. Inmediatamente después de escuchar eso llamamos al presidente de ASSE y le dijimos: "Estamos dispuestos a abrir ya 12 camas". "¿Cuál es el costo?". Hicimos los números, y cinco minutos después: "Cuesta tanto". "Abrimos". Al otro día estábamos con Enfermería, con el Dr. Decia y con todo el equipo de recursos humanos buscando cómo contratar las enfermeras, los médicos, cómo resolvíamos lo de los Grado 2. En diez días tuvimos todo el personal pronto para abrir las camas de CTI. Cuando llamamos de nuevo al Dr. Cipriani para decirle que viniera a ver las camas de CTI, porque ya estaban habilitadas, no lo podía creer. Fue el hospital que más rápido respondió.

Cuando iban a cerrar el INOT porque querían más camas de CTI, nos llamaron para preguntarnos si podíamos operar los pacientes traumatológicos. Sin pensarlo mucho dijimos que sí. Pedimos el arco en C, la mesa traumatológica y las cajas de instrumental; mientras tanto, empezamos a comprar los equipos para hacer el tratamiento posterior.

Durante la pandemia, el Hospital fue el único centro público de atención de embarazadas Covid. Así como se hizo el apoyo al INOT, también se apoyó al Hospital Español. Nunca se suspendieron las coordinaciones quirúrgicas.

Fuimos los primeros en rotomar la presencialidad estudiantil. El Hospital de Clínicas salió a plantear fuertemente que los estudiantes debían volver a la actividad. Eso generó una relación muy buena con los estudiantes. Todo el proceso de recibimiento de los estudiantes, las cartas que enviaron los estudiantes, las publicaciones que hicieron en redes sociales mostró un apoyo muy importante.

Durante la pandemia duplicamos la capacidad de camas de CTI. Se produjo un fenómeno muy interesante: el cambio de la población que se atendió en el CTI. Al CTI llegaban los que ya habían estado muchos días intubados en emergencia, cuando quedaba una cama libre; en general eran todos pacientes mayores de 65 años, y que, luego, la estadía en el CTI se prolongaba mucho tiempo. Al aumentar las camas de CTI, también aumentó la cantidad de jóvenes que ingresaron al CTI del Hospital; estaban menos días internados y el giro de camas aumentó. Si bien estábamos con porcentaje alto de ocupación, hubo un cambio muy grande. En el Hospital había camas de CTI solo intensivo, cuando en la mayoría del sistema también se contaba el intermedio; históricamente, el intermedio del Hospital funciona en el piso 8. El cambio de pacientes que hubo fue muy importante.

Esta semana aprobamos la conexión al sistema Epimed; ahora todos los registros de nuestros pacientes van a estar en el sistema, y se van a poder ver los resultados de la evolución en la calidad de la atención.

Más seguridad implica interconsultas electrónicas, solicitud electrónica de estudios de imagenología, dar más seguridad al paciente de que cuando está coordinado se va a operar.

Se está haciendo un protocolo de traslado del paciente crítico -lo llamamos "traslado seguro"- a fin de que el paciente dentro del Hospital se traslade siempre en las mismas condiciones. Hoy se tiene respirador para el traslado del paciente que va de la emergencia al tomógrafo, igual que si va desde el CTI al tomógrafo. Tenemos pacientes ventilados en excelentes condiciones, con excelentes ventiladores. El grupo de traslado seguro que integra la cátedra de Anestesia, de CTI y de Emergencia ha dado resultados interesantes. Todavía hay cosas pendientes; tenemos que ir incorporando varias de las recomendaciones que han hecho y el protocolo que plantean.

Se han sustituido los tanques de oxígeno por oxígeno central. Todas las salas que estamos inaugurando tienen oxígeno central y se puso también en varias de las salas que teníamos anteriormente. Este es un objetivo del Hospital.

El proyecto anestesia - Copal es muy interesante; refiere al control de la calidad de la anestesia. Es un proyecto latinoamericano, que busca ingresar todos los parámetros de calidad del procedimiento anestésico a esta red. Si funciona para Urología, que es la primera con la que estamos trabajando, lo vamos a ir extendiendo a las distintas áreas. Pusimos aquí a una licenciada en enfermería que está haciendo un trabajo muy bueno.

Estamos implementando la pulsera identificatoria. No se trata solo de decir que tenemos pulsera, sino superar el 20% de pacientes con pulsera, tener a alguien que recorra las salas todos los días viendo si alguien no tiene identificación, tener a Enfermería continuamente atrás de que todos los pacientes tengan la pulsera. El siguiente paso es que los pacientes exijan tener la pulsera; ese paso nos falta. Hay que informar, transmitir la importancia que tiene la pulsera en el proceso de atención como para que el paciente lo exija. Hay un mecanismo complicado, que se puede utilizar, que es cerrar la entrada cuando el paciente viene sin pulsera: no ingresa un paciente a block si no trae su pulsera; no se le hace la tomografía si no trae la pulsera. Eso hay que dejarlo para el final, cuando ya se superó la etapa por las buenas.

Una de las cosas a las que más importancia le damos es a que hoy no tenemos pacientes intubados perpetuados en la emergencia del Hospital. Si un paciente tiene que quedar en recuperación durante 24 horas es por decisión de anestesia para controlarlo, pero no porque no haya camas en CTI. Otro lugar donde logramos que no haya pacientes intubados es el piso 8.

Esto es calidad y seguridad del paciente. Como decíamos más temprano: la docencia de excelencia se hace aprendiendo cómo se deben hacer las cosas, y no aprendiendo mal. Si un estudiante, un posgrado o un residente aprende que es normal tener un traumatizado grave de 25 años intubado en la puerta de emergencia del Hospital durante tres días eso no se deshace después; se genera una tolerancia a lo mal hecho, que se está enseñando. Debemos entender que la buena enseñanza, el buen aprendizaje, está unida a la buena asistencia.

Seguridad también implica que todo el stock del Hospital esté informatizado. Ahora tenemos el Zureo en todos los almacenes. La idea es saber dónde está cada producto en el Hospital. Esto tiene que ir hasta el lugar final. Hoy lo tenemos en el almacén y tiene que llegar a que sepamos el momento exacto en que un producto se consume. Esa cadena es el objetivo para el próximo año. Hoy estamos poniendo código de barras a los distintos productos del Hospital para que se pueda leer en todos los economatos de Enfermería. Es fundamental llegar a que un producto esté en un solo lugar, algo que todavía no logramos. Nos ha pasado, por ejemplo, que falta una sonda, salimos corriendo a comprarla y después vemos que había sondas de ese tipo en el economato de anestesia. Ese es un grave problema; nos cuesta carísimo la cantidad de stocks que tenemos por todo el Hospital, la cantidad de almacencitos que hay por todo el Hospital. Pero debemos ir con cuidado porque hay medidas de control que tomamos que no pueden ir muy despegadas del sistema de organización.

Quisimos pasar a la compra mensual y no pudimos. No pudimos porque no nos dieron los tiempos para acompañar todo el proceso de compra. Tuvimos que volver para atrás, no a la compra anual, pero sí a la compra trimestral. Con la compra trimestral tuvimos problemas. Uno de los lugares donde mayores problemas tenemos es en el proceso de compras. El proceso de compras en el Hospital sigue siendo de muy mala calidad, con muchos pasos innecesarios. Al no funcionar bien el proceso de compras, mucho se hace a través de adelantos, lo cual hace muy difícil el control de gastos. y le quita calidad al proceso de compras.

Otro sistema desarrollado para el Hospital que estamos aplicando fue el de receta electrónica. Ana Boronat, la jefa de Farmacia, ha hecho un trabajo muy importante. Estamos aplicándolo en los pisos 8, 9 y 12. Es la base para que podamos tener unidosis, que el Hospital no tiene. Para poder llegar a la unidosis, es decir que Farmacia entregue la medicación por paciente, tenemos que completar la receta electrónica.

Otro dolor de cabeza es eliminar los cuentacorrentistas -no a las personas, sino al proceso- que implica que en el Hospital todavía se hace un control manual. No tenemos informatizado el proceso de control de asistencia y de presentismo. Estamos trabajando junto con la Prorectoría de Gestión de la Universidad -que nos ha dado un apoyo espectacular- para aplicar este sistema SIAP de Sisinfo, que es el que tiene la Universidad de la República.

