



Sindicato
Médico del
Uruguay



CONVENCIÓN MÉDICA NACIONAL





CONVENCIÓN
MÉDICA
NACIONAL

Redacción: Genoveva Malcuori

Edición y Diseño: Hardcopy

Fotógrafos: Juan Capurro, Gustavo Caggiani

Coordinación General: Improfit

Índice

Editorial	Pág 7
Presentación de la 9na Convención Médica Nacional	Pág 9
Discurso de lanzamiento de la 9na Convención Médica Nacional. Dr Julio Trostchansky.....	Pág 37
GRUPO 1. De referencia: Mejora del modelo de la práctica en la atención médica.....	Pág 43
GRUPO 2. Actualización: Incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos humanos.....	Pág 59
GRUPO 3. Descentralización: La mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención	Pág 73
GRUPO 4. Relación médico/paciente: Elaborar y reportar de forma transparente el desempeño y resultados de la atención médica; dar mayor participación al usuario	Pág 87
Declaración final de la 9na Convención Médica Nacional	Pág 101
Cierre de la 9na Convención Médica Nacional. Dr Julio Trostchansky.....	Pág 111

Editorial

La publicación del noveno libro de la Convención Médica representa el estado vivo y la vigencia del planteo central de la misma: “Uruguay necesita medicina de calidad, discutámoslo”.

Nos encontramos hoy camino a la concreción de los aspectos centrales de los documentos que emanaron en la discusión de los miles de colegas que participaron en la Convención.

Muchos de los conceptos, de las definiciones y de los planteos de la 9na Convención, formaron parte de la agenda programática de discusión en materia de salud pública.

Las palabras durante la apertura manifestaron esa convocatoria a seguir discutiendo, a seguir intercambiando y a seguir concretando, diciendo lo que hay que decir y dejando de lado las obviedades.

Los uruguayos, sabedores de la construcción social que ha llevado a incorporar en nuestra identidad nacional el derecho a la salud, hoy no se conforman solamente con su accesibilidad y cobertura. Exigen, con razón, el acceso a la mejor salud posible, y la mejor cobertura en función de los recursos disponibles.

Para ello, adentrarnos en el concepto de calidad, implica recorrer el camino que molede la piedra bruta para lograr los objetivos que la sociedad exige y merece.

Los invito a recordar las palabras de la apertura y seguir arrojando luz a la discusión; porque lo que decimos cuenta y lo que no decimos también.

Dr. Julio Trostchansky

HACIA UNA MEDICINA DE CALIDAD

Como un espacio para la autocritica y la autoexigencia, así como un ámbito para asumir compromisos y fomentar la corresponsabilidad en materia de salud, fue pensada la 9ª Convención Médica Nacional, que tuvo como consigna “Uruguay necesita medicina de calidad”.

La actividad se desarrolló entre diciembre de 2013 y junio de 2014. Tras seis meses de investigación e intercambio profesional, se culminó con un plenario donde se acordaron medidas para mejorar la calidad de atención en el sistema de salud, las cuales fueron votadas por más de 500 médicos y médicas.

El proceso de trabajo fue abierto y ampliamente difundido, de manera que se involucró a profesionales de todo el país, de diversas especialidades y generaciones; autoridades y representantes de instituciones sanitarias del Estado y estudiantes del ámbito de la salud; al tiempo que también se hizo partícipe a la población en general.

“Lo que digas cuenta. Lo que no digas también”, se invitaba y se desafiaba en una de las pautas publicitarias que pudieron ser leídas en distintos medios de comunicación y soportes publicitarios ubicados en diversos espacios públicos durante el desarrollo de la Convención. Asimismo, se planteaba en las piezas “la decisión es tuya”, para que fuera imposible no generar compromiso con quien las leía.

Foros virtuales, encuentros presenciales como talleres, mesas redondas y jornadas técnicas, y debates a través de redes sociales como Twitter y Facebook, fueron algunas de las herramientas utilizadas para generar una amplia convocatoria y asegurarse la mayor participación e involucramiento posible, con el fin de enriquecer el producto final.

La difusión dio los resultados esperados, ya que durante los seis meses de trabajo que duró la Convención hubo más de 1200 participantes en quince eventos desarrollados en diversos puntos del país, 31.000 visitas en el sitio web institucional, se alcanzaron los 2600 seguidores en Facebook y 700 en Twitter. En tanto al plenario final concurrieron unas 500 personas, mientras que más de 1000 vieron el encuentro por internet, vía streaming.

Pero lo más destacado de la convocatoria fue que se invitaba al trabajo en conjunto, a la tarea compartida. Para ello se eligió el término “discutámoslo”; concepto con el que el presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Dr. Julio Trostchansky, comenzó su discurso de apertura, en nombre del Comité Convocante, durante el lanzamiento de la Convención Médica en la sala capitalina Hugo Balzo del Auditorio del Sodre, en diciembre de 2013.

En la oportunidad, el jerarca remarcó la importancia de intercambiar ideas y sumar aportes para mejorar el trabajo en el área de la salud: “Bienvenidos a la discusión. De eso se trata, de discutir juntos, todos, de construir, de elaborar, de analizar. De que cada uno

diga lo que tenga que decir. Se trata de sumar aportes, información, conocimientos, experiencias. Se trata de aprender juntos. Sí, de seguir aprendiendo. Se trata de animarnos a ser protagonistas. Se trata de no resignarnos”, reflexionó.

En sus palabras Trostchansky sostuvo que el proceso de trabajo sería como “un Himno a la Alegría” y “un canto a nuestra profesión”, para que se ejerza “orgullosos de nuestra responsabilidad con la vida”: himno de Beethoven que los participantes escucharon en la ceremonia de apertura de manera sorpresiva, cuando un grupo de cantantes líricos irrumpió con su voz en el foyer del Auditorio y deslumbró a los presentes.

Para reafirmar las mejoras que podrían implementarse a partir de los aportes que surgieran de la 9ª Convención Médica Nacional, en sus palabras, el presidente del SMU, recordó: “En nuestra Convención anterior (2004) sentamos las bases para la reforma de la salud y la creación del sistema Nacional Integrado de Salud. En ese contexto, la mayor parte de los planteos realizados fueron tomados por las autoridades. Logramos aportar y que muchos de nuestros aportes se convirtieran en políticas concretas”. Y agregó que sin embargo restaba “profundizar el proceso” de la reforma implementada en 2007.

Para reforzar la idea de que el trabajo entre colegas, durante la Convención, podía realizarse con alegría, en el lanzamiento primó la música y la creatividad. Además del coro ya mencionado, expuso el conferencista Ted y director de orquesta argentino Sergio Feferovich, quien hizo una presentación relacionando la composición musical con el proceso de discusión de ideas. En tanto, el cierre estuvo a cargo del grupo de percusión alternativa Latasónica, que se caracteriza por transformar los objetos de la vida cotidiana en instrumentos musicales.

Es de destacar que el compromiso de los profesionales de la salud con el sistema asistencial y la sociedad no es un aporte reciente, sino que data de mucho tiempo atrás. En 1939 tuvo lugar la primera Convención Médica Nacional, instancia que se consolidó con el objetivo de incidir en la política sanitaria del país a través de un proceso de análisis y elaboración de todo el colectivo médico.

Setenta y cinco años después de aquel primer llamado a reflexionar en conjunto, y luego de trabajar en distintas condiciones -incluso adversas puesto que la séptima Convención tuvo lugar en 1984 al final del período dictatorial- se efectuó una nueva convocatoria.

En la edición 2014 se partió del supuesto de que en el último quinquenio se logró una mayor accesibilidad al sistema de salud. Pero no se trata sólo de acceder sino de recibir la mejor atención. En este sentido los médicos se plantearon abordar el tema de la calidad asistencial, porque existe el convencimiento de que Uruguay cuenta con los recursos humanos, materiales y las posibilidades para hacer las cosas mejor de lo que las hace en la actualidad.

La Mesa Ejecutiva estuvo integrada por Julio Trostchansky, Gerardo Eguren, Jorge Torres y Néstor Campos.

En tanto, el Comité Convocante fue conformado por la Mesa Ejecutiva y por Miguel Fernández Galeano, Álvaro Medeiros, José Cuadro, Marta Moraes, Álvaro Dendi y Lucía Araújo.

En la Dirección General Operativa de la Convención participaron los médicos Daniel Gindel, Ignacio Olivera, Malena Passos, Julio Vignolo y el economista Federico Penino.

CON MÉTODO

Desde el inicio de la convocatoria los profesionales de distintas especialidades trabajaron con el objetivo de sentar las bases sobre cómo deberá ser la medicina de las próximas décadas para que sea de calidad, para esa tarea se dividieron en cuatro grupos. Cada uno abordó un eje temático central con el propósito de analizar y generar diversos insumos, y finalmente elaborar propuestas concretas.

El Grupo 1, cuyo tema principal fue la mejora del modelo de la práctica en la atención médica, fue coordinado por los doctores Gerardo Bruno y Arturo Briva. El Grupo 2, que se centró en el análisis de incorporación de nuevas estrategias a nivel de la formación de los recursos humanos, contó con la coordinación de los médicos Oscar Noboa y Álvaro Danza. Los responsables de coordinar el Grupo 3, abocado a elaborar propuestas sobre la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención, fueron los profesionales Martín Rebella y Ariel Pisano. El Grupo 4 fue coordinado por Alfredo Toledo y Álvaro Margolis, quienes concentraron los esfuerzos de los participantes en la discusión sobre el reporte transparente del desempeño y resultados de la atención médica, así como en la búsqueda de estrategias para dar mayor participación al usuario.

Para la labor desarrollada durante los seis meses de trabajo se dispuso de diversos insumos teóricos, como el asesoramiento del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina (IECS); institución que brindó asistencia en materia de referencias bibliográficas internacionales para ser tenidas en cuenta en la discusión, y que orientó el intercambio hacia la detección de los grandes bloques temáticos que finalmente fueron discutidos.

A partir del material bibliográfico evaluado se efectuaron recomendaciones que fueron sometidas a un panel Delphy, es decir, grupos de trabajo integrados por profesionales reconocidos en el ámbito de la salud, considerados idóneos para estudiar y evaluar las problemáticas definidas en los cuatro ejes principales. Una serie de afirmaciones y recomendaciones fueron evaluadas por los participantes, y los puntos en los que hubo menos consenso fueron sometidos a discusión en instancias presenciales, lo que generó una revisión de las opiniones y, en muchos casos, que espontáneamente las diferentes visiones se acercaran.

En forma paralela a los paneles Delphi se llevaron a cabo plenarios y talleres de discusión abiertos en distintos puntos del país. Instancias que enriquecieron las sugerencias médicas y sumaron aportes a los documentos finales.

Por otra parte, con el fin de tener una visión actualizada de las opiniones de los diversos actores vinculados al sistema de salud, el Comité Ejecutivo de la Convención, en conjunto con el IECS coordinó con la consultora Equipos Mori la realización de una encuesta médica nacional sobre los temas de la Convención, y una investigación cualitativa con académicos grado 4 y 5 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, así como a los usuarios del sistema.

La Encuesta Nacional a Médicos consistió en una pesquisa telefónica a una muestra de 400 profesionales de todo el país. Ésta se extrajo del Padrón Médico Nacional en función de tres variables de interés: edad, género y lugar de residencia (Montevideo e interior). En tanto, para las Entrevistas a Referentes Grado 4 y 5, se contactó a 22 profesionales y se indagó sobre las percepciones en la calidad de atención, mejoras en el modelo de la práctica en la atención médica, la incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos de excelencia en salud, las condiciones de trabajo, la transparencia en el reporte de resultados de la atención médica y la participación de los usuarios en la toma de decisiones.

Mientras que, para realizar la Encuesta Nacional de Hogares la consultora incorporó un bloque de preguntas en el monitor regular de Equipos Mori para conocer las percepciones de los ciudadanos sobre la calidad de la atención, la evaluación de los profesionales y de los centros de salud. La muestra fue de 700 casos en localidades de más de 10.000 habitantes, y tomó como referencia modelos internacionales de evaluación de la calidad de servicios de salud aportados por el IECS.

Las recomendaciones finales que surgieron de todo el intercambio fueron puestas a votación en el plenario final para su aprobación o modificación, en caso de que los concurrentes lo consideraran necesario. La mayoría fueron aprobadas con un alto porcentaje de consenso.

HOJA DE RUTA

El aspecto más destacado por los profesionales que participaron en la 9ª Convención Médica Nacional fue poner en agenda el tema de la calidad. Abordar el tema resulta prioritario para seguir avanzando en la Reforma de la Salud, porque ya no se trata de que los uruguayos accedan a consulta sino que la atención que allí reciban sea la mejor.

Para Julio Trostchansky, los meses de trabajo en los que hubo diversas instancias de intercambio, debate y reflexión conjunta, confirmaron “lo lejos que estamos de tener una medicina de excelencia en Uruguay, a pesar del enorme esfuerzo que todos los médicos realizamos todos los días en nuestros lugares de trabajo”. Así lo expresó en el acto

de cierre de la Convención. Y agregó: “Asumimos la responsabilidad de plantear esta alarma. Nos alarman las dificultades ineludibles y los problemas en salud si no se toman las decisiones que hay que tomar. Nos alarma que no se asuma en serio el desafío de la calidad, porque si no se asume esta exigencia de la calidad entonces tendremos que hacernos cargo de las consecuencias. Todos. En particular quienes no escuchen o no quieran escuchar. Si no cambiamos, nuestros padres, nosotros, nuestros hijos y nietos no van a acceder a una medicina basada en las mejores prácticas, validadas en base a evidencia, con estándares y resultados medibles, logrados con criterios de seguridad y de efectividad. No vamos a lograr calidad si seguimos haciendo lo mismo. Tenemos que cambiar”. Cambio que, en su opinión, será posible de concretar porque a lo largo del tiempo “hemos demostrado que somos capaces de mejorar”. Y explicó en su discurso: “Hace 10 años sufríamos dificultades mucho mayores en los traslados, en el acceso a medicamentos, en la disponibilidad de instrumental y tecnología adecuada, en la seguridad de contar con el personal de apoyo, en la disponibilidad de camas, en el tiempo de consulta. Hemos mejorado especialmente en la accesibilidad a un sistema integrado de salud. Hemos mejorado en una distribución más equitativa de los recursos. Vaya que hemos mejorado, pero estaríamos pecando de arrogantes, de ingenuos o de ignorantes si no asumiésemos que esas mejoras no alcanzan, y que no nos permiten ofrecer una medicina de la calidad que aspiramos, ni para los pacientes, ni para sus familiares, ni para nosotros como profesionales. Nos merecemos un sistema mucho mejor. No nos conforma la mejora. Solo nos conforma la calidad”.

Sostuvo que el resultado de lo que los médicos y el personal de la salud trabajaron durante la Convención es parte de una “hoja de ruta” y que “si no se avanza en este camino, nos hundimos pretendiendo salvarnos abrazados a logros del pasado que ya son derechos sin marcha atrás. Hay que seguir adelante. Hay que exigir mucho más. Hay que ser creativos. Hay que integrar conocimientos, miradas, aportes”.

Por su parte, el profesor Dr. Jorge Torres, presidente del Colegio Médico, valoró la convención como una apertura a un “amplio diálogo”, que debe ser de ahora en más “permanente”; siendo responsabilidad del propio colectivo mantenerlo vigente hasta la próxima Convención trabajando.

Para el profesional “lo más relevante es la inquietud hacia la calidad asistencial, atendiendo los derechos del paciente, cuyo bienestar es el objetivo fundamental de la medicina”, la cual surgió en un “complejo contexto histórico universal” en donde deben considerarse importantes cambios sucedidos en los últimos 50 años. “En las últimas 50 décadas los avances médicos dejaron una profunda huella en la historia universal que constituyen si no el principal, uno de los más distintivos de estos momentos”, indicó. Mencionó como ejemplos los registrados en materia de biotecnología, neurociencias, nanotecnologías, genómicas, el empleo de células madre y métodos de estudio, y tratamientos no invasivos.

A su vez, han ocurrido “cambios paradigmáticos positivos para el paciente”: el reconocimiento pleno de los derechos humanos en el marco de la salud, la autonomía del paciente en la toma de decisiones y el fin del paternalismo médico; al tiempo que ha ido decreciendo la autoridad del doctor frente al paciente, lo que exige a veces “más allá de lo posible, respuestas médicas”.

Asimismo, a nivel general, “esta fenomenal irrupción de conocimientos se da en la era de la comunicación global”.

En la lista de los hechos acontecidos en los últimos 50 años también contempló los cambios que son ajenos al terreno de la salud, como ser “los modelos económicos financieros dominantes que tienden a su mercantilización”. Existe una “globalización de la economía y el posicionamiento de los mercados en salud”. Sin embargo, las inequidades continúan sin resolverse adecuadamente.

Para el Prof. Torres la búsqueda que deben hacer los médicos, a partir de lo debatido en la Convención, tiene que apuntar a “establecer principios éticos más que económicos para la distribución de recursos en la salud”, así como a determinar “formas del derecho a la salud y la asistencia frente a las formas de las economías liberales”. Y debe orientarse hacia la creación de marcos normativos compartidos basados en la “pluralidad moral”, dirigidos a la “convivencia democrática en un marco de respeto y tolerancia”.

“La responsabilidad del colectivo médico frente al paciente y la sociedad es hacer realidad las propuestas de la Convención”, resumió.

El Dr. Néstor Campos consideró la Convención como un “punto de partida para empezar a trabajar”. Remarcó que históricamente las convenciones han sido de utilidad para motivar el trabajo en vistas a modificar la realidad, pero al tratarse de “construcciones culturales” la implementación de los cambios “lleva su tiempo”. En este sentido, no sólo los médicos deben vivir el proceso de transformación, sino que también la sociedad en su conjunto debe asimilarlos.

Concretamente sobre la 9ª Convención remarcó la descentralización mediante la utilización de medios alternativos, sobre todo las retransmisiones de las actividades vía streaming y la realización de jornadas técnicas efectuadas en el interior del país, lo que trajo aparejada una mayor participación de trabajadores del área de la salud.

Asimismo destacó, como aspecto fundamental de la Convención, que se haya puesto en la agenda la calidad asistencial, porque al igual que muchos profesionales opinaron, es un tema en el que “existe atraso”. Y sostuvo que el abordaje de la temática implica la consideración de varios aspectos, porque los estándares de calidad deben definirse en función del momento, el lugar y las características de la sociedad en la que se está desarrollando el proceso rumbo a una atención sanitaria de calidad. “Las buenas prácticas médicas se definen por el lugar y el tiempo”, acotó.

Específicamente sobre el abordaje de la asistencia de calidad, el profesional remarcó la necesidad de “normalizar procesos”: “Calidad viene del latín, *qualità*, y

se define de varias maneras según la RAE (Real Academia Española). En asistencia implica normalizar los procesos. Hacerlos con seguridad, eficacia y eficiencia para llegar a un buen puerto, de la mejor manera y con el menor gasto de los recursos”, detalló.

La definición del término ‘calidad’ y sus implicancias estuvo en más de una oportunidad arriba de la mesa durante los encuentros médicos; Campos dijo al respecto que a veces era necesario definir con exactitud de qué estaban hablando cuando se referían a ‘calidad’, para que todos compartieran los mismos conceptos y el análisis estuviera encaminado en una misma línea.

Para el ex subsecretario de Salud Pública e integrante del Comité Convocante, Miguel Fernández Galeano, las recomendaciones que surgieron de la Convención, también funcionan como “una hoja de ruta” para las autoridades de gobierno para la construcción de transformaciones. Y si bien “no son un programa de gobierno” sí deben ser tenidas en cuenta.

En relación al intercambio que se generó en el transcurso de los seis meses, remarcó como uno de los aspectos más importantes el hecho de que se haya identificado “el papel central de la calidad para profundizar la transformación del sistema de salud en Uruguay”. Y si bien indicó que ‘calidad’ es un “concepto abstracto”, quienes participaron en la convención fueron capaces de “desagregar los componentes que juntos y articulados conforman un diseño de calidad”.

El Dr. Fernández Galeano, quien participó de manera activa en las dos últimas convenciones médicas nacionales, sostuvo que éstas representan el “pensamiento médico global más allá de lo corporativo”. La diferencia que encontró entre la octava y la novena convención estuvo fundamentalmente en la metodología, ya que al incorporarse foros virtuales, teleconferencias y consultas públicas, entre otras herramientas, se generó una “amplia participación”.

Para el ex jerarca del MSP la convención dio sus frutos porque el gobierno dio “varias señales” en los anuncios realizados por la nueva gestión en materia de salud. El profesional resumió la consideración de las recomendaciones con humor: “Las convenciones estornudan y los gobierno se engripan”.

Además del hecho de haberse puesto el tema de la calidad asistencial en agenda, quienes participaron de la convención hicieron referencia a la convocatoria que se logró y la accesibilidad que se tuvo de los materiales que se fueron generando jornada tras jornada, pues a medida que transcurrían las actividades se disponía de éstos en forma *on line* a través de los sitios institucionales.

A este punto hizo referencia la Dra. Malena Passos, quien integró la Dirección General Operativa de la Convención. Remarcó la gran concurrencia y la convocatoria que se logró atrayendo a médicos que en otras instancias de participación abierta “nunca antes se habían acercado”.

Para la profesional el encuentro dejó en evidencia que “a los médicos nos interesa opinar sobre la profesión”. Y añadió: “Uno tiene la sensación de que como médico te quedás corto si sólo te dedicás al ejercicio de la profesión en sí y no ves un poco más allá, y decís ¿cómo podíamos hacer esto mejor?”

