

DIA DEL PEDIATRA

*El pasado 24 de setiembre festejamos nuestro día:
el DIA DEL PEDIATRA*

*Fue una ocasión donde toda la comunidad pediátrica nacional tuvo oportunidad
de reunirse, en un ambiente distendido, de alegría y de reencuentro.*

*Una oportunidad que nos debíamos desde siempre, y que deseamos sea mantenida
año a año, con la incorporación de las nuevas generaciones y renovado entusiasmo.*

*Saludamos a todos lo colegas que concurrieron o nos enviaron sus saludos, así
como las empresas que facilitaron la realización del evento.*

RECIBIMOS DEL M.S.P OFRECIMIENTO DE O.P.S. SOBRE LA BECA DE LA FUNDACIÓN JACQUES PARISOT, QUE SERÁ OTORGADA POR EL CONSEJO EJECUTIVO DE LA O.M.S. EN ENERO DE 2004

OTORGADA POR EL CONSEJO EJECUTIVO DE LA O.M.S. EN ENERO DE 2004

«ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD»
Beca de la Fundación Jacques Parisot

Se invita a los investigadores en medicina social y salud pública de América Latina y el Caribe a postular para la beca de la Fundación Jacques Parisot.

El premio de U\$S 5.000 – consistente en una beca para investigación en medicina social o salud pública y una medalla – fue establecido para honrar la memoria de Jacques Parisot y es de índole internacional. En esta oportunidad, el premio será otorgado al candidato que presente y lleve a cabo un proyecto merecedor sobre «Ambientes Saludables para los Niños». El proyecto deberá ser completado en un periodo no mayor de 12 meses.

Las solicitudes debidamente llenadas y acompañadas por la pertinente documentación deberá ser entregada a la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cada país a más tardar el 10 de octubre de 2003. La Representación será la encargada de remitir las propuestas a la Oficina Central de la OPS en Washington, D. C. para su revisión y evaluación por parte del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) durante su 38ª reunión. Las solicitudes que cumplan con todos los requisitos serán presentadas al Consejo Ejecutivo de la O.M.S. que se encargará de seleccionar la propuesta ganadora. El Consejo anunciará su decisión en su reunión de enero en Ginebra.

Por más información comunicarse con la Secretaría de la S.U.P.

EVENTOS 2003 - EXTERIOR

8 – 11 de octubre
IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERAMERICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA
«Hotel Hilton Colón» - GUAYAQUIL - ECUADOR
www.medicosecuador.com.serf

19 – 23 de octubre
CONGRESO EUROPAEDIATRICS
PRAGA – REPUBLICA CHECA
Europaediatrics2003@kenes.com

16 – 21 de noviembre
XIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PEDIATRÍA
«Centro de Convenciones ATLAPA» - PANAMÁ

26 – 29 de noviembre
XLIII CONGRESO CHILENO DE PEDIATRÍA
VALDIVIA REGIÓN DE LOS LAGOS DE CHILE – CHILE

AÑO 2004
15 – 20 de agosto
CONGRESO MUNDIAL DE PEDIATRÍA
CANCÚN - MÉXICO
www.icp2004.com

EVENTOS 2003 - URUGUAY

9 – 11 de octubre
IV CONGRESO URUGUAYO DE IMAGENOLÓGÍA, VII CONGRESO
LATINOAMERICANO DE RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y CURSO
INTERNACIONAL DE RADIOLOGÍA GASTROENTEROLOGÍA
«Hotel NH Columbia» - MONTEVIDEO
sriu@adinet.com.uy - www.sriu.org.uy

7 – 8 de noviembre
VI JORNADAS URUGUAYAS DE NEUMOLOGÍA
PEDIÁTRICA
Comité de Neumología de la S.U.P.
«CAMEC» - ROSARIO – COLONIA

27 – 29 de noviembre
X CONGRESO DE LA SOCIEDAD LATINA DE CARDIOLOGÍA
PEDIÁTRICA
«Hotel Conrad» - PUNTA DEL ESTE – MALDONADO
info@personas.com.uy

2 – 5 de diciembre
VIII CONGRESO MUNDIAL DE SIDA E ITS
«Hotel Conrad» - PUNTA DEL ESTE – MALDONADO
info.congress@rohrrsa.com



Boletín Informativo

Octubre de 2003 - Organo Oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría - Vol. 11

Editor: Dr. Alvaro Galiana

Distribución gratuita a los Socios de la SUP - Br. Artigas 1550. Casilla 10906. Tel. 7091801 - Fax: 7085213.

Web: sup.org.uy - E-Mail: pedsoc@adinet.com.uy

Prohibida su reproducción total parcial salvo autorización expresa de la Comisión Directiva.