La Universidad de la República había establecido el expediente electrónico en todos lados, excepto en el Hospital de Clínicas. El Hospital de Clínicas no tenía expediente electrónico. Se demostró que en un año, trabajando a conciencia, con fuerza, podíamos usar el expediente electrónico en todo. Se ha establecido el expediente electrónico en todas las oficinas. Estamos terminando la fase 4, que es la que nos queda.

Otro desafío de seguridad muy importante es tener la historia clínica electrónica en todo el Hospital. El año pasado hubo un aumento significativo del registro en la historia clínica electrónica de todos los profesionales. El Hospital compró 290 computadoras nuevas. Hay computadoras en todos los pisos de internación. Estamos viendo cuántas impresoras necesitamos tener, y cuántos televisores debemos instalar para visualización de imagen. Establecimos un modelo que estamos probando, con una computadora a la entrada de cada sala.

Hay que pensar qué se necesita para la docencia desde el punto de vista electrónico con los nuevos métodos en cada una de las salas: dónde tiene que haber un televisor para visualización de imagen, qué tipo de televisor debe tener, cómo manejar los datos.

Trajimos algunas fotos de cómo eran las salas del piso 16 y cómo es la sala de parto en el día de hoy, así como de las salas de internación en la maternidad, con privacidad en cada una de las habitaciones; hay una cama en cada uno de los boxes. Lo que llamamos "kit básico" es la cama con un colchón de 18 cm, con forro entero, la mesita de luz, la luz arriba del paciente, que la puede encender individualmente, una luz, un sillón para el acompañante y la mesita de comer. En toda esta parte se está colocando una red para evitar las palomas, que era uno de los problemas graves de falta de higiene y de seguridad para el paciente. Quisimos mantener una de las ideas más geniales de Surraco: hacer un hospital en arco dispuesto hacia el norte para que reciba toda la luz posible. Fue una decisión que ahora es normal, pero en el año 1930 decidir que los pacientes iban a estar donde estaba el sol y que los docentes y los laboratorios iban a quedar del lado de la sombra era una idea de avanzada. No hay un edificio que esté más centrado en el paciente que el Hospital de Clínicas. Para la tarde dejó unos solarios maravillosos para los pacientes. Había un proyecto de ir ocupando estos solarios con camas, pero nos parece que no se debe ir por ahí. Hay que recuperar la luz que tiene el Hospital. Hemos ido cambiando todas las ventanas esmeriladas por ventanas de luz directa, que permite la entrada de sol y se ve lo que está pasando afuera, y pusimos cortinas roller para que en la tarde no moleste el sol.

Otra cosa que vimos que se podía hacer fue el pulido de pisos. Tenemos pisos maravillosos. El Hospital tiene 70 años de existencia y se ve que fue construido con materiales muy nobles.

Otro mito que existía era que no se podía arreglar el block quirúrgico porque eran salas muy chicas. Se tiró abajo la pared que dividía el sector anestésico del quirúrgico. Hoy tenemos una de las salas más grandes del block quirúrgico. Mantengo el orgullo de lo que son las salas del Maciel, pero esto las supera. Tienen luz natural -la belleza de las cúpulas- para que los estudiantes puedan ver. Hoy un estudiante de cirugía ve muy poco porque la mayoría se hace por endoscopía; eso se resuelve colocando televisores en el piso de arriba, pero manteniendo la posibilidad de ver el movimiento de la sala, de la cirugía y discutir con los docentes a través de un audio.

El Hospital de Clínicas se inauguró un 21 de setiembre de 1953 con 50 camas que se habilitaron en el piso 8, con Purriel. El 21 de setiembre de este año vamos a inaugurar 24 camas en el piso 8. Estamos viendo con Antonio Turnes cómo hacer un homenaje a Purriel ese día. No es repetir el pasado. El objetivo es ver cómo adecuamos esto a las nuevas cosas.

Uno de los problemas que tenemos es el rancho aparte que hace Enfermería con respecto a los médicos. Los médicos vamos para un lugar, y enfermería está en otro lugar. Trataremos de recuperar la salita que teníamos antes para intercambiar entre enfermería y los médicos. Se crearon estaciones de integración, donde habrá un mostrador grande y varias mesas tipo *cowork* para que los médicos puedan escribir la historia clínica y las recetas, y enfermería también lo pueda hacer, manteniendo una visión de las 4 camas que están de un lado y la quinta cama que está del otro lado.

En la emergencia vamos hacia 12 boxes que estén a la vista, y no como sucede hoy que los pacientes que están adentro de los boxes quedan ocultos: no se ve ningún paciente desde el corredor. Queremos que estén en camas longitudinales, a la vista de enfermería, con monitores en las 12 camas.

Se hizo un cambio en el cuarto de guardia de los internos. Esta fue una de las cosas más aplaudidas por los estudiantes. Las condiciones para dormir en el salón de los internos eran malísimas. Cuando asumimos la Dirección, la primera semana tuvimos un conflicto porque habían sacado a todos los internos de los cuartos de la emergencia. Nosotros queremos ir con la psicología exactamente contraria: que el estudiante y el interno se sientan bienvenidos en el hospital. El primer cuarto que se arregló fue el de los internos. Tienen colchones de 18 cm, almohadas, se arregló el baño, se acomodaron lugares para que colgaran las mochilas, se arregló un lugar para que pudieran comer. Ahora estamos arreglando el cuarto médico de Nefrología, el de Anestesia y el de Imagen. Se empezó por el de los licenciados. El objetivo es ir transmitiendo la misma idea en todos lados: estamos contentos y agradecidos de que trabajen en nuestro Hospital.

La cafetería que se va a inaugurar mañana es con la misma filosofía: que sea un lugar donde la gente se quiera quedar. Queremos que haya jardines con bancos, donde la gente pueda sentarse a estudiar. El piso de estudiantes sigue la misma filosofía: que los estudiantes tengan un piso donde tengan condiciones de comodidad para estudiar. Mañana se inaugura la cafetería y restaurante, con la exigencia de que haya un menú accesible para todos. Vamos a ir por el mundo vegano.

Las dos salas del block quirúrgico se inauguran el 21 de setiembre; son las primeras salas que tienen filtrado de aire, con filtros HEPA, para permitir la colocación de dispositivos. Ese día también inauguramos las salas de cuidados moderados.

Se inaugura un área para fibrobroncoscopia. La idea es que este procedimiento se haga en el Hospital y por eso estamos planteando el ingreso de un residente en neumología este año, en acuerdo con el Prof. Curbelo y la Prof. Ana Musetti de Neumología.

Queremos que haya un piso entero para simulación quirúrgica y juntar todos los laboratorios que tenemos en el Hospital en un solo piso.

Pensamos que el centro de diálisis debe estar en el piso 6; el proyecto ya está hecho. Se habló de la posibilidad de aumentar hasta 30 sillones; estamos buscando la forma de financiarlos.

El lunes empieza la obra del vestuario y de la sala de hematología.

La eficiencia es un tema delicado. El ahorro es parte de la ética en la salud, pero la palabra ahorro nos suena mal a todos. Se trata de ser muy cuidadosos con los fondos públicos, con cada peso que gastamos y entender que nada de esto es posible si no hay una política de cuidar cada peso: no se puede aumentar el número de cirugías, no se pueden habilitar más camas de CTI. Todo lo hemos hecho con el mismo presupuesto. ¿Cómo se logró abrir el doble de camas de CTI con el mismo presupuesto? ¿Cómo se logró pagar a las 46 enfermeras nuevas que se contrataron para poder abrir esas camas de CTI? ¿Cómo se logró pagar a los Grado 2 nuevos que también se contrataron? ¿Cómo se logró aumentar la producción en emergencia, en traumatología, etc. con el mismo presupuesto? Fue

en base a las medidas tomadas en la mejora de la eficiencia. Rápidamente vamos a mostrar algunas de ellas.

Una fue el desafío de cero multas al BPS. El Hospital pagaba todos los años cifras escandalosas, millonarias, por multas al BPS. Esto lo hemos ido bajando con medidas de control, de cuidado, de estar sobre los procesos. Tanto el Dr. Decia como el equipo de Contaduría -la Cra. Tolfo, la Cra. Azambuya-, y el equipo de Recursos Humanos estuvieron atrás de cada uno de los reclamos, buscando la forma de solucionarlos sin tener que pagar multas innecesarias al BPS.