Enfatizó que la labor médica no es individual puesto que se depende de todo un sistema, por lo que no basta con que el doctor atienda bien a su paciente en el consultorio. Es necesario que todo el proceso asistencial se cumpla “en forma adecuada”. “Desde que uno pide que un estudio se haga en tiempo, que te lo hagan en lugares confiables, que los resultados te lleguen en forma adecuada, que vos puedas medir los resultados. O sea, todo el proceso asistencial tiene que cumplir con una serie de cosas que van más allá de la buena voluntad del profesional”.

La Dra. Passos destacó no sólo el involucramiento de los participantes en la Convención, también se refirió al “compromiso” de los médicos, y sostuvo que la única manera que tiene el colectivo de que las cosas se intenten llevar a cabo de la mejor manera posible, es expresando su visión. “Existe un compromiso social de los médicos”, no dudó en afirmar.

La discusión médica sobre calidad asistencial no pasó desapercibida para las autoridades nacionales del momento. El presidente de la República, José Mujica, concurrió al plenario final y allí remarcó el intercambio generado entre los profesionales. Sostuvo que el gremio médico tiene “una importancia capital” porque “no existe un valor más importante arriba de la tierra que la vida”. Y agregó: “todo lo demás resulta secundario, y estar vivo es un milagro que nos concede la naturaleza”.

Se refirió a las contradicciones que existen en la sociedad actual con la prolongación de la vida humana en unos 40 años en promedio gracias al avance tecnológico, el consumo desmedido que lleva a querer “ganar más para tener más”, y el estado de ánimo de los uruguayos. En su tarea los médicos no son ajenos a esa realidad, por lo que su rol es de relevancia. “Lo de ustedes es una cosa muy importante porque monitorean el dolor, la angustia” y por ello “viven momentos de quebranto (...) Y si no pueden arreglar los problemas que tienen, por lo menos reciban un abrazo de corazón de un viejo luchador social que no es presidente de ocasión sino que es una especie de Quijote en un tiempo que no hay más lugar para los quijotes”, concluyó.

Tras los seis meses de reflexión, debate e intercambio de ideas y propuestas, los médicos que participaron de la 9ª Convención Médica Nacional plasmaron sus ideas centrales y las metas establecidas para lograr una medicina de calidad en un documento único que fue validado por amplísimas mayorías en cada una de sus recomendaciones durante el plenario final, mediante un innovador sistema de votación por sms. Todas esas recomendaciones fueron presentadas en el transcurso de la campaña electoral 2014 a los candidatos presidenciables y a sus equipos técnicos. Una vez que asumió el nuevo gobierno, liderado por el Presidente Dr. Tabaré Vázquez, presentaron el material al

Ministro de Salud Pública Jorge Basso. El encuentro tuvo lugar el 3 de marzo, a 24 horas de asumir el cargo.

Cuando recibió el documento en la sede del SMU, Basso manifestó que el nuevo ministerio “va a hacer mucho énfasis en la calidad de atención”. Y aclaró: “Cuando hablamos de calidad hablamos de calidad en el proceso de atención. De cómo construir un sistema justamente que ponga en la lupa la calidad de atención. Para eso habrá que construir un conjunto de indicadores, un sistema de información que dé cuenta de sus indicadores y trabajar muy fuertemente con los prestadores tanto públicos como privados”.

El Ministro detalló que el concepto de ‘calidad’ hace referencia a “muchas cosas” entre las que puntualizó “la humanización en la relación médico-paciente” y el “uso adecuado de los recursos existentes” para evitar “cualquier tipo de despilfarro”.

DECLARACIÓN FINAL

Desde que en 1936 se impulsara la idea de un “Congreso Médico Nacional”, y que tres años después se desarrollara la Primera Convención Médica Nacional, han pasado 78 años y ocho Convenciones Médicas, constituyendo un legado fundamental para seguir avanzando en el desarrollo de la atención médica en nuestro país.

Las Convenciones han sido una fuerza promotora de cambios, generadoras de encuentros de todos los médicos del país para debatir aspectos sustanciales de la medicina nacional, en un ámbito de libertad y democracia, constructoras de las grandes líneas de pensamiento de la medicina en Uruguay.

La 8ª Convención abordó tres ejes temáticos centrales: el sistema de salud, el trabajo médico y la ética médica, sentando las bases y dando el impulso necesario para el diseño e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, para la reforma del trabajo médico que estamos transitando y para consolidar la idea de la creación del Colegio Médico Nacional, para que luego el gremio médico lograra su aprobación definitiva en el Parlamento Nacional.

A partir del 2008, Uruguay se encuentra transitando profundos cambios en el sector salud. Se han logrado generar condiciones necesarias pero no suficientes aún para un salto cualitativo en la calidad asistencial. Pese al esfuerzo diario de los profesionales médicos, el resto del equipo de salud en su actividad profesional, y el país en su conjunto, corremos el riesgo de ahondar el rezago en términos de calidad lo que, a nuestro juicio, podría hacer retroceder los importantes avances del proceso de reforma.

La transformación del sistema de salud en Uruguay, con la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud, estuvo orientado a lograr un acceso equitativo a los servicios integrales y exigibles que se necesitan a lo largo de la vida, con los máximos estándares de calidad y teniendo en cuenta su sostenibilidad.

Reducir las inequidades sanitarias aún existentes en el país resulta complejo a la luz de la realidad epidemiológica y demográfica. La coexistencia de las enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes, las socialmente transmisibles a través de pautas de conducta; la violencia, incluida la de género, el aumento de la esperanza de vida, y la urbanización, requieren de respuestas innovadoras de los sistemas y servicios de salud.

A estos efectos resulta imperioso agregar enfoques de seguridad y calidad. Hoy no basta solo con accesibilidad a la salud, sino que se impone acceder a una oferta que se sustente con resultados clínicos medibles y comparables, tanto a nivel local como internacional, con el objetivo de la equiparación con los mejores estándares existentes.

Se impone también la incorporación de prácticas e indicadores que garanticen que el usuario sea el centro de las políticas sanitarias. En este sentido, en los últimos años se han llevado adelante múltiples esfuerzos entre el colectivo médico, la Academia y las autoridades nacionales.

La 9ª Convención Médica Nacional, lanzada el 3 de diciembre de 2013, aborda como temática central de análisis la calidad asistencial desde cuatro dominios principales: prácticas clínicas orientadas a la mejora de la calidad de atención, formación de recursos humanos de calidad, cambios en el trabajo médico y el ejercicio profesional para la mejora de la calidad, y la elaboración y reporte de forma transparente del desempeño y resultados de la atención médica, así como la participación del usuario en el sistema de salud.

Se promovió la participación de todo el colectivo médico por diferentes vías, a través de nuevas instancias generadas especialmente por la Convención y los mecanismos de las instituciones que colaboraron en el proceso.

Para este trabajo, se integraron como insumos para la discusión los resultados de una nueva encuesta médica nacional, de un estudio de opinión pública y de un estudio cualitativo con profesores grado 4 y 5 de la Facultad de Medicina. Además de la participación de 1200 colegas en las diferentes actividades y la apertura de diversas plataformas electrónicas (Foros, Facebook y Twitter) con miles de participantes. Se realizaron cuatro grupos de expertos que involucraron a 76 profesionales de las diferentes especialidades y ámbitos de trabajo, en la construcción de consensos sobre los ejes temáticos. En todo este proceso se contó con el apoyo de un equipo de expertos internacionales para nutrir el debate con el respaldo académico y la acumulación internacional en el tema de la calidad.

EN RELACIÓN A LOS CUATRO EJES TEMÁTICOS, SE PLANTEÓ:

1- Mejora del modelo de práctica en la atención médica

La mejora de la calidad de los servicios de salud se dirige a desarrollar modelos de atención que cumplan con los aspectos de accesibilidad, seguridad, oportunidad, eficien-

cia y enfoque en el paciente. Según se desprende de la encuesta médica nacional, solo el 25% de los médicos evalúan como 'muy buena' la atención que reciben sus pacientes, lo que nos obliga como profesionales médicos con alto grado de compromiso social a buscar estrategias para mejorar la calidad de la atención.

Además, es necesario evaluar estas estrategias desde el punto de vista del talento humano en los aspectos del impacto en la cultura organizacional de las instituciones, cambio de conducta profesional y rediseño de los procesos.

La coordinación de la atención entre los distintos niveles, en particular optimizando la relación entre el primer nivel y los siguientes, articulados a través de redes integradas de servicios sanitarios y el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud; la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que optimicen la participación, transparencia y proactividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para optimizar la práctica médica.

2-Incorporación de nuevas estrategias a nivel de la formación de recursos humanos de excelencia

La formación de especialistas en nuestro país a través del Programa Nacional de Residencias Médicas tiene fortalezas, pero también múltiples debilidades: forma de financiamiento y diseño jurídico, dedicación no exclusiva, debilidades vinculadas a programas académicos, centralización en el sector público y concentrado en la capital del país, problemas en la acreditación de los servicios para lograr estándares académicos mínimos, entre otros.

Según datos de la encuesta médica sólo el 10% de los médicos considera que la formación de postgrado logra estándares de excelencia.

Existe desde la creación del Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), actualmente liderado por el Colegio Médico del Uruguay, un impulso al desarrollo profesional médico continuo y un reconocimiento de la necesidad de avanzar en la recertificación profesional. El 84% de los médicos encuestados opinaron que la recertificación profesional es necesaria o imprescindible, sin embargo, aún no se ha logrado avanzar sistemáticamente en ese aspecto y en programas de desarrollo profesional médico continuo.

El Hospital Universitario, herramienta fundamental para la formación de recursos humanos y del desarrollo de la investigación clínica, sufre un deterioro extremo que conspira contra la formación de excelencia y la investigación.

La reformulación del Programa Nacional de Residencias Médicas orientado a la mejora de la calidad de la formación, el desarrollo de un programa nacional de recertificación médica, la reconversión del Hospital de Clínicas y la formación de una red nacional

de hospitales públicos acreditados para cumplir funciones universitarias, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, son reformas impostergables para avanzar hacia la formación de recursos humanos de excelencia.

3-Optimización de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención

La falta de planificación de las necesidades de recursos humanos y la actual organización del trabajo médico en nuestro país son factores determinantes en los problemas de dotación existentes, conspirando contra un ejercicio profesional adecuado y debilitando la autonomía.

El multiempleo constituye uno de los principales obstáculos a la mejora de las condiciones del ejercicio profesional. El 58% de los médicos considera que impacta ‘bastante’ o ‘mucho’ en la calidad asistencial; el 96% opina que lo ideal sería trabajar en uno o dos lugares; pero casi el 60% de los médicos actualmente tiene tres o más trabajos.

En línea con la reformulación del Programa Nacional de Residencias Médicas, la planificación de las necesidades de recursos humanos en el país; la universalización de las Residencias Médicas convirtiéndolas en la vía principal de acceso al trabajo médico, y el desarrollo de incentivos financieros y no financieros para la radicación de profesionales, particularmente en el interior y zonas rurales, son herramientas centrales para abordar los problemas de número, distribución y formación de recursos.

La concentración del trabajo médico, una de cuyas herramientas es la creación de cargos de alta dedicación en todas las especialidades, como modelo antagónico al multiempleo, es condición necesaria para la mejora del ejercicio médico, debiendo garantizarse con el gremio médico, los efectores y la autoridad sanitaria, las condiciones necesarias para una práctica profesional adecuada.

4- Transparencia en el reporte de resultados de la atención médica y rol del usuario en el sistema de salud

La informatización de las organizaciones sanitarias, particularmente en las áreas clínicas, ha avanzado progresivamente en los últimos años, lo que posibilita los cambios culturales para la incorporación de las nuevas herramientas. Actualmente sólo el 27% de los médicos evalúan como ‘buena’ o ‘muy buena’ la calidad de los registros en la historia clínica de los pacientes, y el 49% tiene una visión crítica de la utilidad y pertinencia de los registros exigidos.

Al mismo tiempo, la falta de coordinación a nivel nacional ha dificultado la interoperabilidad de los sistemas entre sí o el reporte unificado de resultados.

A nivel internacional se avanza hacia una mayor transparencia en la publicación de resultados de las instituciones de salud, y Uruguay no es una excepción en esta temática.

Sin embargo, existe una ausencia importante de indicadores clínicos y de gestión relevantes en este tipo de reportes de la autoridad sanitaria.

Es imprescindible obtener información confiable y oportuna, utilizando los recursos que brindan las tecnologías de la información y la comunicación, para construir medidas de calidad e indicadores para evaluar el desempeño y la efectividad de las organizaciones de salud que forman parte del sistema sanitario. La publicación de dichos indicadores, ayudaría a la toma de decisiones tanto a las autoridades sanitarias como a los profesionales, instituciones de salud y muy especialmente a los usuarios, promoviendo la mejora de la calidad asistencial, en un marco de co-responsabilidad.

A partir de lo expuesto, los médicos reunidos en la 9ª Convención Médica Nacional, renovaron su compromiso con la superación de la medicina nacional y la salud de la población y, por tanto, asumieron la responsabilidad de impulsar ante las autoridades nacionales las recomendaciones orientadas a la mejora de la calidad de atención médica.

PROCESO PARTICIPATIVO

Desde antes de que fuera inaugurada la Convención se contó con el aporte de los profesionales del IECS, institución académica argentina independiente afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, abocada, entre otras cosas, a la cooperación técnica en salud. La decisión de trabajar con el Instituto estuvo motivada por la necesidad de elaborar recomendaciones médicas que al final de un proceso fueran votadas de manera democrática por los participantes, y que fueran tenidas en cuenta por las autoridades sanitarias.

En primera instancia se definieron los temas y los subtemas a partir de los cuales se trabajaría. Una vez establecidos éstos, los coordinadores del IECS aportaron información bibliográfica sobre los asuntos a tratar. El Dr. Ezequiel García Elorrio, director del Departamento de Calidad de Atención Médica y Seguridad del Paciente del IECS, detalló que se revisó literatura científica pero también la denominada “literatura gris”; es decir, la que se encuentra disponible en libros, internet o que circula en congresos, que no se publica en revistas científicas pero que igualmente muchas veces es tenida en cuenta. En base a la información recabada se generaron recomendaciones sobre cómo mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Aproximadamente 80 recomendaciones surgieron de los cuatro grupos de trabajo. Éstas fueron sometidas a paneles Delphi, integrados por profesionales interesados en las distintas áreas de los cuatro dominios abordados: mejora del modelo de la práctica en la atención médica; incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos humanos; mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención; elaborar y reportar de forma transparente el desempeño y resultados de la atención médica, así como dar mayor participación al usuario.

LOS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS DELPHI FUERON

GRUPO 1:

Dr. Pablo Suaya, Dr. Asdrubal Silveri, Dr. Juan Alonso Bao, Dr. Mario Cancela, Dr. Martín Harguindeguy, Dr. Juan Barcia, Dra. Lucía Delgado, Dr. Ariel Montalbán, Dra. Catalina Pérez, Dr. Ricardo Lluberas, Dr. Bernardo Aizen, Dr. Raúl Gabus, Dr. Enrique Soto, Dr. Luis Cazaban, Dr. Ernesto Perez Penco, Dr. Eduardo Wilson, Dr. Henry Cohen, Dr. Francisco Cópola.

GRUPO 2:

Dr. Carlo Tarabocchia, Dr. Roberto Puente, Dr. Oscar Balboa, Dr. Eduardo Olivera, Dr. Gastón Garcés, Dr. Mario Llorens, Dra. Gladys Lejbusiewics, Dr. Gustavo Giacchetto, Dra. Liliana Gadola, Dr. Gilberto Ríos, Dr. Leonardo Sosa, Dr. Neder Beyhaut, Dr. Enrique Méndez, Dr. Luis Dabezies, Dr. Humberto Correa Rivero, Dr. César Canessa, Dr. Fernando Bazzino Rubio, Dr. Arturo Altuna, Dra. Rosana Gambogi, Dr. Niso Gateño

GRUPO 3:

Dr. Pedro Zurmendi, Dr. Bernardo Alonso, Dr. Horacio Rodríguez Dulcini, Dr. Alejandro Cuesta, Dr. Juan Riva, Dr. Alejandro Cuneo, Dr. David Miller, Dr. Marcos Pintos, Dr. Álvaro Zipitría, Dra. Ana Fraga Affonso, Dr. Enrique Viñuela, Dra. Mabel Goñi, Dr. José Luis Rodríguez, Dr. Javier Hurtado, Dr. Eugenio Petit, Dra. Alicia Soca Abella, Dr. Fernando González, Dr. José Minarrieta, Dr. Walter Pérez, Dr. Álvaro Huarte, Dr. Julio Braidá

GRUPO 4:

Dr. Francisco González, Dra. Mónica Pujadas, Dr. Luis Ruso, Dr. Hugo Rodríguez, Dr. Carlos Dufrechou, Dra. Silvia Mato, Dr. Washington Bermúdez, Dra. Alicia Ferreira, Dra. Beatriz Silva, Dr. Juan Gil, Dr. Oscar Gianneo, Dra. Graciela Fernández, Dr. Alberto Deicas, Dra. Cecilia Idiarte Borda, Dr. Homero Bagnulo, Dr. José Luis Díaz Rossello, Dr. Ricardo Acuña

Quienes integraron los cuatro grupos Delphi calificaron las premisas teniendo en cuenta su trascendencia para el sistema uruguayo, si eran factibles de implementar o no, y si conllevaban una oportunidad de mejorar la calidad de atención. Se votó en una escala numérica del 1 al 9, y en los casos en que hubo discordancia entre los participantes de los grupos, las recomendaciones fueron sometidas a una discusión presencial con el fin de debatir lo pertinente o no de las calificaciones. Así los profesionales volvían a votar y, en general, se resolvieron las discordancias y las opiniones se acercaron. Finalmente

fueron llevadas al plenario aquellas recomendaciones que no tuvieron disenso entre los integrantes del grupo y que tuvieron al menos 6 o 7 de calificación.

El Dr. García Elorrio explicó que cada grupo presentó un “set de recomendaciones”, las cuales fueron aprobadas con “un método muy interesante”, que fue el voto electrónico *on line*. “Se generó un set de recomendaciones que si bien no expresa ninguna verdad revelada, cuentan con una consistencia técnica por la fuente que tienen. Además tiene cierta predictibilidad en cuanto a su aplicabilidad, porque fueron consensuadas a través de un grupo Delphi y tienen la virtud de haber sido votadas muy democráticamente”, indicó.

Paralelamente, los coordinadores de los grupos de trabajo organizaron actividades abiertas con el fin de obtener más insumos que enriquecieran la justificación de las recomendaciones. Éstas se caracterizaron por ser participativas y por la descentralización, puesto que hubo más de 1200 personas en quince eventos desarrollados en distintos lugares, muchos de los cuales fueron retransmitidos vía internet, o los videos se pusieron posteriormente a disposición en el sitio www.convencionmedica.org.uy

CALENDARIO DE EVENTOS REALIZADOS:

Lanzamiento de la Convención en Sala Hugo Balzo del Auditorio del Sodre, 3/12/2013.

Lanzamiento del G1 en el SMU, 12/3/2014.

Lanzamiento del G3 en Femi, 19/3/2014.

Evento de lanzamiento del G2 en Facultad de Medicina, 24/3/2014.

Evento de lanzamiento del G4 en Hospital Pereira Rossell, 27/3/2014.

Reunión con integrantes de Grupos Delphi, 9 y 10 de abril de 2014.

Evento: Residencias médicas y recertificación en Centro regional de UdelAR en Salto, 3/5/2014.

Taller de trabajo con los médicos con Cargos de Alta Dedicación en MSP, 14/5/2014.

Evento en el SMU sobre Centros de Referencia, 14/5/2014.

Conferencia del Dr. Carnicero (España) sobre Historia Clínica Electrónica en SMU, 17/5/2014.

Videoconferencia del Dr. Biller (U.S.A.) sobre recertificación en Hotel Sheraton, 27/5/2014.

Mesa redonda sobre Historia Clínica Electrónica y sobre rol de los usuarios en SMU, 27/5/2014.

Evento sobre Cargos de Alta Dedicación con las instituciones en local de FEMI, 28/5/2014.

Conferencia de la Dra. Gonzalo (España) sobre acreditación por competencias profesionales, 29/5/2014.

Evento en el Hospital de Clínicas sobre el futuro del Hospital, 30/5/2014.

Conferencia del Dr. Astolfo Franco (Colombia) en Kibón, 6/6/2014.

Plenario final en Kibón, 6 y 7 de junio de 2014.

EN NÚMEROS

Tanto en las instancias de trabajo abiertas como en los grupos Delphi se tuvieron en cuenta las encuestas realizadas para la ocasión a finales de 2013. Médicos, profesores grado 4 y 5 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y usuarios, fueron consultados sobre el tema. El director del Departamento de Calidad de Atención Médica y Seguridad del Paciente del IECS valoró los sondeos como insumos “muy importantes para alinear las recomendaciones con los intereses de los profesionales”. Asimismo, destacó que “probablemente haya sido uno de los estudios con más muestreo en el país que se hizo sobre calidad médica del punto de vista de los usuarios” ya que “es muy probable que existan evaluaciones a nivel de instituciones públicas o privadas, pero no a nivel global”.

Puntualmente sobre las entrevistas a los expertos, el Dr. García Elorrio, detalló que éstas aportaron mucha información sobre cuán apropiadas o no eran las recomendaciones, y permitieron asegurarse que no se omitiera nada que fuera importante para la comunidad médica y para el país en general.

Sobre el aporte global de las encuestas, especificó que no surgieron nuevos dominios pero sí se dio lugar para nuevos subtemas.