COMISION DIRECTIVA:

Pte.: Dra. Virginia Méndez. Vice Pte.: Dr. Alvaro Galiana. Scio.: Dr. Octavio Failache. Tesorero: Dra. Raquel Guariglia. Scia. Actas: Dra. Myrtha Foren. Vocales: Drs. Daniel Borbonet, Didier Laborde. Suplentes: Drs. Graciela Caballero, Yolanda Mascaró. Lugar de reunión: Centro Hospitalario Pereira Rossell. Sala de Reuniones: 1er. Piso.

Editorial

Transcurre setiembre, y tres son los temas que preocupan fuertemente a esta Comisión Directiva.

En primer término estamos inmersos en un conflicto laboral que sin lugar a dudas nos compromete a todos.

Los funcionarios de salud pública, así como los médicos del MSP enfrentan un duro conflicto con las autoridades del MSP por una recuperación salarial que sin dudas es justa e imprescindible. En este marco, y con relación a los pediatras, la SUP ha dispuesto su total apoyo al reclamo, y estamos desarrollando las herramientas necesarias para poder llevar adelante el conflicto, trabajando junto con el SMU, quienes desde el inicio del mismo nos han apoyado incondicionalmente. En tal sentido recientemente se ha estructurado la formación del núcleo de base del Hospital Pereira Rossell, herramienta necesaria para la lógica coordinación de todos los médicos que trabajamos en áreas tan diferentes dentro del hospital. Al momento de escribir estas líneas, desconocemos cual será el resultado final de las negociaciones, pero no dudamos en afirmar que en lo que a compromiso gremial atañe, hemos avanzado en términos cualitativos en forma sustancial.

El segundo punto que nos preocupa y queremos informar a los colegas es en relación a nuestro compromiso de que "El Pediatra es el Médico de cabecera del niño y adolescente" y su rol en el equipo médico en el primer nivel de atención. Les informamos las actividades realizadas hasta el momento: dada la definición del M.S.P. de implantar estrategias para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud y la planificación de la Red Asistencial de ASSE, se solicitó entrevista a las autoridades a los efectos de entregar personalmente nota que aporta nuestra posición. El miércoles 6 de agosto, en la reunión científica mensual de la S.U.P., se abordó el tema sobre el rol del pediatra, en una actividad donde participaron autoridades institucionales (M.S.P., Facultad de Medicina, I.M.M., etc.) junto a muchos compañeros pediatras. En este encuentro surge la importancia de fortalecer el primer nivel de atención, la presencia del pediatra en todos los niveles y equipos de salud donde se atiendan niños y adolescentes, así como lograr una adecuada interinstitucionalidad, que permita mejorar la utilización de recursos, tanto materiales como humanos. Previo al inicio del conflicto de público conocimiento, nos contactamos con ASSE, a efectos de intercambiar opiniones para la elaboración de la planificación de la Red Asistencial. Mas adelante en este boletín se transcribe la carta enviada recientemente al Dr. Paolillo (ASSE) acerca de este tema.

Por último, queremos recordar a todos los colegas que continúan los preparativos para celebrar, el próximo 24 de setiembre, el DIA DEL PEDIATRA, como lo anunciáramos en el boletín anterior. Es nuestra intención que este DIA DEL PEDIATRA no pase desapercibido para ningún colega, y se retome la vieja costumbre de honrar al Maestro de la Pediatría Nacional, el Profesor Luis Morquío.

En las siguientes páginas se informa con todos los detalles las actividades a desarrollar el 24 de setiembre, que finalizarán en la noche con un encuentro de distensión, donde esperamos estar TODOS reunidos, demostrando que aún en los momentos mas difíciles somos capaces de unirnos frateralmente.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Sociedad Uruguaya de Pediatría - Comité de Educación Médica Continua

CALENDARIO DE ACTIVIDADES**TALLER: «DIABETES EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE»**

Fecha límite de inscripción

Montevideo - sábado 15 de noviembre - 08:00 a 12:30 - 17 octubre

TALLER: «FALLA DE CRECIMIENTO. TALLA BAJA»

Fecha límite de inscripción

Montevideo - viernes 14 de noviembre - 16:00 a 20:00 - 17 octubre

San José - Sábado 29 de Noviembre - 08:30 a 13:15 - 6 noviembre

INSCRIPCIONES

Sociedad Uruguaya de Pediatría, 1er piso Hospital Pereira Rossell, tel/fax 7091801/7085213, pedsoc@adinet.com.uy.

COSTO: SOCIOS \$U 400 / NO SOCIOS \$U 800

Es imprescindible presentarse con 15 minutos de antelación al inicio de la actividad a efectos de acreditarse y retirar material de trabajo; el taller comienza estrictamente a la hora estipulada.

EL ROL DEL PEDIATRA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Comité de Atención Primaria de la SUP, recientemente ha difundido un documento sobre las políticas e indicadores de salud en la infancia, en el primer nivel de atención.