Otras medidas fueron la disminución de estudios externos y el aumento de la capacidad asistencial con recursos propios, sobre todo en fibrogastroscofia, donde ha habido una disminución muy importante de lo que estábamos pagando afuera. Nos faltó incluir en la presentación la angiografía que está haciendo Marcelo Langleib. El angiógrafo nuevo permite que las embolizaciones que antes mandábamos hacer afuera se hagan en el Hospital.

También se disminuyeron los gastos de estructura de la Dirección. Pasamos de tener 14 integrantes en el equipo de Dirección a tener 8. Esa disminución en las retribuciones implica un ahorro de \$ 8:000.000. A esto hay que sumarle una disminución de secretarías de Dirección: había 16 secretarías y ahora el equipo de Dirección está funcionando con 3 y el equipo de Secretaría general. Una gestión eficiente de los recursos humanos implica revisar cada uno de los recursos que tenemos y las necesidades asociadas. Esto es lo que nos permite haber aumentado la contratación de personal de enfermería y de gente para higiene.

En 2021, el 100% de las vitrectomías se hicieron en el Hospital. Nosotros pagábamos \$ 5:000.000 anuales en vitrectomías afuera. Lo paradójico es que el mismo profesional que las hacía afuera ahora las hace en el Hospital. Otro aspecto interesante es que el vitrécotomo que tenía el Hospital, que supuestamente no funcionaba -un vitrécotomo Zeiss, suizo, de excelente calidad-, se logró hacer andar y hoy todas las vitrectomías las hacemos con ese equipo.

En 2020 la contratación de traslados externos era de \$ 1:700.000 por mes. Para trasladar pacientes de hospital teníamos una flota, pero pagábamos los traslados a la empresa Drot. Bajamos ese traslado a cero; ahora no tenemos traslados tercerizados. Todos los traslados los hacemos con nuestra flota, con un involucramiento de los choferes del Hospital. Se sabe que en muchos lugares es un sector difícil, pero ellos nos propusieron medidas concretas a tomar si queríamos que todos los traslados los hicieran ellos y logramos resolver el problema de enfermería. Gracias a esto se pudo comprar una camioneta y un auto nuevos para el Hospital. Se renovó la flota, y se compró de tal manera que la flota se va a mantener renovada, cambiándose cada tres años.

En cuanto al gasto en estudios externos y CTI, en 2019 se gastaron \$ 41:042.746; se bajó a \$ 31:720.810 en 2020, a \$ 27.781.876 en 2021 y hoy estamos en \$ 10.893.289. El dinero que se ahorra no lo metemos en letras de cambio ni en el banco; ese dinero es lo que hace posible que todas las otras cosas se estén haciendo. Esa es una de las explicaciones de cómo con el mismo presupuesto podemos hacer mucho más.

Cuando asumimos la Dirección, estábamos sobregirados en gastos en recursos humanos en \$ 125:000.000: cuando cerrábamos el año faltaban \$ 125:000.000 para pagar sueldos. Esto lo logramos bajar a \$ 100:000.000 en 2021 y este año vamos a cerrar con un déficit de \$ 70:000.000. Pensamos que manteniendo esta política, el año próximo podrá llegar a \$ 50:000.000. ¿Quién pagaba esto? La Universidad. Nosotros somos muy universitarios, pero todos los años le pedíamos a la Universidad que los demás pagaran esto, que las cifras demuestran que era un problema nuestro porque lo pudimos resolver dentro del Hospital. Se resolvió con medidas tomadas dentro del Hospital. Yo sé que esto puede ser polémico, pero ser universitario también significa respetar al resto de la Universidad y al resto de la Facultad de Medicina. Con medidas de gestión se logró bajar lo que se pagaba afuera y el déficit de recursos humanos. ¿Bajó la producción? ¡No! ¡Aumentó la producción! Con menos déficit en recursos humanos logramos aumentar la cantidad de operaciones, aumentamos las camas de CTI, mejoró la limpieza del Hospital, aumentó la producción de la emergencia y aumentamos las camas.

Tomando en cuenta el número de camas a las que Farmacia manda medicación, hoy estamos en 315 camas; pasamos de 240 a 315 camas con el mismo presupuesto. Eso todavía nos parece insuficiente. El Hospital tiene que llegar a tener 350 camas con el modelo actual de distribución del sistema de salud. Si el sistema de salud nos pidiera que hiciéramos más cosas, habría que habilitar más camas. Pero calculamos que para la población de referencia que tiene el Hospital de Clínicas, unos 350.000 habitantes, debería tener unas 350 camas de cuidados moderados y un 10% de camas de CTI. Esa cifra es sumando las camas de CTI con las de intermedio; creemos que debemos tener dos camas más de cuidados intermedios.

Con el mismo presupuesto se incrementaron los recursos humanos. Otro de los objetivos que planteó el gremio en todos sus reclamos fue titularizar los suplentes. La mayor titularización de suplentes que se ha dado se ha hecho en estos dos últimos años. Tenemos 70 cargos de servicios generales titularizados, 85 cargos de auxiliares de enfermería y 1 licenciada en enfermería. El incremento neto de cargos mediante interinatos y titulares fue de 39 cargos. No estamos con menos gente; bajamos el déficit de recursos humanos no disminuyendo la cantidad de gente sino aumentándola. Se trata de 39 cargos que están asociados a una necesidad de aumento de la asistencia.

"El Hospital del sí": nuestra idea es primero contestar que sí cuando nos llaman de un hospital del interior u otro hospital de Montevideo. Se está trabajando muy bien con el Hospital Pasteur. Una debilidad que tenemos son los pacientes psiquiátricos; todavía no tenemos lugar de internación para los pacientes psiquiátricos y debemos tenerlo. Por lo menos se requieren 8 camas para pacientes psiquiátricos en el Hospital. Eso hace que tengamos debilidades, por ejemplo, en el manejo de los intentos de autoeliminación. Los manejamos en la Emergencia, pero tenemos que depender mucho del sistema para que esos pacientes después sigan un tratamiento porque el Hospital no tiene un servicio de atención domiciliaria. Hay cuatro integrantes de la Dirección que hacen una semana de guardia cada uno. Están continuamente disponibles al llamado. La idea es que el "no" lo tiene que dar el equipo de Dirección. Cuando no podemos recibir un paciente por la razón que sea, tiene que estar involucrada la Dirección.

Implementamos un sistema de gestión de consultas e historia clínica electrónica ambulatoria. Esto implica que las 900 puertas de ASSE tienen la misma historia clínica que nosotros. Esto no pasaba. Si bien hoy en ASSE está la historia clínica nacional, el acceso a esa historia sigue siendo complicado. En todas las puertas de ASSE hay una historia clínica electrónica única; esto se hizo en todas las policlínicas del Hospital. Se integró tanto la historia clínica oncológica -este era otro reclamo de los oncólogos- como la Oncotherapy.

La puerta siempre abierta es un objetivo muy importante del Hospital. Nosotros llevamos 564 días sin cerrar la puerta de emergencia. Si queremos ser confiables para el sistema, tenemos que brindar accesibilidad a la puerta de emergencia.

Se hicieron acuerdos de complementación con ASSE que se respetan en base al territorio. Tenemos que lograr que la zona sureste del país sea el territorio de referencia del Hospital de Clínicas.

Otro objetivo es ser más universitarios. Ya están las obras en marcha para mudar el Centro de Evaluación de Biodisponibilidad y Bioequivalencia de Medicamentos (Cebiobe) de la Facultad de Química al Hospital. Este Centro funcionaba en el Hospital Español. Tuvimos la suerte de que el Hospital Español lo sacara de allí y que el decano de la Facultad de Química y el rector nos preguntaran si podíamos mudarlo al Hospital de Clínicas. Para nosotros es un avance fundamental. Lo pudimos concretar en el piso 7, donde funcionan dos laboratorios de la Facultad de Química, vinculados con el Centro de Toxicología.

En acuerdo con la Facultad de Odontología, un día por semana se hacen intervenciones maxilofaciales. Además tienen una policlínica en el piso 3, con sillones odontológicos. Estamos en un intercambio permanente con la Facultad.

Estamos haciendo un trabajo con la Facultad de Artes. Los uniformes del Hospital los estamos diseñando docentes de la Facultad de Artes. También trabajamos con ellos en actividades musicales y de danza.