ESPEJO

Sólo 25% de los médicos que respondió la Encuesta Nacional a Médicos, en noviembre de 2013, valoró como “muy buena” la calidad de atención que reciben sus pacientes. Para la mayoría de los profesionales (62%) la calidad es “buena”, mientras que únicamente el 3% la calificó como “mala”; al tiempo que 13% no la consideró “ni buena ni mala”.

La muestra de 400 casos seleccionada para el estudio estuvo integrada por 58% de mujeres y 42% de hombres. El lugar de residencia del 68% de los profesionales que respondieron el formulario en forma telefónica fue de Montevideo, mientras que el 32% restante vivía en el interior del país en el momento en que se efectuó el estudio.

Otra característica de las personas encuestadas es que 86% tenía como mínimo dos empleos, y 64% se desempeñaba en el ámbito público y privado.

En la encuesta los aspectos mejores, evaluados de la práctica médica, fueron el acceso a las técnicas diagnósticas necesarias y el acceso a la terapéutica requerida, 64% y 65% respectivamente. Otro ítem que fue valorado en forma positiva fue la posibilidad de tomar decisiones de forma independiente. El 57% calificó este punto como “bueno” o “muy bueno”.

Las opiniones se dividieron al momento de hablar de las condiciones necesarias para establecer una relación adecuada entre el médico y el paciente o con la familia, ya que 51% consideró este aspecto como “bueno” o “muy bueno”, y el resto lo calificó de manera menos favorable.

Por otra parte, las críticas comenzaron a hacerse más evidentes cuando se hizo referencia al acceso de los pacientes a las interconsultas que el profesional considera necesarias (47% las valoró en forma positiva); a los tiempos de realizaciones de las intervenciones más relevantes de la especialidad del médico consultado (45% la calificó como “buena o muy buena”); a las condiciones que eviten daño prevenible al paciente (51% las juzgó en forma negativa), y al tiempo de atención directa al paciente (53% fue crítico).

La falta de coordinación de recursos es uno de los aspectos que los médicos juzgaron como una limitante para ofrecer una atención integral de calidad. En total siete de cada diez indicaron que es “muy mala”, “mala” o “ni buena ni mala”.

También fueron críticos con la disponibilidad de protocolos o guías de atención institucionales y con el grado de aplicación de los protocolos existentes. El 64% cuestionó la falta de éstos y 58% reprobó su aplicación.

Específicamente sobre la formación médica 84% de los consultados estuvo de acuerdo en que la recertificación periódica es “necesaria” o “imprescindible” como mecanismo para mejorar la práctica médica, y sólo para el 4% es “poco necesaria” y para el 6% resulta “prescindible”.

Pero los profesionales cuestionaron las posibilidades de formación existentes en el país, y más aún la instrucción en calidad de asistencia. El 73% de los médicos juzgó en forma negativa la formación en temas específicos relacionados con la calidad asistencial en la carrera. En tanto un 50% valoró negativamente la formación médica continua a la que se accede. Donde sí existen opiniones prácticamente divididas es en la formación de posgrados que se ofrece actualmente en las especialidades de los médicos consultados; 52% respondió en forma negativa y 46% lo hizo en forma positiva.

Al preguntarles sobre las horas dedicadas a la actualización en temas médicos a través de lecturas técnicas, asistencia a cursos o actividades científicas, el grueso de los encuestados respondió que destina de 10 a 20 horas mensuales (40%). El 15% dedica 40 horas al mes, 21% entre 20 y 40 horas, y 22% menos de 10 horas. La actualización es pareja entre médicos menores de 45, entre 45 y 55 años, y los mayores de 55. Donde sí se evidencian diferencias es entre hombres y mujeres, ya que los médicos destinan más horas del mes a la formación que las médicas.

Concretamente sobre la participación en eventos científicos, más del 90% lo hizo en al menos uno en los últimos dos años, en el país o en el exterior. El 34% participó en más de cinco actividades científicas, 36% en tres o cuatro, y 22% lo hizo en una o dos. La participación en este tipo de iniciativas es bastante pareja entre los profesionales que residen en la capital y el interior del país; aunque fuera de Montevideo la mayoría lo hizo en promedio entre una y cuatro veces, y el 23% en más de cinco. En la capital el porcentaje de participación en más de cinco propuestas asciende a 39.

La dedicación a la investigación clínica es bastante más reducida que la actuación en temas médicos. El 61% no dedica ninguna hora al mes, 19% menos de 10 horas y 14% entre 10 y 20 horas. Sólo el 7% supera las 20 horas. A su vez, en el interior del país es menor la dedicación a este tipo de investigación que la que se da en Montevideo.

Al momento de ser consultados sobre el grado de impacto que tiene la investigación clínica que se realiza en el país, un 70% consideró que no tiene “ningún impacto”, que es “bajo” y que no es “ni alto ni bajo”.

Al hablar sobre las condiciones de trabajo es de destacar que más de la mitad de los médicos (54%), tiene entre dos y tres empleos. Al tiempo que un tercio de los encuestados cuenta con cuatro o cinco trabajos, y sólo 14% tiene un solo empleo. No obstante, la mayoría (60%) considera que lo ideal sería tener un trabajo. Para el 36% la situación ideal es de dos empleos y sólo el 3% consideró como deseable tener más de dos trabajos.

Para el 58% de los profesionales consultados la cantidad de lugares en los que trabajan impacta en la calidad médica. Y para un porcentaje mayor (69%) la cantidad total de horas de trabajo también incide. Una cifra similar (68%) considera que el número de pacientes que el profesional atiende por hora también determina la calidad asistencial. En tanto, en uno de los puntos que existe más acuerdo sobre el impacto en la actividad médica (72%) es en la cantidad de horas continuas de trabajo, así como en “el soporte institucional con el que se cuenta para resolver situaciones complejas”. El 75% estuvo de acuerdo con éste punto, mientras que para el 41% éste aspecto “impacta mucho”, para el 34% “impacta bastante”.

De las remuneraciones y beneficios percibidos por el trabajo, 53% de los médicos respondió que está “bien” o “muy bien”. Para un 20% la paga es “mala” o “muy mala”. Las principales diferencias se dan en materia de género ya que 64% de los varones opinó que su sueldo está “bien” o “muy bien”, mientras que 45% de las mujeres respondió igual. También surgen diferencias en función del lugar de residencia. Para los médicos de la capital la remuneración tiende a ser peor que para los del interior.

Un aspecto positivo que surge de la encuesta es que si los profesionales pudieran volver a empezar sus estudios, 80% elegiría la misma profesión, y prácticamente el mismo porcentaje volvería a optar por la especialidad médica en la que actualmente se desempeña. Elección que tomarían a pesar de que 65% considera que su trabajo es estresante. En tanto, el 37% dijo sentirse “emocionalmente agotado”, “con frecuencia” o “siempre” (indicador que ha ido en aumento si se tiene en cuenta la encuesta realizada en 2007 por el SMU donde 24% manifestaba sentirse de manera similar).

Al momento de indagar sobre los sistemas de registros de información, los médicos expresaron voluntad de aumentar la cantidad de registros, especialmente si esto mejora la calidad de atención. De lo que existe hasta el momento, la evaluación que los profesionales hacen es que la calidad de los registros en la historia clínica es juzgada

de forma crítica por un 72%. No obstante, 48% sostiene que los registros exigidos en la actualidad son de utilidad. Pero sólo un 19% dice que la información generada está disponible.

En relación a este tema, quienes manifiestan más disposición de aumentar la cantidad de registros si mejora la calidad en la atención, son los médicos menores de 45 años y los que residen en el interior del país.

La presentación de los datos por parte de la consultora al Comité Convocante, a la Dirección General Operativa y a los coordinadores de los grupos, fue en un contexto de largas jornadas de trabajo, en las que se intentó que no se escapara ningún detalle.

Sobre la puesta a punto de lo recabado, Ignacio Zuasnabar, Director de Opinión Pública de Equipos Mori, y Julia Acosta, directora de Desarrollo Social de la consultora, explicaron que algunos de los datos obtenidos en la Encuesta Nacional Médica sobre las condiciones de trabajo de los profesionales pudieron ser comparados con estudios anteriores efectuados por el SMU. Sí se sumó información sobre otros aspectos como la calidad asistencial, la formación de grado y posgrado de los médicos, la recertificación, y el tiempo destinado a la actualización profesional, entre otros. Temas que fueron abordados durante la Convención.

Un detalle que surgió de la metodología utilizada fue que en las preguntas donde el número de repuestas “ni bien, ni mal” era elevado, se llamó nuevamente a algunas de las personas que respondieron de manera neutral para profundizar en su respuesta e indagar si su opinión tendía más hacia lo negativo o hacia lo positivo. Lo mismo en los casos en que la mayoría calificó con el número 3 un aspecto de la pesquisa en una escala que iba del 1 al 5.

Zuasnabar detalló que académicamente a nivel internacional existe una discusión metodológica sobre si se debe mantener la escala intermedia o no. “Nosotros preferimos mantenerla, si no, lo que hacés es forzar algo que no está presente así en la población”, indicó.

Cuando en una pregunta la mayoría de las respuestas están en un punto medio, para los consultores se tiene “algo muy valioso” porque “la opinión de las personas se compone de múltiples dimensiones, y alguien, por ejemplo, puede ponderar siete dimensiones como buenas y una mala, pero capaz ocurre que la dimensión negativa para esa persona es muy importante y vale más que todo el resto a la hora de realizar un juicio global”. “Por supuesto que nos resulta más fácil ver el mundo en términos de blanco y negro pero la realidad social es más compleja que blanco y negro”, apuntó el director de Opinión Pública.

LA VOZ DE LA EXPERIENCIA

ENTREVISTAS A REFERENTES GRADO 4 Y 5 DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Para los expertos consultados son varios los motivos que hacen que la calidad de la atención sanitaria se caracterice por ser “variable”, “intermedia”, y que contenga “cosas buenas y cosas malas” a la vez, y fundamentalmente “muchas cosas mejorables”.

Un “menor compromiso con la profesión”; la “formación” que reciben los profesionales debido a la calidad de los hospitales en los que se educa; el “multiempleo” y las “condiciones laborales”; la “sobrecarga de algunas instituciones” a consecuencia de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); la “dispersión del conocimiento”, ya que “no todos los médicos hacen todo, a la vez que hay una reticencia a la especialización”; el desconocimiento del paciente de una manera “integral”; así como la “falta de comunicación” entre los diferentes niveles de atención y la “falta de sensibilidad” por parte de los prestadores del servicio; son las variables que determinan la calidad de atención para la muestra de médicos seleccionada. Ésta fue de 22 casos, de los cuales dos no pudieron ser contactados y otros dos no pudieron participar por problemas de tiempo.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre el 29 de noviembre y 26 de diciembre de 2013.

La pauta del cuestionario, elaborada en conjunto con los convocantes a la Convención y la consultora, buscaba responder aspectos vinculados a las percepciones sobre calidad de atención, a mejoras en el modelo de práctica en la atención médica, la incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos de excelencia en salud, condiciones de trabajo de los profesionales del sector y la transparencia en el reporte de resultados de atención médica, así como la participación de los usuarios en la toma de decisiones.

La directora de Desarrollo Social de Equipos Mori remarcó que la pesquisa sobre opinión se trata de entrevistas a profesionales considerados informantes calificados, y con los resultados se apunta a conocer las percepciones de un sector específico. Pero es una técnica cualitativa a partir de la cual no se puede generalizar a nivel de la población.

A modo de recomendaciones para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, los catedráticos sugirieron que deben llevarse a cabo acciones destinadas a los distintos actores involucrados en el sistema; es decir, médicos, gestores y usuarios. Específicamente hablando de los médicos, plantearon la necesidad de una actualización continua. “Al saberse evaluado hay mejora”, valoraron como ventaja. Pero el inconveniente que surge es quién es responsable de la evaluación porque, entre otras opiniones, se planteó: “acá es difícil porque todos se conocen”. A su vez, los profesionales consideraron que hay que dar garantías a los que serán evaluados y especificar cuáles son los resultados esperados.

Por otra parte, los académicos propusieron la delimitación de roles, redefiniendo las competencias de cada especialidad y la concentración del trabajo en una sola institución

para generar un mayor compromiso, aunque reconocen que esto último podría causar resistencias por parte de algunos médicos que prefieran trabajar en varios lugares. “Una regulación sobre el multiempleo sería devastador, los médicos sentirían que les están metiendo las manos en el bolsillo”, argumentaron algunos.

No obstante, en este punto, existen diferencias generacionales entre los profesionales; hubo quien señaló que los médicos más jóvenes “están mostrando que prima la calidad de vida antes de que el multiempleo”.

A nivel más global proponen que los usuarios y proveedores también reciban formación. Asimismo, entre otras cosas, apuntan a que exista un mayor control estatal a los funcionarios públicos; que el sistema de salud esté realmente basado en la atención primaria, lo que implica un fortalecimiento y la optimización de los recursos; y el desarrollo de un sistema de acreditación institucional.

En relación a las instituciones médicas, los profesionales sostienen que “disponer de información sobre la relación entre dotación de personal y niveles de calidad de atención” sería “positivo”. Entre otras cosas, implicaría “el derecho del paciente para elegir”. Pero en la actualidad existen problemas con las fuentes de información, puesto que “son varias”, al tiempo que “los registros poco confiables debido a las características del multiempleo y la rotación se vuelve complejo para poder establecer números confiables”, indicaron.

En el discurso de los profesionales consultados se insiste con el “compromiso, la fidelización y el involucramiento de los médicos con la institución” para mejorar la calidad. Sin embargo, no hay consenso sobre la forma en que deberían llevarse adelante algunas de las acciones propuestas para alcanzar esa fidelización. Y una de las iniciativas que genera menos consenso es la implementación únicamente de incentivos financieros. A modo de ejemplo, cuando se realizó la consulta sobre el tema hubo quien estuvo de acuerdo pero consideró que no sería suficiente: “Los incentivos deben ser económicos y no económicos”. Tienen un “efecto limitado” porque “no mejoran la calidad de atención al paciente, sí mejoran la satisfacción laboral parcialmente”, es una de las tantas opiniones que se escucharon.

Acosta explicó que una de las principales posibilidades que presenta este tipo de encuesta, con preguntas abiertas pero pautadas, es que da lugar al surgimiento de temas de interés para el colectivo que podían no estar siendo tenidos en cuenta. Igualmente, si bien se trabaja con preguntas abiertas, “vas encontrando patrones que se van repitiendo, ciertas regularidades”.

EN CONSULTA

ENCUESTA A USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD

Otro estudio realizado y utilizado como insumo para el intercambio médico, fue la Encuesta Nacional de Hogares de Equipos Mori. Se trata de una pesquisa a la población general, de alcance nacional, en la cual se incluyó un bloque de 34 preguntas específicas sobre calidad asistencial en salud al monitor regular de la consultora. De esta manera se pretendió dar cuenta de las percepciones de los ciudadanos sobre la calidad de atención, los diferentes aspectos que la componen, su importancia, la evaluación de los profesionales y de los centros de salud.

La muestra aleatoria fue de 700 casos, habiéndose trabajado con personas residentes en localidades de 10.000 y más habitantes. El margen de error fue de $\pm 3,7\%$ dentro de un intervalo de confianza del 95%. El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 29 de noviembre y el 12 de diciembre de 2013.

Para desarrollar la encuesta y la comparación de los datos obtenidos, se tomó como referencia los estudios CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Sondeo que se implementa en forma sistemática en Estados Unidos para relevar las opiniones de los usuarios respecto a sus experiencias con la atención de salud que reciben.

Al momento de indagar sobre los aspectos que más inciden en la calidad de atención, se observó en los usuarios un “considerable nivel de desconocimiento general sobre el tema”. Asimismo, se constató que lo vinculan a la “buena atención y trato del médico”, así como a su “capacidad técnica y sus conocimientos” y la “rapidez en la atención”.

De los usuarios encuestados, 40% respondió haber recibido atención médica en forma inmediata en una clínica, consultorio o emergencia médica en los últimos doce meses. Un 69% consiguió ser atendido tan pronto como creía que lo necesitaba. En tanto, 55% de los consultados había hecho alguna cita en clínica o consultorio médico, y dos tercios de éstos consiguieron ser atendidos tan pronto como creían necesitarlo. A su vez, de la mitad de los que indicaron haber recibido asistencia médica en el último año, un poco menos del 50% evaluó la atención de forma positiva.

Otro aspecto que reveló la encuesta a los usuarios fue que el 40% declara tener un doctor personal. Si se discrimina por género, las mujeres son las que más cuentan con uno: 49% contra 30% de los hombres. A su vez, aumenta entre los residentes de Montevideo: los mayores de 40 y los pacientes de sectores de nivel socioeconómico alto. Al respecto se valoró que comparativamente con los datos registrados en Estados Unidos se trata de una cifra “muy baja” de pacientes que cuentan con médico de cabecera. Sin embargo, se remarca que “existe un alto grado de conformidad respecto a la relación con su médico personal”.

Al momento de ser atendidos por médicos especialistas, 45% de los encuestados manifestó haber intentado hacer una cita con uno en el último año, y sólo al 36% le fue

“fácil” conseguirla. No obstante, un porcentaje un poco más elevado, 55%, juzgó de manera positiva la atención que recibió del médico especialista.

La calificación que los usuarios dieron a los centros de salud en los que se atienden se ubicó en general en valores positivos. Quienes se asisten en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) califican de manera más crítica a su centro frente a quienes lo hacen en instituciones privadas. La calificación también es significativamente más baja que la que hacen los usuarios norteamericanos del programa de seguros de salud que ofrece su gobierno para las personas de bajos recursos.

Consultados sobre los datos de desempeño que los centros de salud ofrecen a sus pacientes, un 68% respondió que “nunca” recibió esa información, y un 18% sólo “a veces”. No obstante, más del 50% consideró que recibir esa información “siempre” sería importante para elegir dónde atenderse.

Para los consultores, un punto trascendental de la encuesta de usuarios desarrollada es que queda como precedente, y que de aquí en más se puede implementar regularmente.

INDEPENDENCIA

El Dr. García Elorrio evaluó la 9ª Convención Médica Nacional como un proyecto “interesante” por “su diseño y el grado de participación del grupo profesional”. Detalló que los médicos tenían como consigna hacer recomendaciones que fueran “sólidas y útiles”, hecho que los motivó a trabajar y formar parte del proceso.

Sobre la reflexión de los médicos, el Dr. García Elorrio puntualizó: “Nosotros miramos con mucho respeto el desarrollo que claramente busca darle oportunidad a las recomendaciones, y que la aceptación no tenga que ver con la política, con la capacidad de influenciar que tiene la persona que hace la recomendación, sino con la solidez técnica y la justificación técnica que pueda implementarse (...) Fue un proceso que a nivel del cuerpo profesional yo nunca vi en ningún lugar de la región”.