Creemos importante complementar dicho trabajo, con la exposición de algunos argumentos, que a nuestro juicio, reafirman la necesidad del pediatra en el primer nivel de salud.

1) Formamos parte de un equipo de salud, que debe conocer su población, sus fortalezas, sus problemas, e identificar la accesibilidad y utilización del sector.

No es posible organizar solo equipos móviles, salvo para situaciones de crisis.

El primer nivel fuerte, estable y con trabajo interdisciplinario y dentro de un sistema público de referencias y contrarreferencias claras no puede diferirse.

Destacamos el esfuerzo de los pioneros, entre ellos muchos pediatras, pero es momento de enfrentar vigorosamente la «infantilización de la pobreza que crece» y es con salud, vivienda y educación combinadas que se combate.

2) Apoyamos el compromiso social con programas de promoción, prevención y protección de la salud, asociados a la participación comunitaria. Jerarquizamos el conocimiento de los factores socioeconómicos, legales, ambientales y culturales que influyen en el cuidado de la salud.

3) Destacamos la valoración de resultados e impacto en la salud y satisfacción social.

4) Los niños y adolescentes uruguayos tienen derecho a la asistencia sanitaria integral adecuada, con el recurso humano preparado para su atención, el pediatra, que por supuesto tiene que seguir mejorando su preparación mediante la educación continua.

La atención de los niños por parte del pediatra es actualmente y desde hace bastante tiempo una elección unánime de las familias uruguayas ¿Por qué discriminar a las familias pobres o atendidas en la salud pública?

Tal como afirma la Sociedad Brasileña de Pediatría: «no es ético brindar a las elites todos los avances médicos modernos y para las clases menos favorecidas las soluciones que simplifican y economizan costos...»

¿Quién debe atender al niño uruguayo? Nuestra respuesta ha sido invariable: lo debe atender el más capacitado, el más competente !!!

Afirmamos y exigimos para el niño uruguayo la excelencia como único parámetro. Lo hacemos amparados en la Carta de las Naciones Unidas:

Art. 24 «... las Naciones deben esforzarse en asegurar que ningún niño sea privado del acceso a los más altos niveles logrados en Salud...»

Las horas de formación de los pediatras con un entrenamiento controlado y evaluado periódicamente (horas presenciales y curriculares), son 6.000 (seis mil) cuando es a través de la Residencia pediátrica y 3.000 (tres mil) cuando es por el Postgrado sin Residencia. Esta capacitación la brinda gratuitamente y con esfuerzo, la sociedad uruguaya desde de la Facultad de Medicina-Universidad de la República y ha sido evaluada por sus resultados.

5) ¿Faltan, escasean los pediatras?

¿Hay suficientes pediatras para el Uruguay?

Para contestar es imprescindible referir datos numéricos y efectuar comparaciones. Uruguay tiene 34 pediatras por 100.000 (cien mil) habitantes. Esta cifra es superior en mucho a la mayoría de los países europeos (Suecia 13 - España 19 - Francia 22) y sólo nos supera Grecia con 35.

El Dr. Emilio Boggiano (Sociedad Argentina de Pediatría) manifestaba recientemente «Los grandes déficits sanitarios, no son solamente responsabilidad de los médicos, sino de un sistema injusto que no ha podido brindar una asistencia organizada e igualitaria». En épocas de confusión debe resaltarse lo obvio.

La pregunta sobre quien tiene que atender a un niño tiene una sola respuesta a cualquier nivel de la población que lo requiera. El médico pediatra es indudablemente el médico de cabecera de niños y adolescentes y está fuertemente aceptado en el colectivo nacional.

¿Por qué no se le puede dar a los niños una buena calidad de atención sanitaria con pediatras? Son los que más han sufrido el subdesarrollo en los grupos pobres. En Uruguay se habló mucho de Atención Primaria de Salud y sin embargo no se supo acompañar a los pioneros con Políticas de Estado en APS !!

Comité de Pediatría Social y Atención Primaria de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Prof. Adj. Dra. Norma Ricciardi

Es un documento médico-legal de gran importancia en diversos ámbitos.

En el jurídico tiene repercusión en lo Civil ya que con él se da por realmente fallecida a una persona pudiendo darla de baja del Registro Civil y de los padrones electorales. En el ámbito Penal porque en las muertes violentas o sospechosas el Médico Forense, luego de la autopsia, puede orientar hacia la etiología médico-legal.

Tiene repercusión sanitaria porque es imprescindible para poder inhumar el cadáver.

Y tiene valor estadístico ya que el M.S.P. elabora índices de morbimortalidad que sirven para conocer el estado sanitario del país y para elaborar planes en políticas de salud.