El piso 16 de maternidad fue acondicionado para realizar actividades con las embarazadas, sobre todo la preparación para el parto. Para eso también tenemos colaboración de la Facultad. Y hay un punto que para nosotros es clave: la integración con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Se dio un primer paso con imagen, cuyos resultados han sido notables. El Dr. Esteche ha hecho un trabajo muy importante. La idea es que todos los licenciados de tecnología médica del Hospital sean docentes. Nosotros queremos llegar a tener un hospital en el que todas las personas que trabajan ahí hagan docencia. Todos. Que todas las licenciadas en enfermería del Hospital de alguna manera sean docentes de la Facultad de Enfermería. Hoy ya hacen docencia; ellas forman a las licenciadas, a las auxiliares, pero no lo hacen dentro de un programa de la Facultad, integradas a la Facultad y no reciben ningún tipo de reconocimiento por eso. Queremos ir hacia eso. En Tecnología Médica ya avanzamos con imagen y con hemoterapia. Ahora vamos por fonoaudiología, vinculado sobre todo al centro de rehabilitación. Con instrumentación quirúrgica ya se hicieron acuerdos y contratos para darles horas docentes; eso permite que hoy tengamos internas de instrumentación quirúrgica en block. En la misma línea vamos con fisioterapia y con terapia ocupacional.

Les hicimos una bienvenida a los estudiantes en medio de la pandemia, cuando en todos lados estaban las puertas cerradas.

Queremos más visibilidad, más credibilidad. Un hospital visible es un hospital en el que el sistema piensa en nosotros, nos tiene en cuenta y sabe que estamos al servicio del sistema de salud, buscando una forma de colaborar siempre.

En la Rendición de Cuentas del año pasado se aprobaron proyectos presentados por el Hospital. Nos parece que es una apuesta a la credibilidad del Hospital. Esto no se hubiera logrado si el Hospital no hubiera jugado el rol que tuvo durante la pandemia. Al haber logrado esto, nos permitió pasar a tener un rol en la lucha contra el cáncer de mama realmente de referencia nacional. Se logró tener una policlínica donde a la paciente en el mismo día se le hace la mamografía, la ecografía y la punción, y en cinco días tiene el resultado. Es un trabajo que está haciendo la Dra. Cristiani, realmente excepcional; es impresionante cómo se logró bajar los tiempos de informe de anatomía patológica para que se pueda estar operando dentro de los 15 días siguientes. Ese es un programa que ha liderado tanto el Dr. Cuello como el Dr. Esteche.

La idea es que todos los proyectos que presenta el Hospital abarquen varias cátedras, varios servicios. El proyecto de cáncer de mama integra oncología, anatomía patológica, imagenología -hay un equipo de imagenólogos que son los que informan las mamografías y las ecografías-, las clínicas quirúrgicas -lograron ponerse de acuerdo las tres para que siempre opere un equipo-, los instrumentistas, los psicólogos, los asistentes sociales, enfermería con la nurse navegadora -la nurse navegadora sigue todos los eventos-, medicina nuclear -hace la marcación del ganglio para que se pueda operar-, cirugía plástica -para colocar la prótesis en el mismo momento y que el cierre sea hecho estéticamente-, ginecología. El proyecto de cirugía de próstata tiene las mismas características. El proyecto de rehabilitación involucra a neuro, fisiatría, terapia ocupacional, fonoaudiología, fisioterapia, trabajo social, enfermería.

La idea es la integración de muchos grupos. Se aprovecha a pedir fondos que se destinan a aumentar recursos humanos, a titularizar suplentes, a hacer inversiones -siempre incluimos una obra dentro del proyecto-, a gastos de funcionamiento -siempre incluimos la compra de algunos insumos- y s todo lo que significa gastos administrativos.

Tenemos un convenio con el Hospital Italiano en el área de hemoterapia que implica un ingreso muy importante para el Hospital. También hay convenios específicos con ASSE.

Ha aumentado la demanda asistencial. El que más personas elijan el Hospital de Clínicas no se da solamente por el aumento de las consultas en policlínica y en la emergencia sino por el aumento de la demanda en diálisis, donde pacientes del sector mutual pueden elegir atenderse en el Hospital de Clínicas.

Finalmente se abrió el Centro Cardiovascular en Tacuarembó. Hace muchos años, el Ministerio de Salud Pública había tomado la decisión de abrir ese IMAE de Tacuarembó. Se contaba con el acuerdo de un presidente -creo que primero fue el presidente Mujica y después lo ratificó el presidente Vázquez-, pero nunca se abrió. Se le dio los fondos, se habilitaron las camas de CTI y seguía

sin abrirse. Ahora hubo una decisión del Ministerio y de ASSE de abrir Tacuarembó y se logró. Hay un grupo de cardiólogos que está yendo. Hace dos meses que estamos y ya superamos los 30 procedimientos hechos en Tacuarembó. Durante el primer período fue personal nuestro porque nuestros profesionales tienen mayor experiencia, mayor *expertise*, y se formaron equipos con enfermeras de allá. Hace una semana o diez días que los procedimientos se están haciendo con enfermeras de allá.

Tenemos planteados los siguientes programas para 2022-2023. El proyecto de trasplante de médula ósea no requiere explicación. El proyecto "Dulces sueños" está desarrollado por Enfermería para mejorar el descanso del paciente internado; implica un hospital sin ruido y libre de dolor. "Hospital listo al amanecer" implica que a las 6 de la mañana los equipos de Enfermería tengan lo necesario para arrancar el día. "Hacerlo más fácil" es el proyecto de mejora de las condiciones de trabajo de Enfermería. Otros son la gestión de insumos a través del Zureo, la receta electrónica, las nuevas salas de block quirúrgico. Con respecto a la restricción de circulación del piso 17, esto se debe a que hoy se puede entrar al piso directamente por el ascensor de calle; estamos en obra para que se entre solo por el piso 18. Se plantean más camas de cuidados moderados, integración de la EUTM.

La cirugía ambulatoria ya está funcionando desde hace tres meses; el paciente llega a las 5 de la mañana, espera en una sala con unos sillones, sube, se opera y vuelve a bajar a esos sillones, se controla, y a más tardar a las 6 de la tarde se va para su casa. Era otro mito que los pacientes del Hospital de Clínicas no podían operarse por cirugía ambulatoria; se ha demostrado que eso no es así.

Algunos ya habrán visto la remodelación del anfiteatro del piso 19. El Prof. Malacrida tiene un proyecto financiado por la Fundación Zuckerberg. Dado el nivel del proyecto de Malacrida y cómo viene trabajando, esa fundación eligió hacer el evento mundial anual de imagen médica en Montevideo, y lo va a hacer en el anfiteatro del Hospital de Clínicas en setiembre. Ya se logró mejorar las cortinas y estamos mejorando los equipos del anfiteatro. Vamos a cambiar el piso y las sillas. La idea es que sea una sala de conferencias y de eventos.

También está prevista la reconversión del estacionamiento y la creación del piso para estudiantes. El Instituto Caldeyro Barcia es un proyecto que está liderando el Dr. Cuello con cada uno de los equipos que están en el piso 15, para lograr integrar distintos equipos de investigación.

Ya mencioné al Cebiobe; está previsto el proyecto de cirugía robótica, un Centro de Medicina Materno Fetal, el programa de mama, el programa de próstata, el proyecto de citogenética, la valoración preoperatoria ambulatoria, el tomógrafo de 128 cortes -la licitación ya está en marcha-, el proyecto de microscopía -es el programa de Malacría-, el Centro CAR-T, el Centro de Intervencionismo Endovascular. El Hospital es el único centro público que quedó elegido para atender ACV. Estamos haciendo las trombectomías en los accidentes cerebrales. Esto es algo que privilegia mucho tanto el trabajo del equipo de imagenología como el de neurología.

Otros proyectos son la incorporación de RedCap, la participación en el proyecto Salud de la ANII -la ANII eligió al Hospital de Clínicas como centro evaluador-, Bioinformática en el piso 15 -incorporamos una ingeniera al equipo que dirige la Dra. Lens-; el Hospital es el único centro latinoamericano con casco

DigniCap, que permite evitar la caída del cabello durante la quimioterapia. Creo que siguiendo este modelo nosotros iremos hacia más hospital.

Tenemos grandes defectos: tenemos problemas muy grandes en el proceso de compras, tenemos problemas todavía importantes en seguridad, en el uso de la pulsera, estamos todavía lejos de ser un hospital informatizado, nos falta la receta electrónica. Tener un hospital como el nuestro sin unidosis en 2022 es algo vergonzoso. Nos damos cuenta de que hay problemas que nos cuesta resolver y tenemos que aprender cómo resolverlo, cambiar estrategias, buscar por otros lados.