**LANZAMIENTO DE LA NOVENA
CONVENCIÓN MÉDICA NACIONAL**

Discurso del Dr. Julio Trostchansky
Presidente del Sindicato Médico del Uruguay

Discutámoslo. Sí, discutámoslo juntos. Los que hemos podido estar hoy aquí, los que nos ven en vivo por internet o los que verán esto después en video. El desafío está planteado y es para todos los médicos. Sin importar su especialidad, su pertenencia a organizaciones o agrupaciones gremiales, su lugar de trabajo, su edad. Es para todos. Por eso agradezco especialmente a los presentes. Nos acompañan colegas que viven realidades bien diferentes. Agradecemos la presencia de la Ministra y autoridades del Ministerio, que tienen responsabilidades en la regulación del sistema; también a los colegas con responsabilidades en las instituciones prestadoras, públicas y privadas; a destacados colegas del ámbito académico, a colegas legisladores, a jefes de servicios y a colegas que trabajamos en todas las especialidades y formas posibles de ejercer la medicina. Bienvenidos a todos y gracias por estar. Como decía el video al principio: Bienvenidos a la discusión. De eso se trata, de discutir juntos, todos, de construir, de elaborar, de analizar. De que cada uno diga lo que tenga que decir. Se trata de sumar aportes, información, conocimientos, experiencias. Se trata de aprender juntos. Sí, de seguir aprendiendo. Se trata de animarnos a ser protagonistas. Se trata de no resignarnos. Como nos decía Feferovich respecto a la música, si no somos capaces de ensamblar los aportes de cada uno, estaremos haciendo ruido pudiendo hacer música. Y si no pensamos ideas que se adecuen al contexto, el resultado no sonará a nada. La Convención es una construcción colectiva. Es un proceso. Es un camino que debe encontrarnos más comprometidos que nunca con nuestra profesión. Es una buena oportunidad para recordar las motivaciones originales que cada uno de nosotros tuvo al elegir esta profesión. Muchas veces sentimos que debemos resignarnos a ejercer la medicina en condiciones que no son las deseables: (1) Que no podemos poner en práctica las técnicas diagnósticas o los tratamientos más avanzados. (2) Que no podemos mantenernos actualizados y que la producción de conocimiento y la investigación nos desborda, y que cuesta mucho mantenerse actualizados, pero sabemos que es una responsabilidad ética hacerlo. (3) Sentimos también que la realidad nos desborda, que no es posible hacer un seguimiento adecuado a los pacientes, que el tiempo que les dedicamos es siempre escaso, que trabajamos en demasiados lugares, y que el reconocimiento por ese esfuerzo no es suficiente. (4) Y cuando nos proponemos mejorar, vemos que la información para tomar decisiones muchas veces no es confiable, no está disponible oportunamente o directamente no existe. El proceso de la Convención es una oportunidad para terminar con las excusas. Para asumir un protagonismo mucho mayor con las condiciones en las que ejercemos nuestra profesión. No es una reivindicación. No es una queja, no es un proceso aburrido, largo, tedioso, gris y triste. Todo lo contrario. La 9ª Convención será como la 9ª Sinfonía de Beethoven con la que hoy los recibimos. Es un himno a la alegría. Es un canto a nuestra profesión. A ejercerla orgullosos de nuestra responsabilidad con la vida. Esto no es una

ambición. Es una realidad. Hace unos días en una de las tantas reuniones que hemos tenido estos días con colegas invitándolos a involucrarse en esto, una colega nos expresaba sus dudas respecto a la utilidad del proceso. Nos preguntaba si este esfuerzo no sería para elaborar documentos que después quedan en algún cajón olvidado. Nuestra respuesta fue tajante, y nos referimos para responderle a la 8ª Convención. En nuestra Convención anterior sentamos las bases para la reforma de la salud y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. En ese contexto, la mayor parte de los planteos realizados fueron tomados por las autoridades. Logramos aportar, y muchos de nuestros aportes se convirtieron en políticas concretas. En este sentido nuestro reconocimiento y agradecimiento a nuestros antecesores. Hoy tomamos su posta para profundizar el proceso. Se ha avanzado mucho, pero tampoco se trata de ser autocomplacientes cuando todos sabemos que falta mucho, y que los logros no han estado exentos de dificultades. Hay muchas cosas para seguir mejorando, y unos cuantos asuntos pendientes, diez años después. Pero precisamente para eso estamos acá, para actualizar aquella discusión y dar un nuevo paso adelante. Para seguir avanzando. Y en ese sentido es que hemos planteado el gran tema de la calidad asistencial, agrupado en estos cuatro puntos: 1) Cómo asegurarnos que estamos ejerciendo nuestra profesión y nuestras especialidades en base a las mejores prácticas asistenciales posibles. 2) Cómo mejoramos el proceso de formación de los profesionales y nuestra propia actualización de conocimientos, para asegurarnos y asegurarle a la población, que nos mantenemos actualizados. 3) Cuáles son las condiciones laborales necesarias para poder ejercer una medicina de calidad y cómo hacemos para lograrlas. 4) Y por último, qué información necesitamos nosotros, los usuarios, los prestadores y las autoridades para poder tomar decisiones y asumir todos nuestra salud desde la corresponsabilidad. Para este proceso contamos con diversos insumos. Hemos encomendado tres estudios a la empresa Equipos Mori, que en los próximos días ya estará presentando los primeros resultados: - Una nueva edición de la encuesta médica nacional, adaptada a los temas de la Convención, - un estudio cualitativo entre académicos, y -un estudio de opinión pública sobre el tema de la calidad en la salud, tal como es percibida por la población. Contamos también con la colaboración de un equipo de expertos que vienen trabajando en el tema de la calidad en toda la región. Pero estamos también convocando y organizando la participación de todos los médicos, ya sea en eventos presenciales a los que los iremos convocando, así como en discusiones en foros virtuales a través de una nueva plataforma tecnológica que se está desarrollando en conjunto con Antel, y también de otras formas de participación más espontánea, que valoramos y tendremos en cuenta en nuestros cuartos médicos, en los encuentros casuales o programados en ámbitos laborales, gremiales o académicos, incluso en las redes sociales, donde la Convención ya configuró sus perfiles tanto en Twitter como en Facebook. Estamos disponiendo todas las formas de difusión y de participación posibles para que nadie falte a la cita. Para que todos nos animemos a aportar, a ser protagonistas,

a pensar diferente. Estamos convencidos de que se puede ejercer la medicina con más calidad. Estamos convencidos de que en buena medida, eso depende de nosotros. Pero si hacemos las cosas del mismo modo que las venimos haciendo, conseguiremos los mismos resultados. Hay que animarse a pensar diferente, hay que abrir nuestras mentes a imaginar formas nuevas de resolver los problemas. Hay que dejar de lado las excusas. No es un tema solamente de recursos. Es un tema primero de recursos mentales y eso depende solo de nosotros. Hay que dejarse sacudir, hay que dejar que nos muevan el piso, hay que sacudirse viejas formas de pensar, hay que romper paradigmas, hay que poner creatividad, escucha, diálogo. Hay que ensamblar los sonidos que cada uno sea capaz de aportar, para construir música, para que el latido de los médicos se haga escuchar. Doy así por iniciado formalmente, en nombre del Comité Convocante, el proceso de la 9ª Convención Médica Nacional, los convoco a participar y a que el latido de nuestra profesión se haga escuchar. Muchas gracias.

DE REFERENCIA

GRUPO 1: **Mejora del modelo de la práctica en la atención médica**

PARTICIPANTES

Dr. Pablo Suaya, Dr. Asdrubal Silveri, Dr. Juan Alonso Bao, Dr. Mario Cancela,
Dr. Martín Harguindeguy, Dr. Juan Barcia, Dra. Lucía Delgado, Dr. Ariel Montalbán,
Dra. Catalina Pérez, Dr. Ricardo Lluberas, Dr. Bernardo Aizen, Dr. Raúl Gabus,
Dr. Enrique Soto, Dr. Luis Cazaban, Dr. Ernesto Perez Penco, Dr. Eduardo Wilson,
Dr. Henry Cohen y Dr. Francisco Cóppola.

El 12 de marzo de 2014 se presentó formalmente el trabajo del Grupo 1, cuyo eje central era la “Mejora del modelo de la práctica en la atención médica”. La actividad en la que se dieron a conocer los lineamientos de la discusión se desarrolló en la sede del SMU. Participaron unos 70 médicos de diversas especialidades y otros tantos pudieron ver la presentación en retransmisión vía streaming, en todo el país.

Esa noche los coordinadores del grupo, los doctores Arturo Briva y Gerardo Bruno, plantearon los desafíos que existen para lograr una mejora en el modelo de atención, fomentando la complementariedad de servicios para aprovechar al máximo los recursos existentes. En forma resumida el Dr. Bruno explicó: “El objetivo de esta Convención es despertar el pensamiento crítico, constructivo, de un tema difícil de abordar”. Y añadió que “Calidad en medicina es un tema difícil por la complejidad, tiene muchas facetas; el tema es encararlo como cuando uno busca la verdad. Es una búsqueda”.

En el encuentro, además de presentar parte de los datos recabados mediante las encuestas a integrantes de los tres sectores involucrados en el sistema asistencial, se comenzó a trabajar en el análisis de las recomendaciones sobre tres temas: un cambio en la cultura organizacional de los centros de salud, la evaluación externa de los centros y la pertinencia de tener centros de referencia por patologías.

Este último punto fue retomado con fuerza semanas después, cuando el 14 de mayo se desarrolló una mesa redonda en la cual se analizaron las perspectivas de impulsar la creación de centros de referencia especializados por patologías: “Definimos a los centros de referencia como espacios de atención multidisciplinarios, para pacientes con enfermedades y necesidades complejas y de alto costo o impacto social”, aclaró Briva al inicio de la actividad. Y relató que partir de lo discutido en los foros virtuales de la Convención Médica, hubo coincidencia en que los centros de referencia serían apropiados para pacientes con enfermedades complejas o de baja prevalencia.

En la mesa redonda se trabajó en base a tres ejemplos del país que tienen características de centros de referencia. El primero fue el Centro Nacional Hepato-Bilio-Pancreático, cuya presentación estuvo a cargo del Dr. Martín Harguindeguy. Luego el Dr. Javier Gaudiano presentó la experiencia del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (Cudim). Y el tercer caso utilizado como referencia fue el del Fondo Nacional de Recursos por sus estándares de evaluación y seguimiento para la mejora de los centros de medicina altamente especializada, a cargo del Dr. Alarico Rodríguez.

Paralelamente a las instancias de participación abiertas funcionaban los grupos Delphi, integrados por profesionales convocados especialmente por su dominio de temas particulares. Entre el 9 y 10 de abril de 2014 todos los grupos Delphi se reunieron, cada uno con sus referentes.

COORDINACIÓN

Como punto de partida para el trabajo, el Grupo 1 tomó en cuenta los antecedentes de nuestro país en materia de salud. “Uruguay tiene una rica tradición de medicina muy buena, y el SNIS que se construyó tiene que evolucionar. Hoy por hoy las respuestas a la medicina no son más individuales sino que son organizacionales, y no se trata solamente de acceder a la salud, que en Uruguay accede todo el mundo”, comenzó repasando el Dr. Bruno.

Para que el SNIS evolucione resulta necesario, entre otras cosas, que se profundice la coordinación de los efectores para la optimización de los recursos, siendo las características geográficas y demográficas de Uruguay apropiadas para impulsar esa reorganización, al no haber, por ejemplo, accidentes geográficos que dividan a la población o aislen a un sector. Éste aspecto es uno más de las particularidades locales que deben considerarse, ya que la medicina varía en todas partes del mundo en función de las necesidades y características de la región.

La acumulación de conocimiento es otra peculiaridad de la medicina. Al respecto el Dr. Bruno reflexionó que en esta disciplina, a diferencia de otras actividades, “una tecnología no desplaza a la anterior sino que se van acumulando”, y un sistema integrado tiene que coordinar todo eso. Acotó que en el actual sistema uruguayo hay en un radio de 1000 metros más de 20 instituciones de salud, y todas deben brindar las mismas prestaciones.

En su opinión, de existir coordinación, los usuarios del sistema de salud tendrán más “libertad”, puesto que éstos podrán optar por el mejor servicio para el tratamiento de determinadas patologías, y dejarán de “ser rehenes” de una estructura que capaz está preparada para asistir con calidad otros problemas sanitarios.

Asimismo, quien es sometido a algún tipo de intervención o tratamiento de enfermedades de baja prevalencia, recibiría un mejor seguimiento posintervención, ya que en la actualidad hay pacientes que son atendidos en los centros más consolidados para determinadas patologías, pero una vez que les dan el alta, la asistencia corre por cuenta de la institución a la que está afiliado y no de la que está más preparada para tratar esos casos. Éstos son aspectos asistenciales que para los médicos deben cambiar para “no depender de la buena voluntad de los médicos”. “Tiene que haber algo que dé las garantías necesarias”, detallaron.

En tanto, dar garantías al seguimiento evitaría incluso que pacientes del interior tengan que trasladarse mientras se están recuperando.

A su vez, no sólo los pacientes serían beneficiarios de los cambios institucionales y de la coordinación. Las prestadoras se verían favorecidas por la concentración de esfuerzos y recursos.

Específicamente sobre el rol que coordinadores desarrollaron en la Convención, el Dr. Briva se refirió al aprendizaje que implicó la tarea, ya que conllevó una búsqueda de

materiales mucho más abarcativa que la que suelen hacer los profesionales para la atención cotidiana de casos particulares. Aquí el asesoramiento del IECS fue primordial para orientar esa exploración y para procesar la información.

El profesional relató que para la elaboración de las recomendaciones también se tuvo muy en cuenta lo que surgió de las encuestas a médicos y usuarios, y las opiniones de los profesionales que participaron en las instancias abiertas. Al respecto, de las entrevistas de los referentes, surgió una valoración positiva de la promoción de los centros de excelencia por patología porque fomenta la concentración de tecnología disponible y de personal entrenado, lográndose una racionalización de los recursos materiales y humanos. Asimismo, funcionan como ámbitos de desarrollo de experiencia y experticia en áreas determinadas, y de estandarización de prácticas y criterios, al tiempo que beneficia la fijación de pautas y protocolos de atención.

Los catedráticos también vieron con buenos ojos la promoción de mecanismos de evaluación externa porque “permiten acompasar el ritmo con el que cambian los conocimientos médicos en todas las áreas”. Y si bien hubo acuerdo en su necesidad e importancia, no se profundizó respecto a la forma en que deberá implementarse la evaluación.

Otro insumo relevante para los coordinadores fue el que surgió del panel Delphi del Grupo 1. Según contaron, antes de que fueran dadas a conocer las recomendaciones al grupo Delphi, los coordinadores evaluaron: “Si habíamos hecho un buen trabajo, había altas chances de que las recomendaciones hubieran sido bien recibidas por la mayoría. Aunque tampoco hubiera sido bueno que todas fueran aceptadas sin cuestionamientos”. Y así pasó, hubo acuerdos y también algunos desacuerdos, sin embargo, ninguna recomendación fue rechazada. Entre otras cosas, éstas planteaban el desarrollo y fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud involucrando todos los niveles de asistencia, la conformación de centros de referencia por patología, la generación de programas orientados al mejoramiento de la cultura organizacional, al desarrollo de un sistema nacional de acreditación sanitaria independiente del Ministerio de Salud Pública, y a la creación de una agencia de evaluación de tecnología.

La brecha de opiniones divergentes se redujo cuando se llevaron adelante instancias presenciales con los integrantes del grupo Delphi tras los intercambios virtuales.

Finalmente arribaron a propuestas concretas las cuales fueron presentadas en el plenario final del 6 y 7 de junio. En ese último encuentro abierto se aclaró que las recomendaciones fueron fruto de un proceso participativo de trabajo del grupo: “Podían ser cuestionables o no, pero reflejaban todo un proceso”, contó el Dr. Briva. Y aclararon que no respondían a la opinión de los coordinadores sobre los temas tratados sino que a los intereses de una amplia mayoría.

Uno de los puntos donde hubo más acuerdo entre los profesionales que participaron del intercambio fue en la creación de centros de referencia. En cambio, el aspecto más cuestionado consistió en la generación de mecanismos para la evaluación de éstos. Los

coordinadores plantearon, a partir de la evidencia recabada, que quien financia no puede ser el mismo organismo que evalúe al centro: “Consideramos necesario que haya una estructura jerárquica que no dependa del MSP, que tiene un rol político en la toma de decisiones, ni que mucho menos dependa de un ministro determinado. El hecho que sea una estructura independiente garantiza la independencia política”, especificaron.

Al principio ese planteo fue rechazado, pero luego se resumió en una recomendación que pauta la creación de una Agencia de evaluación de tecnología, la cual deberá determinar mecanismos lo más objetivos posible y aplicar métodos de evaluación rigurosos, teniendo en cuenta aspectos sanitarios y económicos.

Otra dificultad que se detectó a lo largo del proceso fue la de definir los centros de referencia, pues si bien hubo profesionales que proclamaban ser parte de uno, al considerarse los requisitos generales y los criterios internacionales establecidos, éste no cumplía con la normativa, y por tanto no era un ámbito de referencia como tal.

Los médicos evaluaron que la tarea de coordinación implicó “un gran desafío” y resumieron: “la responsabilidad más grande que teníamos era que el producto final fuera equilibrado y que reflejara el aporte de mucha gente”

DOCUMENTO APROBADO EN EL PLENARIO FINAL

Resumen de propuestas para la 9ª Convención Médica Nacional. Mejora del modelo de la práctica en la atención médica

INTRODUCCIÓN

El avance de cualquier sistema organizado de salud debe hacerse a partir de reconocer al paciente como centro de la atención. En esta visión, el primer nivel actúa como puerta de entrada a un sistema que asegure la longitudinalidad de la asistencia, promoviendo la estrategia de atención primaria en los tres niveles de atención. Entre los cambios que viene experimentando nuestro sistema de atención de la salud, se destaca el acento en la equidad y el acceso como orientaciones centrales. Sin embargo, se debe profundizar el trabajo en aspectos que hoy resultan deficitarios, especialmente los relacionados al cambio de modelo asistencial.

Dentro de los ejes temáticos planteados al Grupo 1, se jerarquizó el fortalecimiento y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud caracterizadas por:

- 1) Involucrar a todos los niveles asistenciales.
- 2) Promover la complementación entre prestadores (entendiendo como tal a la participación equilibrada de los actores en la gestación y gestión del servicio de salud).
- 3) Integrar centros de referencia por patologías, como nodos y no como “escalones” de la red sanitaria.
- 4) Promover las intervenciones que otorguen calidad a la asistencia en todos sus niveles de complejidad.

PRINCIPALES PROPUESTAS:

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Desde un punto de vista operativo, identificamos las estrategias de coordinación entre niveles como aquellas iniciativas dirigidas a mejorar la comunicación y coordinación entre los niveles de atención de la salud. Estas iniciativas mejorarían, principalmente, aspectos de acceso, equidad y cuidado centrado en el paciente.

De la experiencia reportada, los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. Esto genera dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso

irracional e ineficiente de los recursos disponibles con un incremento innecesario de los costos de producción, y baja satisfacción de los usuarios.

En nuestro país, los últimos años han sido marcados por un evidente intento por reducir la segmentación del sistema. El propio diseño jurídico-institucional del SNIS lo empuja a un avance significativo hacia la cobertura universal. Pero el sistema ha enfrentado muy poco el alto grado de fragmentación. Para superar la fragmentación es necesario primero pensar en la plena integración de los programas hasta ahora verticales en los servicios de salud. Para desfragmentar el sistema hay múltiples intervenciones posibles, pero un objetivo estratégico es el trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), a través de la complementación público – privado.

En el desempeño general del sistema la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Un elemento consistentemente reportado es que, en la visión de los usuarios, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.

Proponemos la integración, fortalecimiento y desarrollo de las Redes Integradas de Servicio de Salud (RISS), buscando la complementariedad de servicios, la asistencia longitudinal del usuario y la máxima eficiencia de los servicios sanitarios.

Centros de referencia por patologías

De manera operativa se decidió establecer la definición de estos centros a los espacios de atención multidisciplinaria de pacientes con enfermedades o necesidades de cuidado complejos, de alto costo o de alto impacto social.

En un Sistema de Salud fragmentado obtenemos una gran cantidad de esfuerzos parciales, limitados por el soporte económico de cada prestador individual, sin equipos asistenciales que acumulen la experiencia necesaria para el tratamiento de múltiples patologías y con esfuerzos individuales que, por necesidad, tienen un escaso acceso al desarrollo y la adquisición de tecnología. Esta situación se observa a nivel público y privado, generando una marcada asimetría interna en la calidad de servicios que ofrece cada prestador.

Existen algunas iniciativas nacionales que pueden servir de ejemplo para la creación de este tipo de centros y que son reconocidos como centros “de hecho”. Sin embargo, es necesaria una definición sobre qué patologías o grupos de patologías obtendrían la mejor relación costo/beneficio con estos centros, dónde ubicarlos y como certificar su nivel de competencia. Parece razonable proponer la creación de un “paquete” de características necesarias para alcanzar ese status, que incluya un

sistema de monitoreo de su desempeño, y seleccionar dos o tres áreas de interés que puedan desarrollarse como plan piloto. En función de los resultados de este plan se podrán proponer las modificaciones necesarias a los centros en actividad, y planificar la extensión de la experiencia a otras áreas que puedan beneficiarse de esto.

En líneas generales, el funcionamiento de estos centros debería contemplar los siguientes aspectos: 1) La práctica asistencial por fuera del centro debe tener también estándares de calidad para la identificación y selección de la patología, el paciente y la oportunidad evolutiva de beneficiarse de un traslado al Centro de Referencia. 2) Debe existir la posibilidad real de consulta hacia el Centro y recibir información oportuna desde el mismo, tanto para la derivación hacia estructuras de mayor complejidad, como para recibir un paciente luego de haber sido tratado allí y retornar a su lugar de origen (referencia – contra referencia). 3) La resolución de patologías de primer y segundo nivel de la especialidad deberá contar con equipos asistenciales capacitados que puedan aprovechar la estructura y experiencia del Centro. 4) Tanto el número de Centros de Referencia, como la porción de estructuras de primer y segundo nivel referenciadas deben ser acordes a la demanda asistencial, evitando listas de espera y saturación de la capacidad operativa de los centros. No debe generarse un nuevo cuello de botella en la línea asistencial que aumente la ineficiencia del sistema. 5) La actividad del Centro debe incluir, tanto en su estructura, como funcionamiento, la asistencia, docencia, e investigación como condiciones necesarias.

Propuesta: crear Centros de referencia por patologías, integrando la red asistencial, promoviendo la acumulación de recursos humanos y materiales para mejorar la accesibilidad al tratamiento, los resultados en patologías de baja frecuencia, y la eficiencia cuando se requiere alta tecnología.

Programas para generar cultura organizacional de calidad y seguridad

En la búsqueda de desarrollar intervenciones que mejoren la participación, transparencia y pro actividad de los profesionales de una institución en pos de una mayor seguridad, definimos cultura como el conjunto de experiencias, hábitos, costumbres, creencias y valores, que caracterizan a un grupo humano.

En líneas generales se comparte la misma debilidad con la región (falta de evaluación, se conoce parcialmente la realidad y no es posible identificar objetivos de campañas ni oportunidades de intervención). A esto se suma que el tema seguridad se instala en la opinión pública a través de la muerte de pacientes. Esto enfoca la atención en la seguridad solamente del paciente y no de un sistema asistencial seguro para todos. Además se asocia ineludiblemente a la “búsqueda de culpables”,

desvirtuando los objetivos de la cultura de la seguridad (ambiente libre de culpa, con respaldo institucional para resolver problemas, etc). Como consecuencia, no existe el concepto de que la seguridad del paciente no se contrapone ni excluye del de seguridad del sistema de salud.

Creemos imperativo enfocar el esfuerzo inicial en esta área, en conocer la realidad nacional a través de encuestas mantenidas en el tiempo (herramienta propuesta por centros extranjeros líderes en el área). La permanencia en el tiempo y la estandarización de la evaluación para los diferentes niveles de atención es la clave para aportar información objetiva, comparable y evaluable por auditores externos. La estructura necesaria para darle soporte a esta iniciativa tampoco existe aún en el Uruguay, pero podría ser el inicio de una serie de programas para el mejoramiento de la cultura organizacional.