Reglamento para los Certificados de Defunción (Julio 31/89 - ex Consejo de Higiene Pública)

1°.- Los facultativos quedan obligados a expedir el certificado de defunción de toda persona afectada de enfermedad aguda que está bajo su asistencia médica, cuando entre el fallecimiento de aquella y la última visita, medie un intervalo que no sea mayor de veinticuatro horas.

2°.- Si la muerte ha sido causada por enfermedad crónica, la obligación de expedir el certificado, subsiste aún cuando hubieran transcurrido siete días entre el fallecimiento y la última visita facultativa.

3°.- Los facultativos quedan relevados de la obligación contenida en los artículos precedentes, siempre que, entre la última visita del médico y el fallecimiento del enfermo, haya mediado la asistencia de persona no autorizada.

4°.- El facultativo deberá negarse a cumplir lo preceptuado en los artículos 1° y 2°, cuando tenga sospechas o motivos que puedan inducirlo a creer en la existencia de algún crimen; debiendo en este caso, informar a la Jefatura de Policía.

5°.- Queda absolutamente prohibido a los facultativos prestarse a extender certificados de defunción de enfermos muertos sin asistencia médica o en tratamiento por personas no autorizadas para ejercer la profesión en el país.

El artículo 1° habla de un plazo máximo de 24 horas para enfermedad aguda, no es un plazo mínimo. Esto quiere decir que si estamos viendo un paciente con un edema agudo de pulmón, una arritmia, una sepsis y se muere a los 3 minutos, a las 2 horas, 15 horas o hasta 24 horas, tengo la obligación de firmarlo.

El artículo 2° se refiere a una enfermedad crónica y el plazo máximo entre nuestra visita y la muerte es de 7 días. Nuestra obligación existe aunque haya pasado 24 horas, 72 horas o hasta la semana.

El artículo 3° que se refiere a personas no autorizadas y nos releva de firmar, por la época de este reglamento, se refiere a todo aquel que no es médico. Un practicante que actúa por una orden médica es persona autorizada.

La duda puede surgir cuando en una enfermedad crónica se presenta una descompensación aguda u otra enfermedad aguda y es visto por un médico que no es el tratante. Si es una enfermedad aguda será este otro médico que debe firmar.

El artículo 4° impone el negarse a firmar cuando sospeche que existe un crimen. Este sustantivo CRIMEN no está definido en nuestra legislación. El Diccionario de la Lengua Española, lo define como delito grave por lo que podemos asimilarlo. Un delito grave que se relacione con la firma de este certificado implica una muerte de origen violento y ésta sólo puede ser el resultado de tres situaciones: homicidio, suicidio o accidente. Un médico puede tener muy clara la causa «biológica» de la muerte pero como tiene una proyección jurídica donde el Juez será quien deba definir el tipo de violencia, necesita del especialista que le de los elementos que surjan de la autopsia.

El artículo 5° prohíbe firmar en las muertes sin asistencia ya que también pueden corresponder a una muerte violenta.

CONVENIO S.U.P.-A.N.E.P. UN EJEMPLO DE INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD.

El 12 de agosto pasado se celebró una reunión entre la Comisión Directiva de la SUP y la Dirección General de la ANEP, en la cual se convino que la SUP se obliga a prestar asistencia técnica al Consejo de Educación Primaria en la formación, capacitación y desarrollo profesional del Maestro para la promoción y prevención de salud. Esta actividad se llevará a cabo por intermedio de talleres que se realizarán dos veces al año, y asesoría en conductas a adoptar frente a problemas de salud de los niños en las escuelas.

Por su parte, el Consejo de Educación Primaria se obliga a prestar enseñanza escolar a niños con internaciones prolongadas en hospitales del M.S.P., evitando de esta manera repetición del año que cursen por faltas por enfermedad.

Este convenio permite mejorar aunque sea en parte esos momentos tan difíciles para los niños que por sus patologías tienen que permanecer períodos de tiempo prolongados en los hospitales del MSP, y por otro lado se enmarca dentro de una política general de esta C.D., de ampliar los horizontes de la SUP, promoviendo la inserción de la SUP en la sociedad para la solución de los problemas de salud de sus niños.

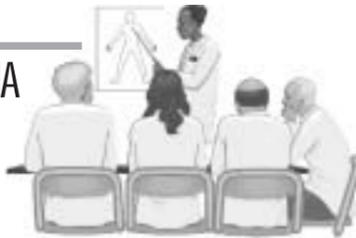
Adelante pues.

dos especialidades: la complementación. Los Residentes de Pediatría que, en algunos casos ya son R2, aportan sus conocimientos especializados; los de Medicina Familiar aportan una visión más integral y un conocimiento más sistematizado sobre la familia y su funcionamiento. Esta colaboración y complementación redundan, en definitiva, en una mejor atención del niño y su familia.