Este año los insumos han sido un problema muy grande. Hoy no teníamos jeringas de 5. La empresa que importa estas jeringas está con problemas grandes para importar algunos insumos. Eso ha repercutido mucho en el Hospital. Estamos en un sistema que plantea ir hacia el cierre de la UCA. Eso implicaría aumentar mucho los procesos licitatorios. Si bien estamos buscando cómo evitar eso, es un problema serio para el abastecimiento del Hospital en el próximo año.

Tenemos problemas con medicamentos. Pese a que el Ministerio tiene una lista de 96 medicamentos cuya producción o acceso está complicado en el país, dentro de ellos hay 15 en situación crítica. Eso nos ha complicado mucho en el Hospital este año. Tenemos que ir a un mejor sistema.

Lo importante de todo esto es que asumimos que la responsabilidad de hacerlo está dentro de las puertas del Hospital. Nosotros no buscamos los culpables afuera. Hay carencias que son porque todavía, como equipo de Dirección, no hemos logrado encontrar la forma de trabajar o no hemos logrado integrarnos al resto del Hospital de la mejor manera, o no hemos logrado la forma de integrarnos con el resto del sistema. Eso no quiere decir que pensemos que los demás son perfectos, son buenos, tienen la mejor onda. No es ser ingenuo, pero es entender que nosotros tenemos que ir buscando inteligentemente la forma de resolver los problemas que tenemos. Ese es el desafío mayor.

¿Va a haber un nuevo hospital? Yo no lo sé. ¿Cómo tiene que ser ese hospital? Nosotros no lo sabemos. Nosotros somos un equipo de Dirección. La Asamblea del Claustro eligió al director del Hospital por cuatro años. Sentarnos a esperar un hospital que supuestamente podríamos llegar a tener para 2030 no es nuestra tarea; será la tarea de directores que vengan después de nosotros. Nosotros tenemos que dirigir el hoy, y no le podemos decir a los pacientes que están internados, al equipo de salud que está trabajando en el Hospital: "Vamos a esperar a 2030". Necesitamos arreglar las salas hoy, arreglar los lugares de trabajo hoy, tener mejores condiciones. Los equipos están pidiendo para hacer trasplantes, para tratar el cáncer, etc.; necesitan respuestas ya. Estos son los problemas de este equipo de Dirección.

Lo que sí tenemos que lograr es promover un tránsito hacia un nuevo hospital -sea donde sea, sea en el edificio actual, al lado, en otro lugar- de la mejor manera posible y dar lugar a la discusión: que los distintos órdenes del Hospital puedan discutir esto. De hecho, el equipo está trabajando para la semana académica; está armando una discusión, un intercambio de ideas con ese espíritu: que toda la Universidad participe, cada uno desde su óptica. Que los ingenieros digan cómo debe ser un hospital para los próximos treinta años, que opinen qué es sustentabilidad en un hospital moderno, qué es un hospital respetuoso del ambiente o un hospital energéticamente viable. Que los arquitectos digan cuál es

la mejor manera de diseñar un hospital. Y, fundamentalmente, que los equipos médicos digan cómo debe ser la atención hospitalaria en los próximos treinta años. Está todo el ambiente para que ese debate exista. No quisimos cortar esa discusión. No quisimos salir como Dirección a interferir en ese proceso. Ponemos la discusión sobre la mesa para que haya colectivamente en el Uruguay una mirada hacia el Hospital de Clínicas que no implique decir: "Esto hay que cerrarlo", sino: "Hay que hacerlo mejor". Eso es muy positivo, y una valoración de la necesidad de un hospital universitario.

Sería un hito que el Parlamento de la República aprobara el robot, habilitando a que una tecnología nueva, de vanguardia, empiece o se desarrolle a partir de un hospital público universitario. El lugar que el sistema debería elegir siempre para desarrollar una tecnología es el hospital universitario.

(Se proyecta un video)

—Se está limpiando la fachada, cuidando la fachada que históricamente tiene el Hospital.

En el video se ven las nuevas salas de emergencia, el área respiratoria, donde se hace la diferenciación según el tipo de consulta. Estamos en proceso de mudar el tomógrafo y ponerlo al lado de la emergencia. Facilitaría mucho tener dos tomógrafos, uno chico al lado de la emergencia y otro afuera. Se pudo hacer funcionar el mamógrafo, que estaba comprado. Este año se inauguró el policlínico. Se muestra el centro de vacunación Covid, con la línea azul. El Hospital quedó con un centro vacunatorio permanente, que no tenía. Destinamos un área para poder concretar la unidosis; hoy tenemos todo para prepararla y se está mandando a varias de las salas. Con el nuevo angiógrafo no solo se están haciendo trombectomías sino tratamiento de aneurismas cerebrales, etc. El trabajo de laboratorio fue espectacular durante la pandemia. En el piso 8 se destinaron salas al Covid. En el video se muestra el pulido de los pisos en varias zonas del Hospital. Podemos ver la remodelación del piso 9, los baños y la apertura de las camas de CTI. También vemos las salas de maternidad y los baños con 5 duchas individuales. Se aprecia el aumento de la cantidad de salas de block quirúrgico. Y, finalmente, el desarrollo de la historia clínica electrónica.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Muchas gracias por la exhaustiva información.

**SEÑOR CABRERA.-** Agradezco al equipo de Dirección por tomarse el trabajo -que se vio reflejado en la presentación- de traer a la Asamblea del Claustro una evaluación especial para mostrar los avances en estos dieciocho meses de gestión. Quiero agradecer a los doctores Cuello, Decia y Esteche y al Cr. Cura, que están presentes hoy aquí, y a los que están sosteniendo la actividad en el Hospital de Clínicas. Se ve el esfuerzo y la dedicación que le pusieron en su compromiso para darnos esta presentación.

Desde el inicio de su gestión esta Asamblea del Claustro ha tendido a mantener la comunicación, el vínculo directo y la convivencia del cogobierno. No es excepcional que los hayamos invitado para este intercambio: ya concurrió el director de la Escuela de Graduados, el profesor Radi vino a presentar una maestría que está queriendo instalar en la Facultad de Medicina y volverá a concurrir, y también concurrirá el señor decano a hacer un balance de su gestión. La tendencia es a aproximar los vínculos de convivencia del cogobierno, mejorar

la comunicación y el diálogo, y avanzar en la construcción colectiva de lo universitario.

No puedo dejar de notar que en tan poco tiempo se generaron muchos cambios en muchos frentes. Pero hay muchas dudas y por eso los disparadores que vamos a plantear, que quizás podamos analizar en otras instancias de intercambio. Sin duda va a haber muchas dudas, preguntas y aportes.

En lo que respecta a las licenciaturas de la Facultad, veo áreas que pueden ser de potencial colaboración. Por ejemplo, en oftalmología se realizan vitrectomías en el block oftalmológico, y requieren una instrumentación específica, diferente de la quirúrgica. Esa especialidad es propia de esta Facultad y tiene un nivel de excelencia; podría ser un socio fundamental en esto.

Es divino lo que se hizo en el piso 16. Es hermoso el proyecto de parto natural que se está llevando adelante. Al respecto, pienso que se pueden hacer alianzas académicas en el lugar de asistencia con la Escuela de Parteras y con la licenciatura en psicomotricidad, lo que sería de utilidad para la Facultad a efectos de encarar la enseñanza de otra forma.

Se me ocurren muchas otras cosas en las que se podría seguir trabajando en conjunto con ustedes. Creo que esta presentación nos permite visualizar hacia dónde va la gestión del Hospital, más allá de que el plan estratégico se haya hecho público al inicio de su primera gestión y haya sido aprobado por este órgano y discutido por todos los órdenes. Verlo en funcionamiento, ver los cambios edilicios, ver los cambios en las dinámicas y escuchar lo que ustedes transmiten realmente me reconforta porque hay un cambio de concepto con respecto a lo que se venía haciendo.

De todos modos, me surge una pregunta: en este momento de actividad, ¿cómo se está considerando la demanda de funcionarios técnicos, administrativos y de servicios, funcionarios no docentes, para acompañarlos en todos los sectores?

**SEÑOR BOTTLI.-** Muchas gracias por la exposición. Realmente es muy bueno ver la energía que ahora tiene el trabajo en el Hospital. Es un cambio muy necesario en el Hospital: pasar de una situación de indignidad a una situación en la que estamos peleando por la dignidad todos los días es sumamente interesante.