Propuesta: generar programas orientados al mejoramiento de la cultura organizacional, con los siguientes objetivos:

- Estimular dedicación, compromiso y participación.
- Erradicar el multiempleo.
- Desarrollar una cultura comprometida con el mejoramiento continuo.
- Concentrarse en satisfacer las necesidades y expectativas del usuario.
- Comprometer a cada individuo en el mejoramiento de su propio proceso laboral.
- Generar trabajo en equipo y relacionamiento interpersonal constructivo.
- Reconocer al personal como el recurso más importante.
- Emplear prácticas, herramientas y métodos de administración eficaces
- Crear una cultura de seguridad y de calidad orientada a mejorar los procesos de atención al paciente y evaluación por resultados.
- Promover el análisis de errores como instancia de aprendizaje y mejora, sustituyendo su identificación dentro de un mecanismo punitivo.

Sistema nacional de acreditación sanitaria

Desde el punto de vista operativo, se definió que “la acreditación o certificación es el proceso voluntario a través de un tercero, mediante el cual una organización de salud es capaz de medir calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional”.

Existe una fuerte evidencia apoyando el impacto positivo de la acreditación sobre indicadores de asistencia, variando los resultados en función de la estructura y país evaluado.

Si bien diferentes empresas y servicios relacionados con el área Sanitaria (Emergencias Móviles, Prestadores Integrales de Salud, Laboratorios Clínicos,

etc) han certificado total o parcialmente algunos de sus procesos, esto no ha establecido un sistema homogéneo de evaluación y seguimiento del Sistema Sanitario nacional. En los hechos, estas evaluaciones probablemente han resultado valiosas como insumo interno a las estructuras evaluadas, han constituido una herramienta de marketing publicitario, y eventualmente han mejorado los procesos asistenciales, aunque esto no ha sido reportado específicamente por las empresas que han contratado el servicio de certificación. En cualquier caso, esta evaluación ha sido de tipo genérico, sin poder sentar las bases de una evaluación sanitaria nacional que permita analizar procesos y estructuras de manera temporal, y su comparación entre los diferentes integrantes del sistema sanitario.

Propuesta: crear un Sistema Nacional de Acreditación Sanitaria -independiente de la habilitación otorgada por el Ministerio de Salud Pública- el que debe identificar los aspectos relevantes a evaluar, y definir los indicadores que correspondan a cada área, los que puede incluir aspectos como:

- Número y tipo de equipamiento necesario para desarrollar el procedimiento de acuerdo a la demanda.
- Condiciones de mantenimiento preventivo-correctivo y renovación de equipamiento.
- Instalaciones requeridas e inversiones destinadas a mejorar la calidad de la atención.
- Grado de coordinación y ajuste obtenido en las áreas asistenciales según niveles de complejidad.
- Seguridad laboral para todo el personal involucrado.
- Funcionamiento de los servicios diagnósticos (sensibilidad/especificidad) y terapéuticos (resultados a corto, mediano y largo plazo).
- Funcionamiento de los sistemas de aprovisionamiento, disposición y distribución de insumos médicos (y que estos estén en armonía con los servicios clínicos).
- Existencia de protocolos médicos escritos, pautas o normas (protocolos de tratamiento, normas de control de infecciones, normas de manejo de residuos, etc.)
- Existencia de programas específicos (control de infecciones, auditoría médica, comités de tumores, auditoría de muertes, registros médicos, satisfacción del usuario, investigación aplicada, seguimiento de pacientes, programas de mejoramiento continuo de la calidad, etc).
- Formación de recursos humanos y líneas de investigación ajustados a la complejidad del nivel de atención.

-
- Área administrativa y de apoyo (sistemas contables, sistemas de costeo, sistemas de inventario e información).
 - Cumplimiento de metas óptimas establecidas en estándares que abarcan variables de técnica, personal médico, de enfermería, para-técnicos y otras categorías. Dotación por tipo de recurso analizándolos según la demanda actual y potencial. Formación y capacitación individual y de equipo (especialización necesaria, capacitación, años de desempeño, educación continua).
 - Coordinación con un nivel nacional de registro. Se tendrán en cuenta variables específicas por técnica, que permitan conocer los resultados obtenidos en los pacientes (infecciones, reintervenciones).

Desarrollo de una Agencia de evaluación de tecnología

La inclusión de tecnología es necesaria en todos los niveles asistenciales y aparece reflejado en todo el análisis realizado. Sin embargo no están claramente definidos mecanismos de evaluación para realizar una actualización tecnológica eficiente y eficaz.

Para atender a esta necesidad, se propone la creación de una Agencia de evaluación de tecnología.

Esta herramienta deberá priorizar las intervenciones definidas en el sistema, a través de mecanismos lo más objetivos y explícitos posibles, aplicando los métodos de evaluación más rigurosos desde una perspectiva sanitaria y económica, que doten de más transparencia, independencia y rigor técnico las decisiones acerca de la incorporación o exclusión de determinadas prestaciones en el sistema sanitario.

Se deberán establecer reglas de juego claras y formales en defensa del ejercicio profesional, avanzando hacia un sistema sanitario único que contemple la universalización de la cobertura asistencial horizontal (población total) y vertical (integralidad de las prestaciones adecuadamente descritas); modalidad de financiamiento, mancomunación y reembolso de los recursos disponibles; regulación del sistema y diseño de un escenario dinámico que promueva la mejora continua de la calidad asistencial, desde una base general y comprobada, a partir de la evaluación de los servicios según una restricción presupuestaria definida explícitamente.





ACTUALIZACIÓN

GRUPO 2: Incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos humanos

PARTICIPANTES

Dr. Carlo Tarabocchia, Dr. Roberto Puente, Dr. Oscar Balboa, Dr. Eduardo Olivera,
Dr. Gastón Garcés, Dr. Mario Llorens, Dra. Gladys Lejbusiewics, Dr. Gustavo Giacchetto,
Dra. Liliana Gadola, Dr. Gilberto Ríos, Dr. Leonardo Sosa, Dr. Neder Beyhaut,
Dr. Enrique Méndez, Dr. Luis Dabezies, Dr. Humberto Correa Rivero, Dr. César Canessa,
Dr. Fernando Bazzino Rubio, Dr. Arturo Altuna, Dra. Rosana Gambogi, Dr. Niso Gateño.

La presentación de las temáticas comprendidas en el Grupo 2 tuvo lugar el 24 de marzo de 2014 en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Allí los coordinadores del grupo, los doctores Óscar Noboa y Álvaro Danza, fueron los responsables de dar a conocer a los asistentes los asuntos que tratarían, hasta llegar a recomendaciones para que fueran votadas en forma democrática y aprobadas por mayorías. En la apertura también estuvo presente el Profesor Dr. Jorge Torres, presidente del Colegio Médico del Uruguay.

En la jornada, el Dr. Danza comunicó los temas centrales que serían tratados por el Grupo 2 y por los demás grupos, y las formas de participación a través de los foros *on line* así como en las instancias presenciales que estaban previstas. Remarcó que se buscaba encontrar respuestas mediante una “construcción entre todos”.

“La invitación es a participar activamente de los foros de discusión y de todas las instancias que se vayan convocando, para que al final podamos tener resultados que puedan ser transferibles a la práctica asistencial, a los efectores, a las entidades del Estado, para que Uruguay tenga medicina de calidad”, resumió.

Por su parte, el Dr. Noboa, se refirió a la tarea de coordinación, la cual iniciaron con “mucho incertidumbre” puesto que la experiencia era “limitada”, pero luego se fueron afianzando con el asesoramiento que recibieron por parte del IECS. También reflexionó sobre el trabajo que les quedaba por delante, tanto a ellos como al resto de los médicos involucrados con la Convención Médica. Al respecto comentó que no era fácil “salir de la anécdota” para buscar soluciones más generales.

La recertificación del conocimiento de los médicos tiempo después de recibidos, fue uno de los temas que trató el grupo. El Dr. Noboa sostuvo que existían experiencias internacionales de países del primer mundo donde el asunto recién comenzaba a tratarse y no parecía ser un aspecto “tan resuelto” todavía.

Asimismo, las residencias médicas, la incorporación de la formación en calidad en facultad de Medicina, y la promoción de la educación interprofesional en la búsqueda de la excelencia, eran otros de los temas que anunciaban se trabajarían.

El 3 de mayo se llevó a cabo en Salto, en el Centro Regional de la Udelar, el foro de discusión Residencias médicas y recertificación. En primera instancia la Dra. Adriana Belloso, directora de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad, realizó un breve resumen sobre las residencias como forma de acceso a la carrera de posgrado. Hizo un repaso histórico de las normativas que han regido las residencias hasta llegar a la actualidad, momento en que empiezan a convivir egresados de la universidad pública y de institutos privados.

Específicamente sobre las residencias sostuvo que existen inequidades tanto en las remuneraciones, porque “no todos cobran lo mismo” y porque “todos cobran muy

poco”, así como en la organización interna, porque “no existe uniformidad de criterios”. Además, planteó diferencias en el reconocimiento del trabajo puesto que hay especialidades técnicas que tienen una duración de cuatro años pero sólo se les reconocen tres.

Terminó su exposición haciendo referencia al proyecto de ley de Residencias Médicas que modificará la realidad actual.

Luego, el debate sí se centró en la recertificación médica, siendo el presidente del Colegio Médico del Uruguay el que dio inicio a la discusión, presentando información de contexto y desglosando algunos términos, como la calidad asistencial, o qué implica la profesión médica y la necesidad de mantenerse actualizado. Relató los antecedentes respecto al tema y los procesos de posformación donde se pasó de una actividad más bien individual a una colectiva, y donde el conocimiento debe acreditarse.

En tanto el 27 de mayo, con el fin de implementar en Uruguay un sistema de recertificación, se desarrolló en el Hotel Sheraton una videoconferencia a cargo del Dr. José Biller. Médico nacido en Uruguay y radicado en Estados Unidos -donde está certificado en psiquiatría y neurología por la American Board of Medical Specialties y es jefe de nefrología en la universidad de Loyola, Chicago- compartió su experiencia con los profesionales uruguayos.

Otro tema que los coordinadores incorporaron en la agenda de trabajo del Grupo 2, y al que se le dio gran relevancia fue la situación del Hospital de Clínicas. Se analizó cuáles son las condiciones del hospital universitario y las oportunidades de mejora. En este contexto el 30 de mayo tuvo lugar una actividad en el Hospital de Clínicas donde se abordó el futuro de la institución.

Parte de la discusión en torno al Clínicas se centró en que debe formar parte del SNIS priorizando el cumplimiento de las funciones asignadas por ley, teniendo como objetivos centrales la asistencia, la enseñanza, la investigación y la generación de conocimientos. Pero para que esto se lleve a cabo los médicos visualizaron la necesidad de una reconversión, no sólo administrativa sino también edilicia, de equipamiento y recursos humanos.

ACTUALIZACIÓN

Para los coordinadores el eje temático que resultó “más interesante” y al que le dedicaron más tiempo (al punto que se lo consideró “el nudo del grupo”), fue la recertificación: “Era lo que a la gente más le interesaba y le motivaba”, comentó el Dr. Danza. Mientras que el Dr. Noboa calificó la recertificación como un “punto álgido” para la medicina uruguaya porque dada la carencia de especialistas que existe en algunas áreas, las instituciones comienzan a cubrir vacantes con personal que está en proceso formativo o que no ha terminado de estudiar, lo que genera que el propio individuo quede “descubierto” en caso de tener algún problema durante la atención, y hasta quede expuesto a que se le retire el título.

Sobre la recertificación Danza describió: “Los profesionales nos certificamos cuando terminamos la carrera para ejercer la profesión, pero luego, en algún momento, hay que ver si esas competencias siguen presentes”. Aspecto importante, más aún si se tiene en cuenta que el conocimiento médico se va modificando tanto en materia de tratamientos como de diagnósticos. En definitiva, es necesario ver si “el conocimiento de un profesional en particular va a la par de la actuación del conocimiento médico en general”.

Ambos coordinadores remarcaron que “no basta con depositar confianza” en que los profesionales actualicen su conocimiento, sino que debe existir un programa regulador de alcance nacional. Los médicos que participaron del grupo Delphi y de las instancias abiertas, virtuales y presenciales, manifestaron diferencias en cómo debe ser verificado ese conocimiento. En la discusión estuvo presente la frecuencia con la que los médicos deberían certificarse, cómo debería hacerse y quién sería responsable de llevar adelante la certificación. Sobre el último punto, el Dr. Danza consideró que en Uruguay “hay masa crítica suficiente”, tanto en la Universidad de la República como fuera de ella, “como para llevar adelante un proceso de certificación serio”. “No tengo dudas de que tenemos las condiciones dadas para ello en nuestro país”, afirmó. Y destacó que hace mucho tiempo se viene trabajando en este tema tanto en la órbita de la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina como en el Colegio Médico del Uruguay.

Para el Dr. Noboa el asunto está en quién se hace cargo de los aspectos económicos de la recertificación, puesto que tiene costos estructurales y costo para los médicos que deben cambiar horas de trabajo por horas para formarse.

También está en juego el alcance que tendrá, puesto que en la mayoría de los países donde se implementó un sistema, recertifican el conocimiento específico, no el general, por lo que deberá generarse una discusión sobre cómo serán evaluados quienes ejerzan solamente como doctores en Medicina General.

Otro aspecto que los médicos discutieron es la función de la recertificación. El Dr. Noboa relató que hay países que la implementan como una “medida punitiva” donde se tiende a intentar reconocer a los individuos peor evaluados, que han perdido habilidades, que no se mantienen actualizados o que empiezan a tener algún tipo de problema. Como ejemplo citó Reino Unido: “El proceso de recertificación es muy sensible porque las repercusiones que pueda tener son muy importantes”, resumió Noboa. No obstante, “todos tenemos la percepción de que sin duda al auditar la calidad de lo que tenemos vamos a mejorar el producto”, añadió.

Tras la discusión generada durante los seis meses de trabajo, los profesionales que participaron del Grupo 2 recomendaron desarrollar un Programa Nacional de Recertificación Médica, que garantice la implementación de las mejores prácticas establecidas en la evidencia científica, el cual estará a cargo de un Comité Nacional de carácter interinstitucional. Personal de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina,

de las Sociedades Científicas, del Colegio Médico y del Ministerio de Salud Pública, entre otros, podrán integrar el comité. La periodicidad del control deberá ser de entre 5 y 10 años, y su alcance será universal. Al principio podrá tener un carácter voluntario pero de forma progresiva será obligatorio para todos los egresados.

Danza valoró que se llegó a “avances significativos” al determinar la periodicidad, el alcance universal y la obligatoriedad a futuro. Asimismo, comentó que hubo 90% de acuerdo en el tema recertificación. Donde hubo menos acuerdo es si la recertificación debe ser voluntaria u obligatoria. “Hay profesionales que piensan que tiene que ser obligatoria, sin embargo, el modelo que prevaleció es que tiene que ser voluntaria”, resumió el coordinador del Grupo 2.

Al respecto, reflexionó que a muchos profesionales “les cuesta entender” que se deben recertificar, pero “en el mundo es así, el mundo está tendiendo a implementar este modelo de recertificación”. Aunque no hay una única forma de certificar el conocimiento, algunos Estados certifican ciertas competencias y habilidades, otros toman en cuenta los registros que el médico ha ido haciendo en las historias clínicas de los pacientes que ha atendido, o la calidad de atención que les ofreció (datos extraídos mediante encuestas); o se consideran los cursos que tomó en determinado período de tiempo.

En cuanto al tema de las residencias médicas, ambos coordinadores calificaron como “muy importantes” los acuerdos alcanzados, porque amplían el programa a todo el país – actualmente está concentrado en algunos polos- y mejoran los salarios de los residentes: “Es un tema importante porque los residentes tienen un salario muy modesto para la carga horaria que desempeñan, que está entre las 40 y 48 horas semanales. Tema clave porque tienen 40 horas pero tienen que salir a trabajar a otro lado porque no les da el sueldo. Entonces, si mejoramos el sueldo podrían estar ahí concentrados 100% en la residencia y aprender más”, explicó Danza. Además, se podría tratar de ampliar las residencias a prestadores privados.

Dentro de las recomendaciones los médicos proponen la consolidación de un Programa Nacional de Residencias Médicas, desde donde se financiarán los salarios de los residentes. Seguidamente establecen que deberá existir “una mejora salarial significativa del Residente”, mientras que éste deberá “desempeñar su cargo de forma exclusiva en la Residencia Médica”. A su vez, las prestadoras de salud que se incorporen al programa serán tenidas en cuenta para el otorgamiento de incentivos en el marco del SNIS.

Como ya se indicó, el Hospital de Clínicas ocupó un lugar importante en el intercambio de los médicos que participaron del Grupo 2. El tema se introdujo partiendo de la base de que no era posible para los profesionales hablar de formación sin tener en cuenta al hospital universitario. “El leitmotiv de la Convención Médica era la calidad asistencial, en el entendido de que el SNIS ha hecho un cambio revolucionario en la gente, ha permitido que todos los usuarios tengan asistencia, ha modificado el sistema de financiación de la estructura; pero ahora hay que ir un paso más allá, hay que llegar

al usuario y hay que ofrecerle asistencia médica de excelente calidad. No basta con todo ello, sino que necesitamos entrar en esta segunda etapa, y el Hospital de Clínicas no puede quedar ajeno a ello”, indicó el Dr. Danza.

A partir del intercambio médico se afirma que el hospital universitario requiere una “urgente e impostergable estructura”. No sólo en lo que refiere a la formación de los estudiantes sino también las condiciones de trabajo del personal en general, por lo que la discusión se orientó hacia la creación de cargos de dedicación exclusiva, de manera de mejorar los salarios de los trabajadores y evitar la rotación constante de personal, puesto que en la actualidad existe una brecha salarial importante en relación con el sector privado.

Asimismo, los médicos recomendaron que el Clínicas se integre al SNIS y a la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), manteniendo su carácter universitario y su dependencia académica con la Facultad de Medicina de la Udelar.

Es de destacar que pocos meses después de elaboradas las recomendaciones, y una vez que asumió el nuevo gobierno, el ministro de Salud Pública, Jorge Basso, manifestó que existe intención del Estado de incorporar el Hospital de Clínicas al SNIS y de invertir en obras edilicias. Este último aspecto es analizando junto con las autoridades del Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

La declaración final también plantea la conformación de una Red Nacional de Efectores Públicos que están acreditados para cumplir funciones universitarias. Según el Dr. Danza, “hoy ya son prácticamente hospitales universitarios el Maciel, el Pasteur y el Pereira Rossell”. El anhelo de los médicos es que el día de mañana éstos centros de salud luzcan juntos en sus fachadas el logo de ASSE y el de la Udelar.

La no formación de los profesionales de la salud en seguridad de los pacientes, la falta de formación en calidad y el desconocimiento de indicadores de calidad, fueron otros de los puntos tratados por el grupo y considerados relevantes para obtener mejoras asistenciales.

Resumen de propuestas para la 9ª Convención Médica Nacional. Formación de Recursos Humanos en Salud

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la recertificación tiene una larga historia en el Uruguay. Su necesidad está bien clara. En efecto, en la encuesta encargada por el SMU a Equipos Mori (febrero de 2014), el 84% de los médicos opinaron que la recertificación profesional médica es necesaria o imprescindible.

Paralelamente, desde hace ya unos cuantos años se vienen desarrollando múltiples esfuerzos para promover actividades de educación médica continua/desarrollo profesional médico continuo. En particular, a nivel de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, funciona desde hace ya varios años un grupo que regula, acredita e intenta uniformizar estas actividades. De este modo, múltiples profesionales de las más diversas especialidades han podido actualizar sus conocimientos. La encuesta citada previamente refleja que dos tercios de los médicos participan de algún evento científico en el país o en el exterior. Sin embargo, recertificación como tal, como se acepta en otros países, aún no existe. Algunas especialidades, como el caso de Pediatría, están poniendo en funcionamiento un modelo de recertificación, que aún no ha sido validado, ni mucho menos universalizado a todas ellas. Por el contrario, en varias especialidades a lo largo y ancho del país –pero especialmente en el interior de Uruguay–, muchos profesionales médicos trabajan como especialistas sin haber completado aún el proceso de certificación de la misma.

En relación a las residencias médicas, en los últimos años ha habido transformaciones legales que han modificado el gobierno del programa, y que han permitido que buena parte de la operativa se centralice en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Sin embargo, aún existen múltiples problemas que trascienden claramente a la comisión que gobierna este programa. Uno de los problemas más significativos es que el programa como tal no existe como inciso presupuestal, lo que determina que no tiene estructura propia ni tampoco administra, en los hechos, los recursos humanos ni económicos que gobierna.

La dedicación a la residencia es part time en la mayoría de las especialidades; existen diversos inconvenientes para hacer pasantías en el interior del país, además de que no existe una estructura que pueda acreditar servicios para que las mismas

cumplan con requisitos académicos mínimos. La participación en el programa de residencias por parte de diferentes prestadores de salud (públicos y privados) ha sido voluntaria y no sistematizada, con múltiples experiencias exitosas. La expansión, bajo supervisión del programa de residencias, a aquellos prestadores que acrediten capacidad para la práctica tutorizada de los residentes con centralización de sus programas de formación, puede redundar en una mejoría de la formación y en una mejoría de la asistencia de los prestadores involucrados.

En relación a la enseñanza de temas vinculados a la calidad en la asistencia médica, tanto en el pre, como en el postgrado, no está formalizada hoy como tal. Existen algunos esfuerzos para incorporar conocimientos básicos sobre esta disciplina que son parciales, no sistematizados y heterogéneos, además de que no están normatizados por la entidad académica superior.