¿La respuesta a la polémica despertada, no será que ambos deben trabajar en equipo en el primer nivel? ¿Debemos seguir pensando en médicos que actúan, en el primer nivel de atención, como solistas o debemos pensar en equipos orquestados, donde naturalmente, deben estar otros integrantes del equipo de salud? Desde hace pocos meses se han integrado los Residentes de Medicina Familiar a los consultorios periféricos de gineco-obstetricia y ya están planificando

con los ginecólogos atención en grupos y actividades que no veíamos desarrollar por estos especialistas excepto cuando actuamos en equipo con ellos y docentes de otras disciplinas en el viejo Programa Docente en Comunidad. Parecería que se abre un camino de cooperación en el primer nivel de atención que, a nuestro entender es novedoso y prometedor. Prometedor, en el sentido de que el discurso por todos repetido, de la necesidad de fortalecimiento del primer nivel, deje de ser una consigna vacua (y a veces producto de un doble discurso) y se concrete en el manejo cotidiano de los problemas a que nos enfrentan quienes solicitan nuestra atención y nos encuentran en el primer nivel de acceso al sistema de salud.

Dr. Tito Pais



REUNIONES CIENTÍFICAS DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA

5 de NOVIEMBRE

COMITÉ DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
Prevención y tratamiento de estreñimiento funcional

3 de DICIEMBRE

COMITÉ DE NUTRICIÓN
Nutrición Pre-Escolar y Escolar

segunda y última parte...

Resumen de Sesión Científica del día 4 de junio del año en curso sobre "Certificados que firma el Pediatra ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Qué? Departamento de Medicina Legal"

Certificados

CERTIFICADOS MÉDICOS

Asist. Dra. Rosana Manikowski

Un documento es un objeto representativo de un acto humano. El documento médico legal es aquel documento mediante el cual el médico expresa actos o hechos inherentes a su profesión, con importancia legal.

Los documentos médico legales son: la historia clínica, los certificados, las recetas y los informes. En esta oportunidad nos referiremos a los certificados médicos.

La palabra certificado proviene del latín *certificatio* que significa cierto, seguro. Jurídicamente, certificar significa dar fe de la veracidad de un hecho. Desde el punto de vista médico legal, un certificado es un documento escrito referente a un hecho clínico que el médico ha comprobado personalmente, en el ejercicio de su profesión. Presentan importancia legal, ya que su valor probatorio es mayor al del testimonio oral.

Los mismos pueden extenderse a pedido de parte (particular involucrado) pudiendo ser éste el propio paciente o un familiar. O, por así exigirlo disposiciones sanitarias nacionales.

La normativa legal con respecto a las certificaciones se encuentra en el Código Penal Uruguayo en el artículo 241 (Certificación falsa por un funcionario público), artículo 242 (Falsificación o alteración de certificados) y artículo 243 (Uso de un documento o de un certificado falso, público o privado).

La normativa ética, en el Código de Ética Médica se encuentra en el artículo 19, donde se establece que la emisión de un informe falso o certificado por complacencia constituye una falta grave; y en el artículo 22, que refiere que el secreto profesional debe respetarse aun en la redacción de los certificados médicos con carácter de documento público, quedando el médico liberado de esta responsabilidad si el paciente se lo solicita o lo consiente explícitamente.

Transcribimos carta enviada a ASSE, por ROL DEL PEDIATRA

Montevideo, 14 de julio de 2003
Dr. Elbio Paolillo
Director Planificación Negociación
y Evaluación de A.S.S.E.
PRESENTE

Ref. 894/CD/mr

De nuestra mayor consideración:

La Sociedad Uruguaya de Pediatría apoya todos los esfuerzos tendientes a implementar un primer nivel de atención organizado y fortalecido, que brinde respuestas reales a las necesidades de la salud de la comunidad. Para avanzar hacia un cambio en el modelo de atención es fundamental aplicar políticas de salud que den prioridades a la equidad de la población en acceder a una asistencia digna, por lo cual el primer nivel debe ser accesible, integral y tener la capacidad de resolver localmente la mayoría de las situaciones clínicas planteadas. Consideramos prioritario, dentro de las políticas de salud a desarrollarse, sumar esfuerzos para lograr acciones interinstitucionales (M.S.P., Universidad de la República, Facultad de Medicina, Intendencias Municipales, B.P.S., Hosp. Policial, Hosp. Militar, ONG, etc.), con el objetivo de obtener una utilización más adecuada de los recursos humanos y materiales, sin superponer esfuerzos.