Me surgen dudas que son muy importantes. Como decía el director, creo que hoy estamos en la fase 1, que atiende lo más esencial. Este equipo de Dirección no atiende necesariamente la identificación de un nuevo Hospital de Clínicas para el futuro. Ese es un tema que siempre ha estado en discusión en la Facultad. Me pregunto cómo vamos a hacer para avanzar en ese sentido. Creo que la Facultad, y en particular la Asamblea del Claustro, debería tener un rol más importante. No hay que ver al Hospital de Clínicas como una cosa enclaustrada en sí misma, sino que es parte de la Facultad, es parte de lo que le da vida.

En la gestión uno tiene que plantearse objetivos. Me pregunto cómo va a hacer el Hospital para tener un porcentaje alto del personal docente altamente dedicado. Es una tarea que obviamente compromete a la Universidad. ¿Cómo va a hacer el Hospital para tener laboratorios que se puedan dedicar a lo académico de mayor calidad? En ese sentido, creo que el Hospital tiene que poder contar con el resto de la Facultad, y creo que también cuenta con el resto de la Universidad. Me parece muy importante destacar la relación con la Universidad; eso es parte de la

gestión de esta Dirección. Quiero destacar que esa relación con la Universidad es extremadamente importante.

Tengo una pregunta referida a la informatización de la historia clínica y a la investigación. No hay investigación que sea de mediana calidad, que sea aceptable; la investigación tiene que ser de calidad. Ese es un factor que nos debe comprometer a todos. Es necesario trabajar mucho en dedicación, en calidad. Sinceramente me preocupó un poco cuando se dijo que no se precisa tiempo libre para hacer investigación.

**SEÑOR VILLAR.-** No lo dije de la mejor manera.

**SEÑOR BOTTI.-** No veo posible hacer investigación -pensando que la investigación solo puede ser una: de muy buena calidad- sin tiempo suficiente, ambientes académicos donde realmente haya intercambio académico, sin un fortalecimiento del Proinbio. No veo cómo el Hospital va a salir adelante sin el Proinbio fortalecido. Hay una cantidad de cambios que, obviamente, son de una fase 2 dentro de lo que le toca a la Dirección. Son fases que posibilitan pensar en un nuevo Hospital.

Se siente una apertura para discutir estas cosas de fondo, no esquivar los problemas. Creo que la comparecencia del equipo de Dirección aquí ha sido muy positiva y esperamos trabajar en comunidad.

**SEÑORA SEIJA (Verónica).-** Gracias por la presentación. Me gustó mucho ver cosas que no conocía. Es innegable el trabajo que hace el director. Recorre el Hospital, y uno sabe que está allí todos los días, independientemente de que tengamos diferencias.

El problema grande de las compras justo atañe a mi servicio: estamos sufriendo el problema de las compras diariamente. Así que una de las preguntas es cómo se va a solucionar, dónde está la luz. Hace mucho tiempo que sufrimos esto y todavía no vemos la luz.

El laboratorio clínico es un enorme productor de resultados, de exámenes. El 70% de las decisiones clínicas se toman en base a los resultados. Por lo tanto, es un servicio esencial, fundamental, en cualquier centro sanitario. Necesita mantener un alto nivel de calidad de sus resultados. Para eso necesita control de calidad interno, control de calidad externo; esa es la única manera de saber que los resultados tienen nivel y van a llevar a la mejora de la atención de los pacientes. Nosotros somos generadores de recursos extrapresupuestales porque vendemos servicios; podríamos vender mucho más porque hacemos cosas que no hace nadie. Por ejemplo, estudiamos las úlceras de córnea con un equipo en conjunto con oftalmología, con unos resultados que no tiene nadie, con identificación de microorganismos; eso es algo que no hace prácticamente nadie más en el país. Todos quedan boquiabiertos porque logramos cosas muy buenas. Eso lo hemos presentado a congresos internacionales.

Tenemos para implementar el proyecto de citogenética. Tenemos recursos humanos capacitados en citogenética que llevarían adelante muy bien el proyecto.

Los invito a conversar con nosotros en el laboratorio.

Otro tema que quería traer a colación refiere a los consentimientos. Desde hace mucho tiempo hay una idea de tener un consentimiento genérico de la gente que viene al Hospital que nos permita usar no cosas de investigación, de ensayo

clínico, pero sí algunos datos. Hoy estamos muy apretados porque cuando queremos hacer algo retrospectivo para aclarar algo, no tenemos el consentimiento. Eso es algo en lo que tenemos que trabajar para ver cómo lo hacemos.

**SEÑOR CUELLO.-** Ya iniciamos el camino. Una mesa de la semana académica ha incorporado eso a la discusión. Ya hemos hecho mil consultas y estamos trabajando muy fuerte. Redcap, por ejemplo, ya permite que todos los datos que se generen estén en una base única. Estamos trabajando en todo esto.

**SEÑORA SEIJA (Verónica).-** Señalo particularmente el problema de los insumos porque está trancando cosas que no se pueden hacer. Es un tema complicado que, además, nos roba tiempo para la docencia y para la investigación.

**SEÑORA TISCORNIA.-** Me sumo a los agradecimientos y a las felicitaciones. Cuando uno escucha algo así podemos ver el medio vaso lleno o el medio vaso vacío. Siempre pueden surgir cosas que falta hacer. Pero quiero reforzar el medio vaso lleno. Realmente, en tan poco tiempo, no solo se ven diferencias en los números que se muestran de producción, eficacia, eficiencia, gestión, sino que dentro del Hospital se vive un ambiente diferente. Encontrar gente tocando los violines o bailando en el hall central cambia el ánimo del que está ahí todos los días. Ver algo que me recrea cinco minutos es un cambio de percepción. Con esas pequeñas cosas se logra ese compromiso emocional con el lugar. Por todo eso quiero felicitarlos porque me parece brillante.

Cabe reafirmar lo que decía el Lic. Cabrera con respecto a cómo nosotros, desde la Asamblea del Claustro nos posicionamos frente al Hospital. Se generó una comisión que está trabajando lentamente, conformada fundamentalmente por docentes; estamos en plan de incorporación de estudiantes y nos faltan egresados. El objetivo que se propone la comisión en una primera etapa, antes de definir los objetivos de trabajo de esta Asamblea del Claustro en relación al Hospital, es un diagnóstico en base a un cuestionario formulado por docentes, estudiantes y egresados a los usuarios del Hospital de Clínicas, para ver cuál es la percepción que se tiene de esa gestión del Hospital en los distintos ámbitos. El formulario terminaría de elaborarse a fines de agosto, se distribuiría, y a fines de setiembre tendríamos una entrevista con la Dirección para proporcionar esos insumos y ponernos a disposición como Asamblea del Claustro para ver en qué medida se puede ayudar a dinamizar los cambios del Hospital.

Señalo esto para presentarles cómo nos hemos planteado participar activamente. Esperemos vernos pronto con una dinámica de trabajo más interactiva.

**SEÑORA MARTÍNEZ PALMA.-** Es buenísimo ver todo lo que se está haciendo.

El director dijo que todos los funcionarios -médicos, técnicos, etc.- deberían ser docentes, y que en este camino está la vinculación con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica y la titularización. De eso siempre se está hablando. ¿Se está pensando que los recursos para eso salgan de la Udelar o del Hospital? Eso no me quedó claro.

Me parece muy importante lo que se dijo en cuanto a la necesidad de lograr la plena informatización. ¿Ya está especificado cómo se harán las interconsultas entre alguien de afuera -por ejemplo, el hospital de Durazno o la

mutualista de Tacuarembó- y alguno de los centros del Hospital? En la policlínica donde trabajamos de forma interdisciplinaria siempre nos dicen que es casi imposible lograr la interconsulta.

Nosotros atendemos solo cuatro pacientes y nos pusieron ocho. Somos muy pocos para atender tanta gente. Capaz que podríamos trabajar un poco más intensamente en cómo resolver esto. No sé si en otros lados puede estar pasando lo mismo.

Relacionado con lo que yo vivo está el problema de cómo se distribuyen las policlínicas en días, horarios, etc. Por ejemplo, a la policlínica de día los pacientes vienen con silla de ruedas, y el mismo día, al mismo tiempo está medicina del deporte, que está hablando de correr la maratón.

Con respecto al consentimiento, creo que es importante valorar el tema con el Comité de Ética. En muchos lugares a nivel internacional, donde se hace muchísima investigación, cuando entra un paciente a un centro de día se les hace firmar un consentimiento.