El Hospital de Clínicas es el único Hospital Universitario del País. Su problemática es bien conocida, compleja y profunda. Un análisis pormenorizado de ella escapa ampliamente a este documento de síntesis. Cabe señalar que atraviesa una crisis mayúscula, existiendo la opinión unánime del cuerpo profesional médico respecto a la necesidad y urgencia de una transformación sustancial, tanto de su estructura edilicia e infraestructura, como de su forma de gobierno, gestión y normas jurídicas que lo regulan.

RECOMENDACIONES

1) Debe implementarse un *Programa Nacional de Recertificación Médica*.

- a. Este programa deberá garantizar la implementación de las mejores prácticas establecidas en la evidencia científica. Se desarrollará en el contexto de los programas de desarrollo profesional médico continuo.
- b. Deberá tener una periodicidad entre 5 y 10 años.
- c. Deberá ser universal, comprendiendo a todos los médicos que desarrollen actividad asistencial.
- d. Inicialmente podrá tener carácter voluntario, pero a posteriori y de forma progresiva, deberá implementarse de forma obligatoria para todos los profesionales.
- e. Deberá estar a cargo de un grupo especialmente capacitado y con dedicación profesional para ello. A tales efectos, la conducción deberá estar a cargo de un Comité Nacional de carácter interinstitucional, que estará integrado, entre otros, por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Sociedades Científicas, Colegio Médico, Cátedras, MSP, Academia Nacional de Medicina y eventualmente los gre-

mios. Este proceso deberá tener una financiación específica que, entre otros, surja del Colegio Médico.

- f. Este Comité tendrá la obligación de velar por la existencia de una oferta adecuada y de calidad de cursos de educación médica continua. Estos cursos podrán ser impartidos por las instituciones debidamente acreditadas para ello.
- g. Los médicos deben tener una oferta de recertificación accesible, financiada al menos en parte por la institución donde trabaja.
- h. La recertificación deberá estar relacionada con la actividad profesional del médico en su área de trabajo específica.
- i. Podrá utilizarse el sistema de acreditación por competencias.

2) Deben implementarse ***actividades de formación en calidad y seguridad de los pacientes a todos los niveles***: pre y posgrado médico.

- a. A nivel del pregrado podrá implementarse como una optativa en el marco del nuevo plan de estudios, sin perjuicio de que deberá hacerse el esfuerzo de incorporar esta disciplina de forma curricular en la carrera.
- b. A nivel del posgrado podrá incorporarse como un curso común a todas las especialidades.

3) Debe avanzarse en la ***consolidación de un Programa Nacional de Residencias Médicas***.

- a. Dicho programa deberá ser de alcance nacional. Los participantes del programa volcarán sus recursos a un fondo que será administrado por el citado programa y que financiará los salarios de los residentes y la acreditación de instituciones por donde se forman.
- b. Deberá existir una mejora salarial significativa del Residente.
- c. El residente debería desempeñar su cargo de forma exclusiva en la Residencia Médica.
- d. Debería profundizarse en el modelo de inserción de las residencias médicas en los prestadores de salud, siempre y cuando estén debidamente acreditados para ello. Las instituciones que se incorporen a este programa deberán ser tenidas en cuenta para otorgarles incentivos en el marco del SNIS.

4) Deberá conformarse una ***Red Nacional de Efectores Públicos (Hospitales, Centros de Salud, etc.) acreditados para cumplir funciones universitarias***. La Facultad de Medicina deberá participar de la Dirección Técnica de los Efectores Públicos que correspondan. Esta participación estará destinada a gestionar los aspectos académicos en estos Hospitales.

5) El *Hospital de Clínicas*, en tanto Hospital Universitario, requiere una *urgente e impostergerable reestructura* que debe contemplar al menos los siguientes aspectos:

- a. Deberá mantener su carácter universitario; su dependencia académica deberá ser de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.
- b. Se deberá promover un desarrollo armónico del segundo y tercer nivel asistencial.
- c. Desarrollar centros de referencia nacional / de alta especialización.
- d. Deberá integrarse plenamente al SNIS y a la RIEPS, estableciéndose una población de referencia.
- e. Su naturaleza jurídica deberá cambiar sustancialmente, contemplando un mayor grado de autonomía de gestión, minimizando los obstáculos administrativos que impone la lógica de gestión universitaria. ASSE deberá incorporarse a la gestión en lo que respecta a la coordinación e integración en la Red.
- f. Deberá tener una financiación que derive al menos de tres vías: vía universitaria destinada a todos los aspectos académicos; vía asistencial, destinada a financiar la asistencia de los usuarios recibiendo las cuotas-salud que le corresponda por los usuarios que asista; vía venta de servicios (FNR o prestadores que compren servicios al HC).
- g. Deberá incorporarse a un plan de alta dedicación docente-asistencial. Dicho plan deberá alcanzar a todos los Hospitales acreditados para cumplir funciones universitarias y estará destinado a radicar docentes con alta dedicación docente-asistencial y con un fuerte impulso a la investigación clínica.





DESCENTRALIZACIÓN

GRUPO 3:

**La mejora de las condiciones de trabajo
de los profesionales de la salud en pos
de una mejor calidad de atención**

PARTICIPANTES

Dr. Pedro Zurmendi, Dr. Bernardo Alonso, Dr. Horacio Rodríguez Dulcini, Dr. Alejandro Cuesta,
Dr. Juan Riva, Dr. Alejandro Cuneo, Dr. David Miller, Dr. Marcos Pintos, Dr. Álvaro Zipitría,
Dra. Ana Fraga Affonso, Dr. Enrique Viñuela, Dra. Mabel Goñi, Dr. José Luis Rodríguez,
Dr. Javier Hurtado, Dr. Eugenio Petit, Dra. Alicia Soca Abella, Dr. Fernando González,
Dr. José Minarrieta, Dr. Walter Pérez, Dr. Álvaro Huarte, Dr. Julio Braidá.

Los coordinadores del Grupo 3, los doctores Ariel Pisano y Martín Rebella, dieron a conocer los temas que abordarían en el marco de la Convención Médica el 19 de marzo de 2014, en la sede de la Federación Médica del Interior (FEMI). Al igual que lo hicieron coordinadores de otros grupos, introdujeron en tema a los asistentes y a quienes participaron a través de videoconferencias, presentando los datos de la encuestas efectuadas en el marco de la Convención Médica.

El multiempleo de los profesionales a la hora de brindar medicina de calidad fue uno de los principales tópicos analizados en esa jornada, y que ocupó un lugar importante a lo largo de los meses de trabajo. Otros asuntos que también estuvieron presentes desde el primer día fueron la generación de incentivos que ayuden a fomentar la calidad, y la generación de políticas de género que consideren la creciente feminización en el sector.

Semanas después, el 14 de mayo, en la sede del Ministerio de Salud Pública (MSP) se llevó a cabo un taller de trabajo con médicos que cuentan con Cargos de Alta Dedicación, cuya apertura estuvo a cargo del presidente del SMU, Julio Trostchansky, y del viceministro de Salud Pública del momento, Leonel Briozzo.

El primero en hacer uso de la palabra fue Trostchansky, quien detalló que la idea del taller era poder “comenzar a escuchar a los protagonistas”. Enfatizó que los cargos de alta dedicación tienen un “valor importantísimo” porque dejaron de ser “un deseo de muchas generaciones”. Y aclaró que no se trata únicamente de la concentración de horas sino que es “mucho más”, porque permite tener una alta profesionalidad en la tarea y promover la fidelización del médico hacia la institución y viceversa.

Luego habló Briozzo, quien reflexionó que los cargos de alta dedicación 20 o 30 años atrás eran impensables y que ahora son una realidad que “no tiene vuelta atrás”. En sus palabras invitó a hacer el ejercicio dialéctico de pensar “¿A quién no le sirven los cargos de alta dedicación?”. A lo que respondió considerando el contexto sanitario actual: “Básicamente los enemigos de la alta dedicación son los que siguen defendiendo el multiempleo como forma de adueñarse de un porcentaje importante del dinero que hay hoy en los salarios médicos. Y en primer lugar, sin lugar a dudas, hay que ubicar a las corporaciones médicas”.

El tema de los puestos laborales de alta dedicación se continuó el 28 de mayo, cuando los coordinadores del Grupo 3 se reunieron con representantes de las instituciones de salud de Montevideo que han incorporado estos cargos a sus servicios. El objetivo del encuentro, que tuvo lugar en la sede de FEMI, fue evaluar la puesta en práctica de los cargos. En la actividad participaron referentes de instituciones y jefes de servicios que incorporaron cargos con estas características a sus empresas. También se contó con la presencia de la directora del Sistema Nacional Integrado de Salud, Elena Clavell. En

general, hubo coincidencia en que este tipo de cargos “mejoran la atención” y “la calidad de vida de los médicos”.

PROYECCIÓN

Para los coordinadores del Grupo 3 el gran desafío de esta Convención Médica estaba centrado en cómo realizar un abordaje del tema de la calidad asistencial de manera que marcara agenda política para el período 2015-2020. Objetivo que consideraban podría concretarse a partir de las recomendaciones que elaborasen los médicos y de su posterior divulgación. De ahí la importancia de las fundamentaciones teóricas y de investigar sobre los distintos tópicos propuestos para trabajar, para lo que se contó con el apoyo técnico al IECS y de otros asesores del medio.

No obstante, los médicos sostuvieron que una vez iniciada la tarea, encontraron menos evidencia de la esperada sobre determinados temas de gran relevancia para el grupo. Verificaron que existe mucha evidencia internacional para la toma de decisiones en diversas áreas temáticas, específicamente en todo lo que tiene que ver con la organización del trabajo o temas de educación; sin embargo, encontraron escasa información sobre cargos de alta dedicación o la planificación de estímulos para que los médicos se afinquen en zonas alejadas de los centros poblados. Al respecto, el Dr. Pisano explicó que la experiencia internacional disponible evidenciaba una tendencia de los países a concentrar en los centros urbanos la atención sanitaria, lo que demostraba que existe dificultad para desplazar la medicina hacia los lugares menos poblados del país.

Más allá de la escasa información, el material disponible posibilitó la reflexión crítica sobre el sistema nacional. “En la evidencia vimos que nosotros nos hemos concentrado mucho en la parte económica para desplazar a los médicos a un lugar del interior, pero lo que vimos en la bibliografía es que eso no le alcanza”, indicó el Dr. Pisano (quien además se basó en su experiencia personal puesto que se definió como “médico del interior”).

Para el profesional, además de lo económico, la radicación en el interior del país implica aspectos de formación, porque cuando el médico se va de la capital se aleja de los centros formativos. Asimismo, están en juego aspectos familiares, puesto que las experiencias exitosas que estudiaron demuestran que se obtuvieron mejores resultados contemplando al núcleo familiar, por ejemplo, facilitando un trabajo a la pareja del profesional, o teniendo presente a sus hijos adolescentes, por lo que debe ir a un poblado que cuente con un centro de Educación Secundaria. Otro aspecto que los profesionales consideraron es la posibilidad de ascenso, ya que si el traslado no comprende una posibilidad de crecimiento y el profesional no tiene proyección, la propuesta no prospera.

El Dr. Rebella remarcó que a pesar de la falta de evidencia científica: “Nosotros buscamos ser lo más rigurosos posible en cuanto a la toma de decisiones basándonos en la evidencia científica”.

Luego de la revisión bibliográfica se elaboraron recomendaciones que fueron trabajadas en las instancias abiertas presenciales y on line, y también en el grupo Delphi. En este último arribaron a una serie de recomendaciones que tuvieron un buen nivel de acuerdo; y que finalmente fueron aprobadas por más del 75% de los votos en el plenario final.

A nivel general, los coordinadores relataron que el tema de la dotación de personal necesaria para el funcionamiento, con los niveles mínimos de calidad de salud, fue de los puntos que ocupó mayor espacio en el intercambio de los profesionales del Grupo 3 y donde, en general, hubo consenso de que deben utilizarse mecanismos de estímulo financiero y no financiero para asegurar el desarrollo laboral continuo.

Para lograr la reorganización de recursos humanos en todo el país, los médicos recomendaron la creación de un organismo regulador gestionado por el SNIS, que cuente con asesoramiento de la Facultad de Medicina de la Udelar y el MSP. Aquí los coordinadores enfatizaron que la Universidad deberá ver cómo responde a las necesidades de personal que les sean planteadas; no obstante, en materia de formación ésta seguirá siendo la que tenga la última palabra.

Por su parte, el organismo regulador deberá establecer cuáles son las necesidades del sector, contemplando los aspectos sanitarios, las perspectivas de formación y las necesidades del mercado laboral: “Tendrá que poder establecer la necesidad de los recursos humanos médicos que le hacen falta. Para poder hacer eso tiene que establecer estudios médicos serios de proyección de densidad de especialistas”, detalló el Dr. Rebella.

Donde también existió consenso entre los médicos que participaron de las actividades del grupo, fue en la discusión sobre el ingreso al mercado de trabajo. Aquí los profesionales sostuvieron que las residencias médicas deben convertirse en la puerta de acceso a puestos laborales efectivos. Es decir que un residente de determinado centro de salud, una vez que termine la especialidad y que la institución en la que se formó incorpore personal, sea contratado de manera “natural”, salvo que haya disconformidad con el profesional. Una vez que las residencias sean el ingreso al mercado, la medida redundará en una mayor dedicación del profesional. Esto también deberá estar regulado por un organismo único: los médicos recomendaron desarrollar un Programa Nacional de Residencias Médicas.

Otra sugerencia realizada en vistas a regular la actividad laboral es la creación de cargos de alta dedicación. Rebella se refirió a la situación de multiempleo de los médicos como un caso excepcional en el mundo, donde, según la Encuesta Nacional a Médicos, sólo 14% de los profesionales tiene un empleo y la mayoría tiene entre dos y tres (27% en ambos casos). Y los hay hasta con cuatro y cinco trabajos (19% y 13%), respectivamente. Los cargos laborales exclusivos pueden ayudar a reducir el multiempleo y mejorar las condiciones en que se desarrolla la tarea. Al mismo tiempo los profesionales

recomiendan extremar las medidas para la eliminación de las formas precarias de contratación médica, haciendo particular énfasis en la supresión de las tercerizaciones.

El punto en el que los coordinadores percibieron más complejidades y desacuerdos fue en la definición de variables de calidad para incorporar a los Consejos de Salarios. Las más discutidas fueron fundamentalmente las financieras. A modo de ejemplo relataron que si bien existe bastante evidencia que asocia el cumplimiento de objetivos de calidad a factores económicos, como el pago de incentivos a las instituciones que concretan sus metas, su pertinencia fue muy discutida por los profesionales.

Ambos estuvieron de acuerdo en que resulta difícil la definición de este tipo de variables porque están comprendidas distintas visiones y diversos factores que van más allá de lo económico. Es que el tiempo que los profesionales le dedican a su profesión varía de una especialidad a otra, y esas diferencias deben ser tenidas en cuenta al momento de la evaluación del trabajador.

A pesar de las dudas que generó el tema entre los profesionales, la recomendación final tuvo un alto respaldo. Ésta establece que además de los componentes de ajuste por inflación y crecimiento, deberá considerarse un elemento de “ajuste por calidad”.

Por otra parte, quienes participaron del Grupo 3 propusieron la creación de comités por institución, integrados por representantes gremiales médicos y no médicos, delegados de los prestadores de salud y del MSP. Y tendrán la tarea de generar recomendaciones que aporten al ejercicio de la profesión médica en la institución, y al equipo de salud en lo que tiene que ver con condiciones laborales, aspectos de seguridad del paciente y la formación continua, entre otros temas.

Sobre la labor de coordinación que desarrollaron durante la Convención Médica, el Dr. Rebella resumió: “Se logró un proceso con rigurosidad técnica y científica, democrático y participativo, por distintos mecanismos como las tecnologías de la información y comunicación, foros de discusión, *mailing* y encuentros presenciales. Se logró crear una dinámica interesante con una tecnología distinta”.

El Dr. Pisano, por su parte, consideró que la Convención representó un “antes y un después”. Significó un “aprendizaje” personal que le permitió vincularse con profesionales del ámbito académico e incluso con quienes fueron sus docentes en la facultad. Al mismo tiempo que fue un “desafío”, porque para desarrollar la tarea de coordinación debieron estudiar y prepararse para hablar en público, para “defender las ideas que uno cree que van a mejorar la calidad de la medicina en Uruguay”.

A modo de evaluación personal, el Dr. Pisano consideró que “faltó apoyo médico de la Federación del Interior”. Opinó que en el ámbito de la salud sigue primando una visión centralista pero para que eso cambie los médicos del resto del país deben tener una postura y transmitirla: “Tienen que ocupar esos espacios, yo soy un médico del interior que llegó hasta ahí, puede haber sido por diferentes motivos, pero cuando llegué traté de estar a la altura de los acontecimientos”, enfatizó. Aclaró que esos espacios deben

ser llenados con “cabeza, intelecto y poniendo ideas”. Y agregó: “Si la postura de los médicos rurales del interior profundo no aparecieron es porque no quisieron, porque hubo miles de maneras de participar, por foros, Twitter, Facebook, presencial... se podría participar”.

Por último reflexionó que parte del trasfondo estuvo centrado en quién inició la discusión y no qué se estaba discutiendo: “La base es que haya una discusión de todos los médicos del Uruguay. Somos más de 14.000 en el país y todos tienen que participar, no importa que sean dueños, empresarios o asalariados”.

RECOMENDACIONES

La mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención.

El Comité Convocante de la 9ª Convención Médica Nacional definió como uno de sus cuatro ejes centrales de análisis, la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales.

De esta manera, el proceso de discusión que se inició en diciembre de 2013, que incluyó instancias presenciales, asesoramiento por parte de institutos especializados (IECS), foros virtuales, encuestas, consultas a expertos nacionales y aportes individuales de los médicos -entre otros- identificó tres grandes áreas temáticas dentro de este dominio: dotación de profesionales, organización del trabajo médico y encuadre del ejercicio profesional.

Con relación al primero de los puntos se destacó el desajuste de la oferta y la demanda de profesionales en el proceso de cambio del sistema. Probablemente uno de los problemas del desajuste esté vinculado a las dificultades de planificación y la coordinación entre la principal institución formadora, las instituciones que deben dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población y el regulador.

La escasez relativa en algunas especialidades y zonas geográficas, y las dificultades para una formación en cantidad y calidad suficiente, requieren de un órgano que articule la oferta y la demanda y proyecte los recursos en base a los cambios previstos en el mercado de trabajo, asociado a estímulos de distinta naturaleza.

En lo que refiere a la segunda área temática, la opinión de los médicos y la evidencia dejan en claro que un mercado laboral fragmentado atenta contra la calidad de la atención y las condiciones de vida de los profesionales. En esta línea se proponen medidas que desalienten el multiempleo y concentren el trabajo, desde el inicio mismo de la actividad laboral (Residencias Médicas, CAD de inicio en las instituciones) hasta el retiro.

Finalmente, las condiciones laborales y el ejercicio profesional constituyen dos problemas asociados que limitan la capacidad de respuesta del médico a las exigencias que se derivan de una asistencia de calidad. Autonomía profesional, educación continua, políticas de género e instalaciones y equipamiento adecuados -entre otras condiciones- precisan de respuestas institucionales acordes.

Dado lo planteado se ponen a consideración de los participantes las siguientes recomendaciones:

Proyectar los recursos humanos en función de la necesidad asistencial a través de un organismo regulador

Diseñar e implementar un modelo de proyección que permita ajustar la oferta de recursos humanos en salud a su demanda proyectada (en calidad y contenido), a través del regulador del SNIS; deberá contar con el asesoramiento de la Facultad de Medicina¹ y el Ministerio de Salud Pública (MSP), conjugando objetivos sanitarios, perspectivas de formación y necesidades del mercado laboral, quedando su implementación, forma e intensidad en el ámbito autónomo de la Facultad de Medicina.

Universalizar el sistema de Residencias Médicas y transformarlo en la vía de ingreso del médico al mercado de trabajo

Universalizar la formación de especialistas médicos en todos los efectores del sistema a través de un Programa Nacional de Residencias Médicas, convirtiendo el mismo en el principal ingreso al mercado laboral.

De esta manera se podrá implementar un sistema de residencias en todo el país, tanto en efectores públicos como privados. Serán acreditados por la Facultad de Medicina, aportando al desarrollo asistencial del interior y a la radicación de médicos en el interior, con un modelo de trabajo y dedicación exclusiva en esta etapa, de fuerte contenido académico y asegurando la excelencia en la enseñanza y el desarrollo de la investigación clínica. De esa manera se asegurará la formación de especialistas, adaptada a las necesidades del país, condiciones adecuadas para el ejercicio profesional y la formación de calidad, así como condiciones salariales acordes que permitan la dedicación exclusiva. En la transición se impulsarán mecanismos que permitan priorizar las competencias para el acceso a los cargos médicos, así como la regularización del título de especialista para el ejercicio de la especialidad.

Implementar incentivos que permitan la radicación en el interior y las áreas rurales

Además de tener en cuenta la implementación de un sistema de incentivos financieros para atraer médicos al interior del país, se deberán considerar fundamentalmente incentivos no financieros como las motivaciones individuales para completar la formación médica, las condiciones para un adecuado ejercicio profesional, y políticas sociales específicas orientadas a los profesionales y su familia.

¹ - Este punto refiere a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y a instituciones formadoras de recursos humanos que eventualmente se acrediten y habiliten como formadoras de especialista médicos.

Mejora de las condiciones laborales y salariales incorporando componentes que contemplen la calidad asistencial.

En el marco de la discusión de los próximos convenios salariales y la negociación colectiva, incorporar -además del componente de ajuste por inflación y crecimiento- un tercer elemento denominado ajuste por “calidad”².