Estas acciones deben tener como fin común, lograr mejorar la calidad de asistencia de la población infantil toda, sin excluidos del sistema de salud. Todos debemos asumir el compromiso en que estas políticas no estén asignadas por intereses institucionales, políticos o económicos, logrando aplicar programas que se mantengan en el tiempo, permitiendo evaluar el impacto de las acciones realizadas, promoviendo la utilización de sistemas de registros únicos (historia pediátrica y carné pediátrico) que faciliten la aplicación de indicadores. Proponemos la conformación de equipos de salud interdisciplinarios, asignándoles un área geográfica definida, siendo responsable de un grupo de población preestablecida que permita tener un diagnóstico de salud de su área de influencia y mantener un adecuado sistema de referencia-contrareferencia si requiere de otro nivel asistencial. Como S.U.P., nos preocupa que en la propuesta del M.S.P. se instrumente el primer nivel de atención, dividiéndole en niveles de gestión del 1 al 3, donde **no está incluido el pediatra como responsable del control del niño sano, asignándosele un rol como visitante para el niño con alguna patología.**

La S.U.P. considera que el pediatra es el profesional más capacitado para controlar al niño sano y con patología, por lo cual manifiesta que es imprescindible que integre todos los equipos que se dedican a esta tarea, trabajando en forma conjunta con el médico generalista, ya que la relación pediatra-población infantil en nuestro país es muy satisfactoria. Esto expone a sectores más vulnerables de la población a una asistencia de menor calidad, zonas del país donde las tasas de mortalidad infantil son sensiblemente mayores.

El Uruguay ya ha invertido mucho tiempo y dinero en formar un elevado número de pediatras (esto diferencia a Uruguay de muchos otros países subdesarrollados y también desarrollados, que forman pocos pediatras).

Creemos que el no incluirlos en el nivel 1 de gestión sería dilapidar recursos humanos ya capacitados en detrimento de la calidad de atención. Sin la implementación de un sistema de salud donde el primer nivel de atención sea «una puerta de entrada que asegure un amplio acceso y recepción a los problemas de salud, intervención personalizada, equidad y alta resolutivez, nunca tendremos sistemas públicos sociales legitimados.» (Baranchuc, N. Medicina siglo XXI).

Si creemos que los países «caminan con los pies de sus niños», vale apostar, en función de esperanza, por un mundo de niños sanos, libres, felices, no en el de tantos niños «invisibles» de hoy que siguen esperando a la vera de todos los caminos, el pleno goce de sus derechos sino amaneciendo donde todos los niños sean al fin sujetos de derecho y los auténticos protagonistas de su destino (Prof. Dra. Irma Gentile). Finalmente consideramos que la S.U.P. está al más alto nivel técnico para realizar propuestas sobre políticas de salud e implementación de las mismas, motivo por el cual entendemos que los pediatras deben participar en la gestación e instrumentación de los mismos.

Dra. Virginia Méndez
Presidente

Dr. Octavio Failache
Secretario

Transcribimos carta del Dr. Elbio Paolillo, en respuesta a carta enviada por la S.U.P.

Montevideo, 4 de agosto de 2003.

A: DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN, NEGOCIACIÓN Y EVALUACIÓN

DE: DIVISIÓN PLANIFICACIÓN

Se eleva informe, con referencia a nota de Sociedad de Pediatría recibida con fecha 30 de julio próximo pasado. Respecto a los planteamientos realizados por dicha sociedad cabe puntualizar:

1. La orientación de los planteamientos realizados coincide en términos generales, con los objetivos estratégicos definidos por ASSE en los últimos años, en cuanto a:

* Promover un cambio en el Modelo de Atención. A cuyos efectos, entre otros, se ha elaborado una propuesta metodológica, para la planificación de la «Red Asistencial de ASSE» en todo el país, aprobada por Decreto 460/01 en diciembre del año 2001. La misma tiene como eje la población usuaria del sistema, con vistas a dar respuesta a sus necesidades de atención en la forma más adecuada, oportuna y eficiente posible.

* Definir e implementar estrategias para el Desarrollo de la Atención Primaria en Salud. En su marco, en los últimos meses, se ha avanzado en la difusión de la propuesta marco, en los contactos interinstitucionales, así como en el diseño preliminar de la organización a través de la cual ella se llevará a cabo. Paralelamente se ha iniciado el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional y la implementación de algunas de las bases organizacionales propuestas, en varios departamentos del país.

* Con relación al fortalecimiento de los equipos de salud del primer nivel de atención, se encuentra en proceso la incorporación de recursos humanos al mismo, en el marco de las posibilidades presupuestales existentes. Para ello se

ha priorizado la incorporación de personal de Enfermería (profesional y auxiliar), Nutricionistas y Médicos (Generales y Pediatras), en Artigas, Salto, Rivera, Las Piedras, Pando Rincón de la Bolsa y Servicios de Salud de Asistencia Externa de Montevideo, entre otros.