**SEÑORA SEIJA (Mariana).**- Quiero destacar el diálogo que existe en el Hospital: todos los días tenemos un problema y la guardia de Dirección lo soluciona, y eso hace que la gestión dentro del Hospital sea mucho más fácil.

Con respecto a dar más asistencia con los mismos recursos, ¿tenemos pensada alguna forma de implementación de los recursos humanos? Me parece que es momento de impulsar el personal docente a nivel clínico. Yo soy DT y hago los trasplantes, pero todos los pacientes trasplantados vienen de tres lugares en todo el país, o sea que es fácil la implementación. Pienso que es el momento de impulsar los DT. Luego de la charla que tuvimos en la Asamblea del Claustro con las Escuelas, vemos que el problema de la interpretación del Estatuto del personal docente está vinculado a que en la mayoría de las Escuelas los docentes no son titulares. Creo que esas dos cosas van en conjunto para darle más consistencia.

**SEÑORA RIVAS.**- Me gustaría hacer énfasis en el plan estratégico planteado por la Dirección del Hospital de Clínicas. Eso habla de un Hospital con una asistencia más humanizada, centrada en el usuario.

También quiero destacar la creación del piso para estudiantes, como programa a ser implementado para 2022 o 2023.

Asimismo, y ya que la característica del Hospital de Clínicas es ser un hospital universitario, remarco en la necesidad de la integración plena de las unidades docentes de la Escuela de Tecnología Médica.

**SEÑOR BOTTL.**- Cuando hablé de investigación de calidad, me refería a calidad ética, que es un aspecto fundamental en la salud: el trato con personas, con la vida de las personas. En mi pequeña experiencia de investigación en ese campo muchas veces he encontrado dificultades de parte de los investigadores para comprender lo que se está haciendo en investigación. En nuestro país hay un modelo de investigación muy basada en las ciencias básicas, modelos que no son comprensivos del ser humano. Además, conozco -porque me han llegado de primera mano- decisiones de Comité de Ética del Hospital de Clínicas que para mí son bastante cuestionables.

Me preocupó cuando el señor director dijo que no hay que investigar en el tiempo libre. Esa es una expresión que se repite. Me gustaría que pensemos que la

ética y la investigación concierne a todo el Hospital. No se resuelve en una jornada en el Hospital, ni pensando que el modelo que implemente el Hospital tiene que ser que enseñe al resto del país. Con esto no estoy diciendo que no me parece perfecta la situación actual. Estoy diciendo solamente que me parece que tiene que fortalecerse mucho la formación en investigación. Para mí el principal obstáculo está ahí y en la racionalidad de la investigación. Cuanto más automatismo, menos inteligencia; esa es una cosa bastante conocida. Hay que tratar de integrar la presencia de datos, la cantidad de datos, con los abordajes más comprensivos de los problemas de la salud. Para eso hace falta formación.

**SEÑOR ROBALEZ.-** Para nosotros es muy importante la presencia de las diferentes autoridades que pasan por este espacio de cogobierno, por la relevancia que tiene la Asamblea del Claustro dentro de la Facultad de Medicina como órgano de proyecciones estratégicas. Entendemos que estas visitas son clave para la democracia interna de la institución. Debemos seguir caminando por ese camino para seguir fortaleciendo la investigación, la enseñanza y la asistencia.

En el momento político que vive el país, nosotros, como FEUU, pensamos que la Universidad viene siendo agredida desde el punto de vista presupuestal: se generan recortes -como sacar el inciso del Fondo de Solidaridad- que perjudican directamente a los estudiantes, a los docentes y a los trabajadores.

En estos días, la carrera de medicina de la Facultad fue certificada en el marco del Mercosur; eso vuelve a dejar a nuestra Facultad acreditada en un sistema regional de excelencia, con estándares académicos. Es una rendición de cuentas social, a pesar de los escasos recursos con los que cuenta nuestra Facultad.

En otros momentos, las Direcciones del Hospital -su brazo ejecutor- han salido a luchar por más presupuesto. La pregunta es si piensan salir a pedir más presupuesto, al margen de la plata que van a dar por los proyectos específicos.

**SEÑORA ESCOBAR.-** Felicitaciones por la presentación, que fue muy buena. Me gustó mucho el video. Me dieron ganas de visitar el piso de estudiantes; es muy acogedor.

Como estamos avanzando en tecnología, me parece superimportante que se implementen las recetas electrónicas y las historias clínicas electrónicas, pero sería bueno tener una base de datos para evitar que esa información, que es muchísima, se pierda.

**SEÑOR VILLAR.-** Hay cosas que se dijeron que puedo responder y otras, no; creo que las dijeron como ideas para agregar a lo que se está haciendo, pero no se espera que yo responda. Me parece que si logramos aportes de la Asamblea del Claustro a muchos de los debates y discusiones que tenemos dentro del Hospital, sería de una riqueza muy grande. La idea de accesibilidad también implica que la gente sienta que puede participar en discusiones dentro del Hospital.

La Dra. Seija preguntaba dónde está la luz. Yo todos los días voy al Hospital y me hago la misma pregunta. Hay cosas que sabemos responder, y otras para las que todavía no hemos encontrado la luz.

Compras es un ejemplo. Esto no quiere decir que nos hayamos dado por vencidos ni mucho menos. Yo les doy la seguridad plena de que ninguno de nosotros nos vamos a dar por vencidos, pero es un tema complicado. Es complejo porque hay procedimientos muy arraigados, como la compra a través de adelantos,

a lo que tenemos que ir buscándole la vuelta sin interferir en la asistencia, y hoy tenemos interferencias con la asistencia. Es cierto que Laboratorio no tiene lo que necesita. Somos absolutamente conscientes de ello. Esto no nos pasa solo en Laboratorio; nos pasa en Almacenes, en Farmacia, etc. Todos los días todo el equipo de Dirección está buscando cómo resolver este problema.

Un gran desafío es lo que ocurre con las sábanas. El año pasado compramos 2.000 sábanas. De esas sábanas que compramos el año pasado no queda ninguna. Este año llevamos compradas 300 sábanas. Se pierde un promedio de 100 sábanas por mes. Cada sábana cuesta \$ 800. Resolver este problema no es tan sencillo como habíamos pensado. Tiene que haber tres stocks de sábanas: uno que está en uso, otro que está guardado para ser repuesto y otro en el lavadero. El lavadero funciona bien; los procesos están ajustados. Tenemos problemas con la recolección y con la entrega de las sábanas. Entregamos 30 sábanas al turno de enfermería de la mañana, y cuando vamos a retirar 30 sábanas para lavar, faltan 10. Todo eso es un desafío.

Siempre la gestión se hace con menos recursos de los que se necesitan. Esa es una ley universal de cualquier proceso de gestión: nunca se tienen los recursos que se necesitan, ni humanos, ni de dinero. Nunca se tiene dinero suficiente, nunca se tiene la gente suficiente ni la preparación suficiente. Lo que esta Dirección tiene que hacer -ese es el encare filosófico que tenemos- es ver qué podemos hacer con lo que tenemos.

El Br. Robalez preguntaba si nosotros pedimos más. ¡Por supuesto que pedimos más! ¡Para gastos de funcionamiento nosotros necesitamos \$ 250:000.000 más de que lo que tenemos! Desde el año 2016, cuando se le votó al Hospital de Clínicas un gasto de funcionamiento, nunca se actualizó. ¡No hemos tenido ninguna actualización de los gastos de funcionamiento del Hospital desde 2016! Por supuesto que esto es parte de lo que la Universidad está planteando: la necesidad de ajuste de los gastos de funcionamiento universitarios.

Cuando llegamos al Hospital nos encontramos con que se habían resuelto carencias de recursos humanos del Hospital con suplentes; por ejemplo, higiene. Tenemos que ir buscando una solución para estas cosas.

Lo que no podemos hacer -esa es una filosofía de la Dirección- es esperar a tener plata para resolver problemas. Una cosa es salir a plantear qué necesitamos; en todas las instancias que podamos vamos a plantearlo. ¿Logramos aumentos de dinero? ¡Por supuesto que sí! El año pasado logramos \$ 43:000.000 de aumento en el presupuesto del Hospital. Esos \$ 43:000.000 se repiten todos los años. Quiere decir que si este año nos dan los \$ 120:000.000, estamos logrando que se aumente a \$ 163:000.000 el presupuesto del Hospital. ASSE nos duplicó lo que nos da por gastos. ¿Por qué? Porque la producción del Hospital aumentó. Estamos todavía negociando con ASSE el pago de ese dinero, pero cuando hace el ajuste Economía ya reconoce el aumento de la producción del Hospital.