Asimismo se propone crear comités por institución (integrado por profesionales que representen al gremio médico y no médico, a los prestadores y al MSP), los que generarán recomendaciones vinculantes en cuanto a las condiciones necesarias para el ejercicio de la profesión médica y el equipo de salud en diversos aspectos: gestión clínica, autonomía profesional, educación continua, condiciones laborales y aspectos de seguridad del paciente, en consonancia con la legislación y reglamentación vigente en materia de salud ocupacional.

Reforma del mercado de trabajo estimulando la concentración laboral a través de cargos de alta dedicación

Generar estrategias que desalienten el multiempleo³, profundizando la implementación de cargos de alta dedicación en todos los efectores del sistema sanitario, en consonancia con los objetivos definidos por la 8va Convención Médica Nacional de arribar a un sistema de retribución común (“laudo único nacional”).

Se deben extremar las medidas para acelerar el cambio en el mercado de trabajo, teniendo en cuenta las condiciones actuales de trabajo médico con particular enfoque en la eliminación de las formas precarias de contratación médica (con particular énfasis en la eliminación de las tercerizaciones).

2 - Deberá articularse entre las instituciones médicas (privadas y públicas) y los gremios (médicos y no médicos) en base a objetivos comunes asociados a la calidad asistencial y la eficiencia en la gestión, compartiendo riesgos y beneficios debidamente cuantificados, en línea con los objetivos sanitarios fijados por el MSP a corto y mediano plazo y las bases de calidad de asistencia surgidas de la propia 9º Convención Médica Nacional, definiendo indicadores y combinando incentivos en el plano del servicio, individual y/o grupal.

3 - El que afecta a más del 80% de los médicos de Uruguay según la última encuesta de Equipos Mori a médicos, realizada entre Noviembre y Diciembre del 2013, encargada para la 9º Convención Médica Nacional por el SMU.





RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

GRUPO 4:

Elaborar y reportar de forma transparente el desempeño y resultados de la atención médica, así como dar mayor participación al usuario.

PARTICIPANTES

Dr. Francisco González, Dra. Mónica Pujadas, Dr. Luis Ruso, Dr. Hugo Rodríguez,
Dr. Carlos Dufrechou, Dra. Silvia Mato, Dr. Washington Bermúdez, Dra. Alicia Ferreira,
Dra. Beatriz Silva, Dr. Juan Gil, Dr. Oscar Gianneo, Dra. Graciela Fernández, Dr. Alberto Deicas,
Dra. Cecilia Idiarte Borda, Dr. Homero Bagnulo, Dr. José Luis Díaz Rossello, Dr. Ricardo Acuña.

La labor que desarrollaría el Grupo 4, el cual se centraba en la transparencia de resultados médicos y en el vínculo con el paciente, fue presentada el 27 de marzo de 2014 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. La apertura estuvo a cargo de los coordinadores del grupo: Dr. Alfredo Toledo y Dr. Álvaro Margolis. Además se contó con la presencia del referente del grupo e integrante del Comité Convocante, Dr. Miguel Fernández Galeano, quien dio a conocer los objetivos de todos los grupos que funcionaban en el marco de la Convención Médica Nacional y detalló específicamente los del Grupo 4. Explicó que el cometido que se tenía era “poner el foco en las nuevas tecnologías para alcanzar la calidad” y “garantizar” que la información esté “disponible” para todos los actores de la salud.

En tanto, los coordinadores profundizaron información sobre los lineamientos del grupo que se ocuparía del reporte de resultados de la atención médica y el rol de los usuarios en el sistema de salud.

Al hacer uso de la palabra, el Dr. Toledo se refirió a la importancia en el “diseño de indicadores” como un aspecto necesario para “la vigilancia epidemiológica como forma de sustentar la calidad”, y resumió: “Es importante analizar qué datos salimos a buscar, para qué los salimos a buscar y para qué los difundimos”.

El Dr. Margolis fue responsable de detallar los resultados obtenidos a partir de la Encuesta Nacional Médica y de las entrevistas a referentes grado 4 y 5, y de la encuesta a la población. Repasó que 51% de los profesionales encuestados estaba “muy dispuesto” a aumentar la cantidad de registros médicos si eso repercute en una mejora de la calidad de atención. Al tiempo que un 41% restante manifestó estar “dispuesto” al incremento de registros.

Durante la actividad quedó de manifiesto en más de una oportunidad la relevancia que tiene “dar transparencia a todo lo que se hace”, siendo esta una forma de brindarle seguridad al paciente.

A mediados de mayo, y luego de que se impulsara el intercambio a través de las distintas plataformas digitales, tuvo lugar la conferencia sobre Historia Clínica Electrónica, a cargo del Dr. Profesor Javier Carnicero, en la sede del SMU. En primera instancia hizo uso de la palabra el Dr. Fernández Galeano, quien se refirió a la necesidad que tiene el sistema médico de “avanzar” en lo que tiene que ver con dar “espesura” y “profundidad” a la calidad de la atención médica. Y detalló que “para tener una buena rendición de cuentas es imprescindible (tener) información oportuna suficiente y de calidad que permita informar sobre lo que estamos haciendo”.

Luego cedió la palabra al Ing. Jorge Forcella, director del programa Salud.uy. Éste explicó que la iniciativa local busca fortalecer el SNIS conformando una red asistencial mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), creando he-

ramientas que contribuyan a mejorar el acceso de los ciudadanos a servicios de salud de calidad. Cabe señalar que el programa funciona a partir de un acuerdo entre la Agencia Española para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC), Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas.

El Estado español, en el proceso de reforma de su sistema sanitario, le asignó un papel importante al tema de la información y de las TIC, por eso el Comité Convocante de la Convención invitó al médico español Carnicero. Al inicio de su presentación éste manifestó “admiración” por la existencia de un proyecto de historia clínica electrónica nacional en Uruguay, y valoró los aspectos positivos que esto conlleva. También planteó las dificultades que se presentarán durante el desarrollo del sistema ya que, entre otras cosas, “es un trabajo difícil, largo y costoso”. Ilustró los logros y los problemas que surgirán en el camino, tomando como referencia la experiencia española.

A finales de mayo los coordinadores del Grupo 4 moderaron dos mesas redondas, una sobre Historia Clínica Electrónica y otra sobre el rol de los usuarios. El Dr. Margolis moderó el panel sobre reporte de la actividad en salud, en la cual participaron los profesionales: Dra. Alicia Ferreira, Dr. Juan Gil, Dr. Oscar Gianneo, Dr. Homero Bagnulo, Dr. Luis Ruso e Ing. Jorge Forcella. Cada uno, a su manera, dejó manifiesta la importancia del acceso a la información de la historia clínica, el interés que tienen los usuarios de poder hacerlo, y hasta cómo puede llegar a repercutir de manera positiva en los tratamientos y en la atención en general. Además, ubica en el centro al usuario y pone en un plano de igualdad al paciente y al médico.

Posteriormente, el Dr. Toledo moderó la mesa sobre participación. El primero en exponer fue el Dr. Horacio Rodríguez Dulcini, luego lo hizo la Dra. Cecilia Idiarte Borda y el Dr. Jorge Quian. Finalmente se dio lugar a representantes de asociaciones de pacientes. Expusieron por la Asociación Todos Unidos Enfermedades Raras Uruguay (ATUERU) el Dr. Luis Vilardo y María Inés Fonseca, y por la Asociación Civil de Pacientes con Psoriasis (APSUR) el Esc. Gustavo Di Genio.

Los tres optaron por comenzar su presentación mostrando un video que ilustraba con humor la distancia existente entre el médico y el paciente, y concluyeron su exposición haciendo énfasis en la necesidad de romper con esa idea de “ellos y nosotros”, es decir, los médicos por un lado y los pacientes por otro. Al respecto resumieron: “somos un todo”.

A LA VISTA

Los coordinadores del Grupo 4 catalogaron el proceso de la Convención Médica como “muy completo y participativo” y mucho más abarcativo que un congreso médico, pues implicó un largo proceso: “Al ser una Convención hubo casi seis meses de discusión

e intercambio, búsqueda de materiales, y tiene un continuo ya que hay una comisión que sigue trabajando y sigue agregando materiales para la próxima Convención”, comentó el Dr. Toledo. Y acotó que los médicos deben hacer el “máximo esfuerzo” para mantener “encendida la Convención” hasta que tenga lugar la siguiente.

En tanto, el Dr. Margolis destacó el aporte recibido por parte de los referentes del IECS en la búsqueda de materiales y en la sistematización de la información, así como en la orientación de la coordinación de los grupos Delphi. Y explicó que tras el trabajo de investigación efectuado tuvieron la tarea de discriminar, a partir de lo que surgió de la evidencia, qué aspectos debían ser tenidos en cuenta en función de la realidad nacional.

Ambos calificaron el proceso como “muy profesional” puesto que se llegó a recomendaciones que no se basan en “lo que pensaban los expertos solamente, ni tampoco en la evidencia internacional sin bajar a tierra al nivel de Uruguay”. Acotaron que al momento del plenario “estaba todo más que discutido”, no sólo en el grupo Delphi sino también en las instancias presenciales y en los foros virtuales. Y en las distintas discusiones se tomaron como insumos las encuestas efectuadas a los actores vinculados. Resumieron que el proceso desarrollado fue “más moderno” que el utilizado en otras convenciones, “adaptado al 2014”.

En cuanto a las recomendaciones, los coordinadores manifestaron que la opinión sobre el reporte público de indicadores fue “bastante lineal”. “La evidencia y la percepción de los líderes de opinión es que haya reporte público de los resultados de las instituciones y que no suceda, por ejemplo, que una institución tenga información privada y nadie sepa cómo les está yendo”, indicó Margolis.

Lo que surgió de la reflexión conjunta fue la necesidad de que haya reportes públicos, pero se llegó a conclusiones sobre cómo implementarlo, puesto que valoraron que eso es responsabilidad de las autoridades sanitarias. Sostuvieron que la divulgación de datos no pasa sólo por lo institucional sino que también involucra la actividad de los médicos y el rol de los usuarios. “En definitiva tenemos que ver cómo compatibilizar lo que las autoridades sanitarias exigen, lo que opinan los pacientes y el sentir de los médicos”, reflexionó Toledo.

El Dr. Margolis recordó que actualmente hay indicadores que las instituciones médicas ya están obligadas a difundir, pero remarcaron que la calidad va más allá de los tiempos de demora o de las instalaciones con las que cuenta el centro: comprende temas más vinculados a la atención, los cuales muchas veces los propios usuarios no tienen en cuenta al momento de elegir mutualista.

En cuanto al reporte de datos el Dr. Toledo resumió: “El ministerio está avanzando pero es importante que los médicos estén de acuerdo en que se siga avanzando en esta línea porque es bueno para la calidad de atención”.

Impulsar “la inclusión del incentivo por desempeño en calidad”, tanto a los médicos como a las organizaciones sanitarias, es una de las recomendaciones propuestas por el

Grupo 4. Aunque se aclara que “resulta difícil aislar este efecto, en virtud de que este tipo de incentivos económicos en general se dan en el contexto de otras estrategias orientadas a mejorar la calidad”.

El Dr. Margolis detalló que en esta premisa fue donde hubo más desacuerdo entre los médicos que participaron de la discusión. Indicó que de entrada la “evidencia era débil” pues el pago de incentivos “no ha demostrado un gran beneficio”. Y relató: “arrancó con más fuerza” pero “después la evidencia lo bajó, la discusión lo siguió bajando y quedó en las recomendaciones pero sujeto como a considerar”.

Otra de las sugerencias que efectuaron los médicos es estimular la participación de los pacientes para que ejerzan su derecho en la toma de decisiones. Lo que puede redundar en mejoras en la calidad de atención de la salud y en que las decisiones médicas que se tomen sean de alta calidad.

El Dr. Toledo comentó que esta fue la primera vez en que representantes de organizaciones de usuarios participaron de actividades organizadas en el marco de la Convención. Se intentó detectar cuáles eran los obstáculos en materia de atención médica y aspectos a mejorar, tanto en la atención médico-paciente como a nivel institucional.

Repasó que el rol de los usuarios ha ido cambiando con el paso de los años y que en la actualidad los pacientes llegan a la consulta con mucha información, por lo que el médico tiene que lograr aprovechar ese conocimiento previo, u orientarlo cuando éste es errado.

RESUMEN DE PROPUESTAS PARA LA 9ª CONVENCION MÉDICA NACIONAL

Reporte de resultados de la atención médica y rol de los usuarios en el sistema de salud.

INTRODUCCIÓN

Si se logra obtener información confiable y oportuna, aprovechando en muchos casos los recursos que brindan las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), se podrán construir medidas de calidad e indicadores para evaluar el desempeño y la efectividad de las organizaciones de salud que forman parte del sistema sanitario.

Contando con esta información se podrá realizar una efectiva valoración de la calidad de la atención médica y eventualmente desarrollar sistemas de pago por desempeño para alcanzar metas institucionales y profesionales. Si además se publicaran dichos indicadores, pueden ayudar en la toma de decisiones tanto de las autoridades sanitarias como de los profesionales, instituciones de salud y de los usuarios, afiliados, pacientes y familiares, cuyos derechos son rectores de la calidad de la atención médica.

El rol que estos últimos desempeñan en el proceso de atención, como una dimensión más de la calidad, es conocido. Ya se sabe que involucrar a los pacientes en el planeamiento y prestación de los servicios de salud es recomendado como un medio para mejorar la calidad de los servicios.

Las organizaciones que han sido exitosas en promover una atención centrada en el paciente, han ido más allá de los marcos tradicionales de la mejora de la calidad basada en la medición y la auditoría clínica, y han adoptado un enfoque organizacional estratégico orientado al paciente. La atención de buena calidad requiere que los procedimientos, tratamientos, y pruebas sean no solo médicamente apropiados, sino también deseados por pacientes informados, respetando así sus preferencias.

En este sentido se vienen realizando esfuerzos en nuestro país por recuperar terreno perdido respecto al contexto internacional, y avanzar en la aplicación de las TIC como una estrategia que mejore el registro de la actividad sanitaria y consecuentemente permita conocer mejor los resultados de las intervenciones que realizamos.

Es así que la informatización de las organizaciones de salud, particularmente en las áreas clínicas, ha venido avanzando progresivamente en los últimos años, a impulso de múltiples proyectos institucionales sin mayor coordinación entre sí. Ello ha permitido

ir propiciando el proceso de cambio cultural, tan necesario para la adopción de las nuevas herramientas. Pero al mismo tiempo, la falta de un hilo conductor ha dificultado la interconexión de los sistemas entre sí, o el reporte unificado de resultados.

En el presente período de gobierno, y siguiendo una política de Estado de gobiernos anteriores en esta temática, se ha impulsado dentro de la Agenda Electrónica del país, a la historia clínica electrónica y a la Telemedicina. Para ello, la Agencia para el Gobierno Electrónico (AGESIC) ha creado el Programa Salud.uy, responsable de coordinar esta temática a nivel país, incluyendo la definición y adopción de estándares para la interoperabilidad entre los sistemas e instituciones.

PRINCIPALES PROPUESTAS

Reportar públicamente y difundir los resultados sanitarios de las organizaciones de atención médica.

Se considera que las medidas de calidad que son informadas públicamente mejoran a lo largo del tiempo. Para que el reporte de resultados sea realmente efectivo deberán definirse indicadores de estructura, procesos y resultados que sean abarcativos, fiables, de publicación oportuna y periódica, adoptados en consenso con los distintos actores, y que se centren en las áreas consideradas como prioridades sanitarias del país. Se hace referencia a indicadores clínicos y de gestión institucional, donde estos últimos contribuyen a contextualizar la interpretación de los primeros. Existe fuerte evidencia de que el reporte público de resultados está asociado con la mejora de las medidas de desempeño de la atención de la salud, y que está probablemente más asociado con los cambios en el comportamiento del prestador de servicios que con la selección de los prestadores por parte de los pacientes. También es conocido a nivel internacional que los esfuerzos de mejora de la calidad entre las instituciones con reporte público parecen ser significativamente mayores que en aquellas que tienen reportes privados, por lo cual existe un valor agregado en hacer pública la información de desempeño institucional.

No es suficiente con publicar la información, sino que un desafío para maximizar su impacto es que sea comprensible por parte de todos los interesados, por lo que es necesario desarrollar y profundizar las estrategias comunicacionales y la educación de los usuarios, de manera tal de disminuir la asimetría de información entre la población y el sistema sanitario.

Impulsar la implantación de la historia clínica electrónica y el desarrollo de la telemedicina.

Adoptar ampliamente la historia clínica electrónica (HCE) y la telemedicina, asegurando un registro adecuado e intercambio de la información para diversos usos (atención médica, gestión clínica, investigación, vigilancia epidemiológica). La historia clínica electrónica es una herramienta que, tomando en cuenta los aspectos éticos y jurídicos de la protección de datos sensibles, contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención médica. Asimismo, se debe asegurar un registro de buena calidad, más allá del medio de soporte.

No obstante, la adopción de la HCE no es un proceso fácil porque, además de las dificultades técnicas asociadas a su diseño y aplicación como la definición y adopción de estándares para la interoperabilidad (técnica, semántica y operativa), se debe cuidar de no afectar la relación médico-paciente, y contemplar los obstáculos a salvar.

En este sentido es importante reconocer y abordar las principales barreras y/o facilitadores que limiten o favorezcan los cambios necesarios.

Ejemplos de barreras: Falta de usabilidad de los sistemas, falta de interfaces de usuario uniformes entre las distintas instituciones, escaso tiempo para el registro, falta de utilidad clara para el profesional actuante, necesidad del uso de estándares, entre otros.

Ejemplos de facilitadores: capacitación de los usuarios y adecuado soporte técnico, incorporación de propuestas de valor bien definidas para el profesional o para el paciente, integración del registro en los flujos de trabajo de los equipos, mecanismos de estímulo entre pares, estímulos económicos, entre otros.

Estimular la participación de los pacientes para ejercer su derecho en la toma de decisiones y en iniciativas de seguridad.

De esta manera se logran beneficios para los pacientes, los médicos, y el sistema de salud, incluyendo: menor ansiedad acerca del proceso de atención, mejores resultados de salud, mayor seguridad en el proceso de atención (y reducciones en variaciones arbitrarias en la misma), y los costos; también una mayor alineación de la atención con los valores y preferencias de los pacientes.

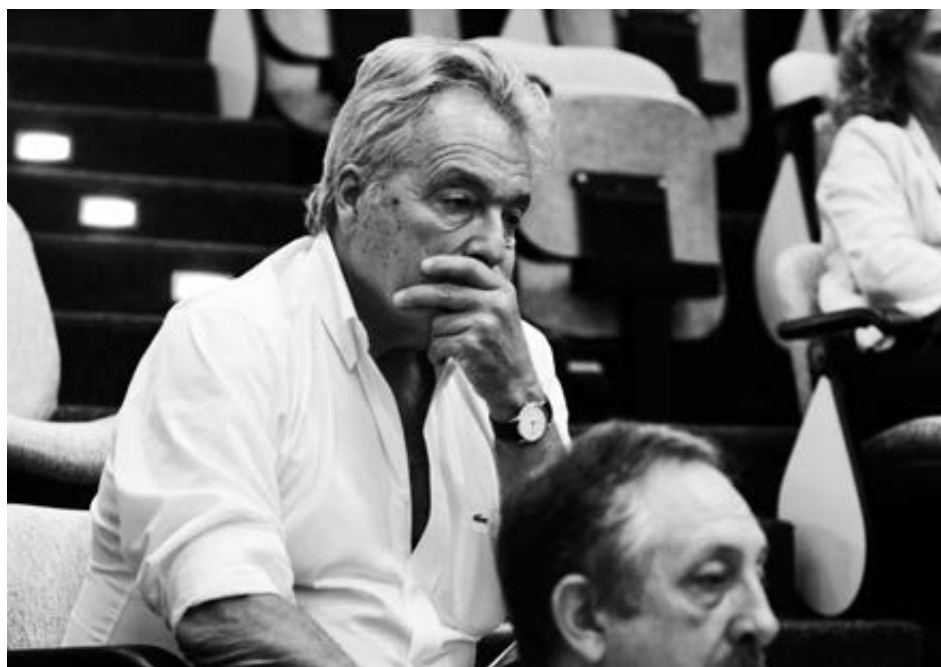
Si se logra empoderar al paciente, involucrándolo en un proceso de toma de decisiones compartidas, la calidad de los servicios y los resultados de salud mejoran. En forma creciente ha ganado consenso la idea de que la participación del paciente mejora la calidad de atención de la salud; los expertos creen que para que las decisiones médicas sean de alta calidad, se requiere que los pacientes sean informados e involucrados en el proceso de decisión.

Al considerar que la participación activa de los pacientes/usuarios mejora la calidad de la atención, deberán reconocerse y abordarse las principales barreras y/o facilitadores que limitan o favorecen los cambios necesarios. Entre estos últimos merece un especial destaque la introducción de estrategias educativas, en forma individual y colectiva, con la participación de todo el equipo de Salud: involucrar a los pacientes/usuarios y sus familias en iniciativas de seguridad como parte de una estrategia de atención centrada en el paciente, para reducir errores y eventos adversos, mejorando y ayudando a construir una cultura de seguridad y organizaciones orientadas al paciente.

Promover la inclusión del incentivo por desempeño en calidad, constituyendo uno de los componentes de una estrategia general de mejora de la misma.

Existe evidencia que al incluir incentivos a los médicos y a las organizaciones prestadoras se logra un mejor desempeño por el aumento de la calidad de atención, y en algunos casos por la reducción de los costos. También hay evidencia de que aquellas instituciones que implementaron sistemas de pago por desempeño, en comparación con otras que no lo hicieron, muestran una mejora en algunas variables; de todas maneras resulta difícil aislar este efecto, en virtud de que este tipo de incentivos económicos en general se dan en el contexto de un conjunto de otras estrategias orientadas a mejorar la Calidad.