* El modelo de planificación de la Red Asistencial de ASSE en el primer Nivel de Atención, prevé la presencia del Médico Pediatra, dado que se trata de una especialidad básica para la atención en el mismo. La diferenciación, a la interna de este nivel, de «3 escalones o niveles de gestión», se fundamenta en la cantidad de población y demanda estimada de servicios a cubrir. En relación a otros parámetros «se propone, en forma general una estructura organizativa y funcional mínima», por tratarse de una planificación estratégica y de alcance nacional. La modalidad de atención prevista, en algunos de estos niveles, a través de «profesionales visitantes como mínimo», se fundamenta también en la cantidad de la población potencialmente usuaria y demanda estimada independientemente de la disponibilidad del profesional, en forma permanente (con toda la carga horaria en el lugar) o visitante (con carga horaria compartida) las actividades a realizar deben responder al objetivo de atención de estos niveles que es «dar respuesta en forma programada a la mayor parte de las necesidades de la población de su área de responsabilidad directa, con acciones fundamentalmente de promoción y prevención...».

La implementación de la propuesta a nivel operativo deberá adaptarse a las características y necesidades particulares de la población a asistir, demanda estimada, oferta de servicios y recursos disponibles, así como distancia a unidades de referencia en el marco de la continuidad de la atención.

* De lo precedente expuesto, a nuestro entender, no surgen diferencias conceptuales sustanciales, entre los lineamientos de la planificación propuesta y los planteamientos de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. En este marco, consideramos que a los efectos de contribuir a la implementación de la propuesta en los distintos escenarios operativos del país, sería de interés contar con el aporte de la Sociedad, por ejemplo en:

1) definir y delimitar el rol de la especialidad en el proceso de atención a realizar por el equipo de salud en el primer nivel
2) contribuir a generar instrumentos operativos que contemplen objetivos, funciones y actividades de dicho rol (manejo de la práctica clínica, pautas de referencia y contrarreferencia, interrelaciones con otros integrantes de equipo, entre otros)

3) contribuir a definir instrumentos de evaluación de la gestión

Quedando a su disposición, saluda atentamente

Dra. Gloria Magnifico
División Planificación de Servicios ASSE

5/8/03 compartiendo lo informado; envíese copia a la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Dr. Elbio Paolillo, Dirección Planificación, Negociación y Evaluación ASSE

En respuesta a nota de Dr. Paolillo, transcribimos carta enviada de la Comisión Directiva de la SUP:

Montevideo, 29 de agosto de 2003.

Dr. Elbio Paolillo
Dirección Planificación, Negociación y Evaluación ASSE
PRESENTE

Ref.1015/CD/mr

De nuestra mayor consideración:

En respuesta a vuestra nota en relación al rol del pediatra en la planificación de la «Red Asistencial» y de acuerdo a lo conversado en la reunión realizada en el Anfiteatro Central del Centro Hospitalario Pereira Rossell, el 6 de agosto, con mucho gusto brindamos nuestro aporte en los siguientes puntos:

1) Definir y delimitar el rol de la especialidad en el proceso de atención a realizar por el equipo de salud en el primer nivel.

Consideramos que lo más adecuado para dar respuesta a esta inquietud, es transcribir la definición y objetivos de la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina, Universidad de la República, sobre la especialidad pediátrica.

«La Pediatría es la medicina del individuo en crecimiento y desarrollo. Incluye al niño desde su nacimiento hasta el fin de la adolescencia. Su campo de acción comprende al niño sano (promoción y prevención de salud) y la atención de sus problemas de salud en todos los niveles (ambulatorio, de urgencia y emergencia, internación) con acciones de recuperación y de rehabilitación».

El objetivo general del Programa del Curso de Postgrado de Pediatría es «formar pediatras capaces de proporcionar una atención global al niño y adolescente durante todo su período de crecimiento y desarrollo, que incluya la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, capaz de actuar en todos los niveles de atención, de trabajar en equipo, de continuar aprendiendo toda su vida (Desarrollo Profesional Médico Continuo) y de mantener un comportamiento ético acorde con la profesión que ha elegido y por el compromiso social que ha establecido como Universitario, comprometido con la realidad en que está inserto y ejerciendo en forma permanente la defensa de los derechos del niño y adolescente».

«Lograr que el pediatra incorpore conocimientos vinculados con la administración y los costos de las prestaciones de salud y que aprenda a racionalizar el uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos».

Basados en esta definición, es que afirmamos que el Pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente, por lo tanto debe integrar todos los equipos de salud responsable de la atención de los mismos.

2) Contribuir a generar instrumentos operativos que contemplen objetivos, funciones y actividades de dicho rol (manejo de la práctica clínica, pautas de referencia y contrarreferencia, interrelaciones con otros integrantes del equipo, entre otros).

Para la elaboración de instrumentos operativos, creemos que los diferentes comités de la S.U.P. pueden colaborar en el aporte de conocimientos que logren mejorar y unificar la práctica clínica en el primer nivel.