Estamos buscando todas las fuentes de financiación posibles. Todas las resonancias que le estamos vendiendo al Casmu nos permiten resolver carencias presupuestales del Hospital. ¿Eso sucedió porque un día se despertó el Casmu y dijo: "Quiero hacer las resonancias en el Hospital"? ¡No! ¡Todo es producto de gestiones de distintos equipos del Hospital.

Todo lo que ustedes planteaban de lo que tenemos todavía para ofrecer, para vender, va de la mano con eso. El Hospital Policial ahora reconoce la deuda de \$ 14:000.000 que tiene con el Hospital y plantea un plan de pago para saldarla. También se reconoce una deuda del Hospital Militar, que estamos ajustando y buscando formas de pago. Durante años el Cenaque no nos pagaba nada. El Cenaque repetía que el Hospital tenía una deuda con ellos. Este año firmamos un acuerdo de partes con el Cenaque, según este le paga todos los años al Hospital. ¡No era el Hospital el que le debía al Cenaque! Pero esa creencia se debía a que nosotros no entregábamos las facturas: no le cobrábamos al Cenaque las cosas que le hacíamos.

Es imposible en una presentación mostrar todo, pero sí quiero dar la pauta de que hay cosas para las que claramente tenemos soluciones, y otras para las que todavía no las tenemos, y que es muy difícil encontrar esas soluciones.

Nosotros no podemos hacer un llamado para elegir un jefe de compras de primer nivel para el Hospital. ¡No lo podemos hacer! Es el órgano más complejo del Hospital y uno de los órganos más complejos del país -dentro de la administración pública y privada- porque es un edificio extremadamente complejo, con 6.500 ítems diferentes de compra. Hay mucha complejidad en la compra, porque si yo necesito un plurianeurisma de 5,5 mm no me sirve uno de 7,7 mm; no me sirve uno curvo si necesito uno recto. Necesito tener 360 tipos de productos para iniciar una cirugía; no sirve tener 340. Entonces, el jefe de compras del Hospital debería ser una figura de primer nivel en el país. Sin embargo, no podemos hacer ese llamado; tenemos que llenar ese cargo siguiendo la carrera administrativa del Hospital. ¡Una persona que se inició en un cargo administrativo y que fue haciendo su carrera tiene el derecho a hacerse cargo de las compras de uno de los sectores más complejos del país!

¿Hay soluciones fáciles? No las hay.

El Dr. Botti planteaba cómo vamos a aumentar la dedicación del personal y la Dra. Seija planteaba la necesidad de DT. Son interrogantes que están planteadas en líneas generales que, claramente, no podemos resolver. Lo que sí puedo decir es que para poder dar en algún lado hay que sacar de otro. Si yo no voy a tener aumento, tengo que tomar decisiones como Dirección, y esta Dirección prioriza la dedicación total a la dedicación parcial. Esta Dirección prioriza a la persona que quiera dedicarse exclusivamente a la que quiera dedicarse parcialmente. ¡Por supuesto! Nosotros sabemos que las transformaciones las hace gente comprometida, no comprometida ideológicamente, porque eso es muy difícil medir, pero sí comprometida en los resultados del trabajo.

Si la Dirección ve que una persona da solución a los problemas graves en la Emergencia, se buscan fondos para lograr cargos que permitan soluciones. Uno no puede sentarse a esperar que con los concursos van a venir las soluciones como una cuestión de magia. Está bárbaro que se hagan llamados -como dije lo del tiempo libre ahora voy a decir lo de los concursos-, pero cuando uno quiere transformar, tiene que ponerse el problema al hombro y buscar cómo quedarse con las mejores personas para cada lugar. ¡Y todos sabemos quiénes son esas personas! Tendremos discrepancias en algunos, pero sabemos que hay que ir a buscarlos. No es esperar a ver qué trae la marea.

Otro aspecto que me parece que es muy importante aclarar es que esto no se hace en un año. No conozco a nadie que pueda cambiar un lugar en menos de cinco años. No lo conozco. Creo que la consolidación de un cambio lleva diez años. ¡Ojalá se pueda armar un equipo que trabaje un tiempo largo! Esto implica dedicar muchas horas para lograr transformaciones. Me parece que ese es el compromiso mayor que podemos dar.

Yo no aseguro que nosotros podamos resolver todos los problemas, pero sí que vamos a hacer todo lo que esté a nuestro alcance. Vamos a dedicar todo nuestro esfuerzo. Y hablo por todo el equipo que me acompaña. Nuestra clave es dejar todo en la cancha.

No ha sido un año fácil; ha sido un año difícil. Créanme que sé que hay formas más fáciles de sobrevivir; esto es buscarse problemas. Cuando salimos a recorrer el Hospital de tarde a veces el Cr. Cura dice: "Vamos a buscar problemas". Es buscarse problemas. Creo que esa tiene que ser la clave.

Me parece que sería ideal que todos lográramos involucrarnos en este proceso. Todavía no logramos eso; estamos lejos. Hay mucha gente involucrada; yo diría que llamativamente involucrada. Por lo menos quienes no estábamos en el Hospital estamos realmente asombrados del grado de involucramiento de una cantidad de gente que se ha metido en esto y las ganas con que lo hace. Y hablo de todas las áreas: mantenimiento -hay un de arquitecto realmente fabuloso-, gente de la EUTM, gente de registros médicos, ni qué hablar los equipos médicos. Hay grupos de especialistas, cátedras que están con ganas de cambiar cosas, que traen proyectos todos los días -hay gente que está acá presente que viene todos los días con proyectos- que, además, son proyectos muy audaces, que remueven todo lo que tenemos. En investigación es fabuloso los grupos que tenemos y las ganas que le ponen.

Realmente es muy emocionante este proceso, muy atrapante, y vale la pena la parte amarga, la parte que no es linda, que duele, pero creo que todo lo otro que se mostró compensa las cosas duras. Si no pasaran esas cosas significaría que no estamos yendo hacia donde queremos. Es bueno tener el apoyo de la Asamblea del Claustro en esto; nadie espera unanimidad, nadie espera cien por ciento de apoyo porque muchas de estas cosas son discutibles, y las discutimos todos los días entre los miembros del grupo de Dirección.

¿Qué significa centrarse en el paciente? Es muy discutible. El único cliente del Hospital no son los pacientes. Los estudiantes son un cliente. El docente es un cliente y, de alguna manera, el investigador debe ser tratado en muchos casos como cliente. Entonces, no es tan fácil decir: "El cliente es el paciente".

Voy a hacer una aclaración. Cuando digo que no se debe investigar en los tiempos libres es porque para mí la investigación tiene que estar organizada en la vida de la persona para que se haga dentro de su horario de trabajo, y no que cuando terminó de trabajar, se va para su casa e investiga, o se va de tarde un ratito al lugar donde se desarrolla la investigación. Cuando yo hablo de "tiempo libre" es fuera del horario de trabajo. Si el horario de trabajo no está organizado como para que la persona pueda investigar estamos fritos. Yo creo que lo vemos así: como algo que se hace en la casa o que en el fin de semana estudia y prepara las cosas, no dentro del horario de trabajo.

Prometemos volver.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Agradecemos la presencia del equipo de Dirección del Hospital de Clínicas y la presentación.

Creo que en general el concepto es muy positivo. Estamos todos muy satisfechos con la información. Obviamente hay puntos que son complejos, que requerirían discusiones particulares. Entre las dos gráficas que se mostraron, espero que la del fracaso en picada sea una falsa alarma.

Tenemos que dejar abierta la posibilidad de que puedan volver. Seguramente la Comisión del Hospital de Clínicas de la Asamblea del Claustro va a organizar esta información y junto con los insumos que podamos obtener podremos tener instancias más precisas, más centradas en determinados puntos.

Les agradecemos nuevamente la presencia.

(Se retira de sala el equipo de Dirección del Hospital de Clínicas)

—Como el Br. Robalez se tuvo que retirar, postergamos el tratamiento de la moción que iba a presentar.

También va a quedar para la próxima sesión la conformación de las comisiones de Hospital de Clínicas y de elección del decano para las que estábamos esperando que los estudiantes hicieran propuestas de integración.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 16:30)