DECLARACIÓN FINAL
9ª CONVENCION MÉDICA NACIONAL

Desde que en 1936 se impulsara la idea de un “Congreso Médico Nacional”, y que tres años después se desarrollara la Primera Convención Médica Nacional, han pasado 78 años y ocho Convenciones Médicas, constituyendo un legado fundamental para seguir avanzando en el desarrollo de la atención médica en nuestro país.

Las Convenciones han sido una fuerza promotora de cambios, generadoras de encuentros de todos los médicos del país para debatir aspectos sustanciales de la medicina nacional, en un ámbito de libertad y democracia, constructoras de las grandes líneas de pensamiento de la medicina en Uruguay.

La 8ª Convención abordó tres ejes temáticos centrales: el sistema de salud, el trabajo médico y la ética médica, sentando las bases y dando el impulso necesario para el diseño e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, para la reforma del trabajo médico que estamos transitando y para consolidar la idea de la creación del Colegio Médico Nacional, para que luego el gremio médico lograra su aprobación definitiva en el Parlamento Nacional.

A partir del 2008, Uruguay se encuentra transitando profundos cambios en el sector salud. Se han logrado generar condiciones necesarias, pero no suficientes aún para un salto cualitativo en la calidad asistencial. Pese al esfuerzo diario de los profesionales médicos, el resto del equipo de salud en su actividad profesional, y el país en su conjunto, corremos el riesgo de ahondar el rezago en términos de calidad lo que, a nuestro juicio, podría hacer retroceder los importantes avances del proceso de reforma.

La transformación del sistema de salud en Uruguay, con la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud, estuvo orientado a lograr un acceso equitativo a los servicios integrales y exigibles que se necesitan a lo largo de la vida, con los máximos estándares de calidad y teniendo en cuenta su sostenibilidad.

Reducir las inequidades sanitarias aún existentes en el país resulta complejo a la luz de la realidad epidemiológica y demográfica. La coexistencia de las enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes, las socialmente transmisibles a través de pautas de conducta, la violencia -incluida la de género-, el aumento de la esperanza de vida, y la urbanización, requieren de respuestas innovadoras de los sistemas y servicios de salud.

A estos efectos resulta imperioso agregar enfoques de seguridad y calidad. Hoy no basta solo con accesibilidad a la salud, sino que se impone acceder a una oferta que se sustente con resultados clínicos medibles y comparables, tanto a nivel local como internacional, con el objetivo de la equiparación con los mejores estándares existentes. Se impone también la incorporación de prácticas e indicadores que garanticen que el usuario sea el centro de las políticas sanitarias. En este sentido, en los últimos años se han llevado adelante múltiples esfuerzos entre el colectivo médico, la Academia y las autoridades nacionales.

La 9ª Convención Médica Nacional, lanzada el 3 de diciembre de 2013, aborda como temática central de análisis la calidad asistencial desde cuatro dominios principales: prácticas clínicas orientadas a la mejora de la calidad de atención, formación de recursos humanos de calidad, cambios en el trabajo médico y el ejercicio profesional para la mejora de la calidad, y la elaboración y reporte de forma transparente del desempeño y resultados de la atención médica, así como participación del usuario en el sistema de salud.

Se promovió la participación de todo el colectivo médico por diferentes vías, a través de nuevas instancias generadas especialmente por la Convención y los mecanismos de las instituciones que colaboraron en el proceso.

Para este trabajo, se integraron como insumos para la discusión los resultados de una nueva encuesta médica nacional, de un estudio de opinión pública y de un estudio cualitativo con profesores grado 4 y 5 de la Facultad de Medicina. Además de la participación de 1200 colegas en las diferentes actividades y la apertura de diversas plataformas electrónicas (Foros, Facebook y Twitter) con miles de participantes. Se realizaron cuatro grupos de expertos que involucraron a 76 profesionales de las diferentes especialidades y ámbitos de trabajo, en la construcción de consensos sobre los ejes temáticos. En todo este proceso se contó con el apoyo de un equipo de expertos internacionales para nutrir el debate con el respaldo académico y la acumulación internacional en el tema de la calidad.

EN RELACIÓN A LOS CUATRO EJES TEMÁTICOS:

1. Mejora del modelo de práctica en la atención médica.

La mejora de la calidad de los servicios de salud se dirige a desarrollar modelos de atención que cumplan con los aspectos de accesibilidad, seguridad, oportunidad, eficiencia y enfoque en el paciente. Según se desprende de la encuesta médica nacional, solo el 25% de los médicos evalúan como muy buena la atención que reciben sus pacientes, lo que nos obliga como profesionales médicos con alto grado de compromiso social a buscar estrategias para mejorar la calidad de la atención. Además, es necesario evaluar estas estrategias desde el punto de vista del talento humano en los aspectos del impacto en la cultura organizacional de las instituciones, cambio de conducta profesional y rediseño de los procesos; la coordinación de la atención entre los distintos niveles, en particular optimizando la relación entre el primer nivel de atención y los otros, articulados a través de redes integradas de servicios de salud; el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud; la creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías; y el desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales en pos de una mayor

seguridad mejorando la cultura organizacional, surgen como recomendaciones centrales para mejorar la práctica médica.

2. Incorporación de nuevas estrategias a nivel de la formación de recursos humanos de excelencia.

La formación de especialistas en nuestro país a través del Programa Nacional de Residencias Médicas tiene fortalezas, pero también múltiples debilidades: forma de financiamiento y diseño jurídico, dedicación no exclusiva, debilidades vinculadas a programas académicos, centralización del programa en el sector público y concentrado en la capital, problemas en la acreditación de los servicios para lograr estándares académicos mínimos, entre otros. Según datos de la encuesta médica solo el 10 % de los médicos considera que la formación de postgrado logra estándares de excelencia.

Existe desde la creación del Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), actualmente liderado por el Colegio Médico, un impulso al desarrollo profesional médico continuo y un reconocimiento de la necesidad de avanzar en la recertificación profesional. El 84% de los médicos encuestados opinaron que la recertificación profesional es necesaria o imprescindible. Sin embargo aún no se ha logrado avanzar sistemáticamente en programas de desarrollo profesional médico continuo y recertificación profesional.

El Hospital Universitario, herramienta fundamental para la formación de recursos humanos y del desarrollo de la investigación clínica, sufre un deterioro extremo que conspira contra la formación de excelencia y la investigación.

La reformulación del Programa Nacional de Residencias Médicas orientado a la mejora de la calidad de la formación, el desarrollo de un programa nacional de recertificación médica, la reconversión del Hospital de Clínicas y la formación de una red nacional de hospitales públicos acreditados para cumplir funciones universitarias, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, son reformas impostergables para avanzar hacia la formación de recursos humanos de excelencia.

3. Mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención.

La falta de planificación de las necesidades de recursos humanos y la actual organización del trabajo médico en nuestro país, son factores determinantes en los problemas de dotación existentes, conspirando contra un ejercicio profesional adecuado y debilitando la autonomía.

El multiempleo constituye uno de los principales obstáculos a la mejora de las condiciones del ejercicio profesional. El 58% de los médicos considera que impacta bastante o mucho en la calidad asistencial; el 96% opina que lo ideal sería trabajar en uno o dos lugares; pero casi el 60% de los médicos actualmente tiene tres o más trabajos.

En línea con la reformulación del Programa Nacional de Residencias Médicas; la planificación de las necesidades de recursos humanos en el país; y la universalización de las Residencias Médicas convirtiéndolas en la vía principal de acceso al trabajo médico; el desarrollo de incentivos financieros y no financieros para la radicación de profesionales -particularmente en el interior y zonas rurales-, son herramientas centrales para abordar los problemas de número, distribución y formación de recursos.

La concentración del trabajo médico, una de cuyas herramientas es la creación de cargos de alta dedicación en todas las especialidades, como modelo antagónico al multitiempo, es condición necesaria para la mejora del ejercicio profesional, debiendo garantizarse con el gremio médico, los efectores y la autoridad sanitaria, las condiciones necesarias para una práctica profesional adecuada.

4. Transparencia en el reporte de resultados de la atención médica y rol del usuario en el sistema de salud.

La informatización de las organizaciones de salud, particularmente en las áreas clínicas, ha venido avanzando progresivamente en los últimos años, lo que posibilita los cambios culturales para la incorporación de las nuevas herramientas. Actualmente solo el 27% de los médicos evalúan como buena o muy buena la calidad de los registros en la historia clínica de los pacientes, y el 49% tiene una visión crítica de la utilidad y pertinencia de los registros exigidos.

Al mismo tiempo, la falta de coordinación a nivel nacional ha dificultado la interoperabilidad de los sistemas entre sí, o el reporte unificado de resultados. A nivel internacional se avanza hacia una mayor transparencia en la publicación de resultados de las instituciones de salud, y Uruguay no es una excepción en esta temática. Sin embargo, existe una ausencia importante de indicadores clínicos y de gestión relevantes en este tipo de reportes de la autoridad sanitaria.

Es imprescindible obtener información confiable y oportuna, utilizando los recursos que brindan las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), para construir medidas de calidad e indicadores para evaluar el desempeño y la efectividad de las organizaciones de salud que forman parte del sistema sanitario. La publicación de dichos indicadores ayudaría a la toma de decisiones tanto de las autoridades sanitarias como de los profesionales, instituciones de salud y muy especialmente de los usuarios, promoviendo la mejora de la calidad asistencial, en un marco de co-responsabilidad.

Por lo expuesto, los médicos reunidos en la 9ª Convención Médica Nacional, renovamos nuestro compromiso con la superación de la medicina nacional y la salud de nuestra población, y por tanto asumimos la responsabilidad de impulsar ante las autoridades nacionales las recomendaciones orientadas a la mejora de la calidad de atención médica que se resumen a continuación.





**CIERRE DE LA NOVENA
CONVENCIÓN MÉDICA NACIONAL**

Discurso del Dr. Julio Trostchansky
Presidente del Sindicato Médico del Uruguay

Buenas noches estimados colegas.

En los últimos meses me he preguntado varias veces si el esfuerzo de la Convención valía la pena. Destinar tantas horas, esfuerzo y recursos en este proceso podría ser discutible. Sin duda que nada de esto es necesario si estamos conformes con la calidad de la medicina en nuestro país. Si elegimos no cambiar nada el camino podría ser mucho más fácil. Sin embargo estamos convencidos de que observar con cuidado, medir, evaluar, cuestionar, confrontar opiniones, escuchar aportes de expertos, dialogar, crear y diseñar caminos para hacerlo mejor y solucionar los problemas, es una responsabilidad ética. Es lo que hacemos todos los días en el ejercicio de nuestra profesión ante cada paciente. Cómo no vamos a hacerlo con nuestra propia profesión y con la forma como se ejerce la medicina en nuestro país.

Tras 6 meses de intenso trabajo colectivo discutiendo con cientos de colegas sobre cómo lograr una medicina de calidad en Uruguay tengo un doble sentimiento. Por un lado estoy muy contento, gratificado y orgulloso de nuestra profesión, por lo que demostramos que somos capaces de hacer como colectivo. La discusión ha sido muy fructífera y tenemos mucho para decir sobre la calidad de la medicina en Uruguay.

Pero por otro lado, estamos muy preocupados. Estamos alarmados. Si ya lo intuíamos, este proceso nos ha confirmado lo lejos que estamos de tener una medicina de excelencia en Uruguay, a pesar del enorme esfuerzo que todos los médicos realizamos todos los días en nuestros lugares de trabajo.

Asumimos la responsabilidad de plantear esta preocupación. Nos alarman las dificultades ineludibles y los problemas en salud si no se toman las decisiones que hay que tomar. Nos alarma que no se asuma en serio el desafío de la calidad, porque si no se asume esta exigencia de la calidad entonces tendremos que hacernos cargo de las consecuencias. Todos. En particular quienes no escuchen o no quieran escuchar. Si no cambiamos, nuestros padres, nosotros, nuestros hijos y nietos no van a acceder a una medicina basada en las mejores prácticas, validadas en base a evidencia, con estándares y resultados medibles, logrados con criterios de seguridad y de efectividad. No vamos a lograr calidad si seguimos haciendo lo mismo. Tenemos que cambiar.

La *creación de centros de referencia*, en el marco de una red integrada de atención, nos permitirá una mayor especialización y eficiencia. La *recertificación médica*, primero voluntaria y luego obligatoria, nos permitirá garantizarle a la sociedad que nuestro título y nuestro saber siguen siendo válidos durante todo nuestro ejercicio profesional, para poder ejercer con la seguridad debida para todas las partes. El rediseño del *Programa Nacional de Residencias Médicas* nos permitirá mejorar la calidad de la formación y generar una vía calificada de ingreso al mercado laboral. La concentración del trabajo a través

de *cargos de alta dedicación en todas las especialidades* nos permitirá disminuir el multiempleo y atender mejor a nuestros pacientes.

La *disponibilidad de indicadores de desempeño* oportunos, pertinentes y confiables, nos permitirá asegurarnos que evaluamos y tomamos las decisiones en forma consistente con los estándares internacionales más exigentes.

Las recomendaciones que hemos elaborado y que mañana someteremos al plenario marcan un camino claro para mejorar en todos estos temas. Tenemos una gran oportunidad.

Si no logramos avanzar en el mapa de ruta que surge del proceso que estamos culminando, nos vamos a enfrentar con las consecuencias de un deterioro progresivo, y todo lo que hemos avanzado estará seriamente amenazado. No podemos asistir pasivamente a este deterioro y no hacer nada. Por eso estamos haciendo y dispuestos a asumir nuestra parte.

No estamos dispuestos a detener este proceso porque unos pocos pretendan imponer sus intereses particulares. No estamos dispuestos a desoír lo que la enorme mayoría de los médicos hemos dicho sobre estos cambios a lo largo de todos estos meses. Todos, sin ninguna exclusión pudieron participar. No aceptamos mentiras ni amenazas. No nos detenemos a responderlas. Seguimos avanzando pensando en el colectivo todo y en la sociedad en su conjunto.

Hemos demostrado que somos capaces de mejorar, porque hace 10 años estábamos mucho peor. Hace 10 años sufríamos dificultades mucho mayores en los traslados, en el acceso a medicamentos, en la disponibilidad de instrumental y tecnología adecuada, en la seguridad de contar con el personal de apoyo, en la disponibilidad de camas, en el tiempo de consulta. Hemos mejorado especialmente en la accesibilidad a un sistema integrado de salud. Hemos mejorado en una distribución más equitativa de los recursos. Vaya que hemos mejorado, pero estaríamos pecando de arrogantes, de ingenuos o de ignorantes si no asumiésemos que esas mejoras no alcanzan y que no nos permiten ofrecer una medicina de la calidad que aspiramos, ni para los pacientes, ni para sus familiares, ni para nosotros como profesionales. Nos merecemos un sistema mucho mejor. No nos conforma la mejora. Solo nos conforma la calidad.

Las mejoras en el primer nivel de asistencia son muy importantes y tenemos que seguir trabajando en eso. Pero tenemos que desarrollar *una red de servicios que integre los diferentes niveles de atención*, desde el primer nivel hasta los más sofisticados, con centros de referencia que aseguren las mejores prácticas, y herramientas de financiación que sin perder los logros alcanzados, los potencien y los hagan más eficientes y eficaces, en particular en materia de medicina altamente especializada.

No es suficiente formular políticas de calidad, hay que avanzar hacia *la acreditación de las instituciones*.

No alcanza con la formación médica continua, es necesario organizar y definir el proceso de *recertificación*.

No alcanza con las mejoras salariales que se han conseguido, hay que disminuir el multiempleo, seguir creando *cargos de alta dedicación* en las diferentes especialidades y crear un *Programa Nacional de Residencias Médicas*.

No alcanza con disponer de algunos indicadores sobre el desempeño de algunas instituciones privadas. Es imprescindible *contar con información confiable, pertinente y oportuna* de todas las instituciones, públicas y privadas, y en función de esa información deben tomarse decisiones que demuestren que no es lo mismo hacer las cosas bien que no hacerlas.

No alcanza con generar incentivos por desempeño si no se desarrollan los *sistemas de información* adecuados para monitorear esos resultados, ni mucho menos hacer pagar por esa incapacidad a los médicos que deben operarla.

Esto que hemos estado trabajando es parte de la hoja de ruta. Si no se avanza en este camino, nos hundimos, pretendiendo salvarnos abrazados a logros del pasado que ya son derechos sin marcha atrás. Hay que seguir adelante. Hay que exigir mucho más. Hay que ser creativos. Hay que integrar conocimientos, miradas, aportes.

Tenemos que ponernos de acuerdo en una nueva partitura para que la música que tocamos suene mucho mejor. Así como Sergio Feferovich en el lanzamiento de la Convención nos animaba a lograrlo, y presentamos este desafío con un grupo de jóvenes talentosos que hacen música de calidad con tachos de lata, hoy vamos a terminar esta jornada y a prepararnos para el plenario final de mañana compartiendo también una creación musical diferente, ejemplo de esta integración que precisamos en la medicina, entre lo viejo y lo nuevo, lo más rápido con lo que precisa más tiempo, lo más artesanal y clásico con lo más moderno y tecnológico. Ojalá nos sirva de inspiración y sigamos transitando juntos por este camino, finalizando la jornada de mañana con una declaración pública que sacuda la realidad y nos ayude a dar un salto cualitativo en materia de la calidad de medicina que Uruguay necesita. Muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Asociación Uruguaya de Acupuntura
Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta
Sociedad de Anatomía Patológica
Sociedad de Anestesiología del Uruguay
Sociedad de Angiología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Sociedad de Cirugía del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica
Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Cirugía de Tórax
Sociedad Uruguaya de Citología
Sociedad de Dermatología del Uruguay
Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay
Asociación de dietistas y nutricionistas
Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor
Sociedad Ginecotocológica del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Emergencia y Trauma
Sociedad Uruguaya de Endocrinología Ginecológica y Menopausia
Soc. Capítulo de Ginecología Oncológica
Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo
Sociedad Uruguaya de Endoscopia Digestiva
Sociedad de Endoscopia Gineco-Obstétrica del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras
Sociedad de Gastroenterología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica
Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia
Sociedad Ginecotocológica del Uruguay
Sociedad de Ginecotocológica del Interior
Sociedad Uruguaya de Hematología
Sociedad de Hemoterapia e Inmunohematología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial
Sociedad Uruguaya de la Historia de la Medicina del Uruguay
Asociación de Medicina Homeopática del Uruguay
Sociedad de Infectología Clínica del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Informática en la Salud
Sociedad de Instrumentadores Quirúrgicos del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Mastología

Sociedad Uruguaya de Mastología Ginecológica
Sociedad de Medicina del Deporte
Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad de Medicina Intensiva
Sociedad Uruguaya de Medicina Interna
Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual
Sociedad de Medicina del Trabajo
Sociedad de Medicina Rural del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Microbiología
Sociedad Uruguaya de Nefrología
Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva
Sociedad de Neurología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Neurocirugía
Sociedad Uruguaya de Neuropediatría
Sociedad Uruguaya de Nutrición
Sociedad de Neumología
Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad
Asociación Uruguaya de Oftalmólogos
Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay
Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Trasplante
Sociedad Uruguaya de Nutrición
Sociedad de Otorrinolaringología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Patología Clínica
Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior, Citología y Colposcopia del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Pediatría
Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica
Asociación Psicoanalítica del Uruguay
Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica
Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay
Sociedad de Radiología e Imagenología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana
Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva
Sociedad Uruguaya de Sexología
Sociedad de Estudios Superiores de Sexología
Sociedad de Salud Sexual y Reproductiva del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Tabacología
Sociedad de Tisiología y Enfermedades del Tórax
Sociedad Uruguaya de Cirugía de Tórax

Sociedad Uruguaya de IHC y BM (SUIBIM)
Sociedad Uruguaya de Biología y Medicina Nuclear
Sociedad Uruguaya de Reumatología
Sociedad Uruguaya de Urología
Sociedad Uruguaya de Neurofisiología Clínica
Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos
Sociedad Uruguaya de Cirugía Vascular y Endovascular
Colegio Médico
FEMI
ASSE
Ministerio de Salud
Hospital Pereira Rossell
Hospital de Clínicas
Asociación Todos Unidos Enfermedades Raras Uruguay
Asociación Psoriasis Uruguay

Asociación de Enfermedades Lisosomales del Uruguay
Usuarios del sistema de salud que participaron.
Peluffo Giguens
Udelar Regional Norte (Salto)
Facultad de Medicina
Unidad de Negociación Colectiva del SMU: Ec. Luis
Lazarov, Ec. Federico Penino, Dr. Eduardo Figueredo, Dr.
Martín Rebella
Producción en el SMU: Valeria Jauregui, Marcelo
Casavieja, Alejandro Juan
Secretaría del SMU
Comisión Permanente de la 8va convención médica

A todos los militantes de antes, ahora y siempre...

Proveedores

Improfit
Equipos Mori
Easy Planners
Heny Ernst
Antel
Fernando Santullo
Latasónica
Imprenta Lugrama
Copiplan
UP Productora de Sonido
Kibon
Latin Desing & Events
Peloloco
GX
Hotel Sheraton
Grupo Cine Ejido
Auditorio Nacional del Sodre

Océano FM
El Espectador
Movimagen
CV Activa
Bambu
Digital Print
Plasur
Remises La Española
La Coruñesa
Alicia Magariños
Mediaoffice
Almandos Producciones
Supervielle mobiliario
Ele10 interactiva
Indias
Estudio 9
Inzone



CONVENCIÓN MÉDICA NACIONAL



Sindicato
Médico del
Uruguay