Recordamos que ya se está avanzando en el trabajo interinstitucional, se está instrumentando la utilización del carné pediátrico único para ser utilizado a nivel nacional. (M.S.P., B.P.S., I.M.M., Facultad de Medicina, etc.). Destacamos la importancia del manejo de registros únicos (carné e historias pediátricas), así como la responsabilidad en el uso de los mismos, facilitando la sistematización de la información.

Asimismo en el año 2001, se trabajó en grupos interinstitucionales (M.S.P., S.S.A.E., A.S.S.E., Dir. Control de Calidad, INAMEFA, Fac. de Medicina, Programa Docente en Comunidad, I.M.M., etc.) en la elaboración de protocolos de intervención recomendados para el control periódico del niño y adolescente.

Proponemos la formación de equipos básicos de salud, estables e interdisciplinarios incluido el pediatra, responsables de un área de población definida, lo que permitiría:

- Diagnóstico de salud del área de influencia.
- Mejorar accesibilidad del usuario al sistema de salud.
- Transformar el primer nivel en un lugar de alta resolutivez de la mayoría de las situaciones clínicas planteadas.
- Lograr que este equipo de salud sea la puerta de entrada al sistema de salud con adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

Creemos que para que funcione el primer nivel de atención se requiere el funcionamiento correcto simultáneo de los niveles 2 y 3, y que no es posible el funcionamiento aislado de ninguno de ellos.

Entendemos que uno de los factores que atentan contra una adecuada atención, es la falta de equipos de salud estables, que den continuidad en el seguimiento de crecimiento y desarrollo de cada niño, logrando una relación pediatra-niño núcleo familiar permanente en el tiempo, que brinde seguridad y estabilidad al usuario.

Consideramos que con los recursos humanos ya formados en nuestro país, esta propuesta es posible, si se logra una adecuada interinstitucionalidad, que permita optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales existentes.

Referente a la planificación de la Red Asistencial de A.S.S.E. en el primer nivel de atención creemos que los niveles de gestión 1,2,3, propuestos, se pueden implementar en 2 niveles:

-Nivel 1 (uniendo los niveles 1 y 2 propuestos): equipos básicos de salud, interdisciplinarios que incluyen al pediatra.

-Nivel 2 (nivel 3): Centros de Salud. En este nivel destacamos la presencia del Pediatra en el equipo de guardia.

3) Contribuir a definir instrumentos de evaluación de la gestión.

Como instrumento de evaluación de la gestión, se utilizarán indicadores de diferentes tipo, (por ej. de perfil epidemiológico, de patologías, etc.) Para poder aplicar indicadores, es imprescindible aplicar políticas de salud estables en el tiempo, no signadas por intereses institucionales, político partidarios, ni económicos, permitiendo entonces evaluar el impacto de las acciones implementadas.

Consideramos de gran importancia mantener este intercambio de opiniones ya iniciado para poder, entre todas las partes involucradas, elaborar la planificación de «Red Asistencial». Quedamos a vuestra disposición para una nueva reunión de trabajo.

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atentamente,

Dra. Virginia Méndez
Presidente

Dr. Octavio Failache
Secretario

RECIBIMOS Y PUBLICAMOS: Pediatras y Médicos de Familia ¿Antagonismo o complementación?

En los últimos años se ha desatado la polémica en el ámbito pediátrico acerca del papel del Médico de Familia en nuestro país y su relación con la Pediatría y la supuesta amenaza que la figura del Médico de Familia significaría para la función del Pediatra como médico de cabecera del niño y su familia.

La fuerte tradición de inserción de los temas sociales y referidos a la familia de la Pediatría uruguaya, ha determinado que siempre hubiera pediatras actuando en el primer nivel de atención. Este hecho no puede ser desconocido por quienes delinear políticas de salud.

Queremos relatar una experiencia que se está desarrollando en el primer nivel de atención donde se está dando, en una situación no planificada ni específicamente estructurada, una especial relación entre los Residentes de Pediatría y los Residentes de Medicina Familiar.

Debemos señalar que desde hace dos años los Residentes de Medicina Familiar, tienen sus pasantías del primer año estructuradas de tal forma que conviven en los Centros de Salud con los Residentes de Pediatría durante un semestre. Hay que señalar además que desde hace un año gracias al trabajo conjunto del Departamento de Docencia en Comunidad, la Escuela de Graduados y los jefes de Residentes de Medicina Familiar la Residencia y el curso de postgrado de esta especialidad está mucho mejor estructurado que cuando se decidió comenzar con esta nueva Residencia. Otro hecho a destacar es el entusiasmo y el compromiso que, en general, muestran los médicos que han optado por concursar en esta Residencia (pese a que por el momento las perspectivas laborales son más que inciertas).

Cual es, a nuestro entender, el resultado de la convivencia y la colaboración de los Residentes de las