



Sindicato Médico  
DEL URUGUAY

# **Suplemento temático de la Revista Noticias**

---

**Diciembre 2021**

### **Comité Ejecutivo del SMU**

Dra. Zaida Arteta, Presidenta

Dra. Verónica Pérez, Vicepresidenta

Dr. José Minarrieta, Secretario Médico

Br. Sofía Figueroa, Secretaria Estudiante

Dr. Álvaro Dendi, Tesorero

### **Vocales**

Dr. Gonzalo Ferreira

Dr. Pablo López

Dra. Matilde Miralles

Dra. Clara Niz

Dr. Luis Núñez

Dra. Malena Passos

Br. Tacuabé González

Br. Miguel González

### **Consejo Editorial**

Dra. Zaida Arteta, Dra. Verónica Pérez, Dr. José Minarrieta,

Dr. Álvaro Dendi, Dr. Gonzalo Ferreira, Br. Sofía Figueroa,

Br. Miguel González, Dra. Soledad Iglesias

### **Coordinador de comunicación**

Dr. Eduardo Figueredo

### **Editora general**

Arq. Eleonora Navatta

### **Producción**

Equipo de comunicación del SMU

- P.45**      **Editorial**  
Escribe la Dra. Zaida Arteta, Presidenta del SMU
- P. 6**      **Pero si falta usted,  
no habrá milagro**  
Informe elaborado por la Unidad de Negociación  
Colectiva del SMU
- P. 12**      **¿Qué hemos avanzado desde la  
9ª Convención Médica Nacional  
hasta hoy?**
- P. 13**      **Mejora del modelo de la práctica en la atención médica**  
Responden Dr. Gerardo Eguren y Dr. Arturo Briva
- P. 17**      **Formación de recursos humanos en salud**  
Responden Dr. Óscar Noboa y Dr. Álvaro Danza
- P. 20**      **La mejora de las condiciones de trabajo de los  
profesionales de la salud en pos de una mejor calidad  
de atención**  
Responden Dr. Ariel Pisano y Dra. Lucía Araújo
- P. 23**      **Reporte de resultados de la atención médica  
y rol de los usuarios en el sistema de salud**  
Dr. Álvaro Margolis, Dra. Clara Niz y Dra. Rosario Berterreche
- P. 25**      **¿Dónde estamos parados 8  
años después?**  
Reflexión del Dr. Julio Trostchansky
- P. 28**      **La resurrección del espíritu  
de la 9a. Convención Médica**  
Escribe el Prof. Dr. Gerardo Bruno

# **Bienvenidos/as al Suplemento Temático de la Revista Noticias online**

---



---

**Dra. Zaida Arteta**  
Presidenta del SMU

Convencidos de que la mejora de la medicina en nuestro país requiere del aporte de todos, es que les presentamos esta iniciativa.

El objetivo de la misma es profundizar en los temas relacionados con la salud desde el punto de vista del gremio médico en Uruguay, siempre teniendo miradas diversas y haciendo honor a quienes nos antecedieron, motores de reformas fundamentales en nuestro país.

En la actualidad ya no es suficiente con establecer que exista un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), debe tener objetivos y metas, estos a nuestro entender deben tener como faro la calidad de la atención a las personas.

Es por eso que en este primer suplemento le preguntamos a referentes de nuestro gremio ¿Cuánto hemos avanzado desde la novena convención médica de 2014? ¿Cuánto falta por hacer para lograr los objetivos allí planteados?

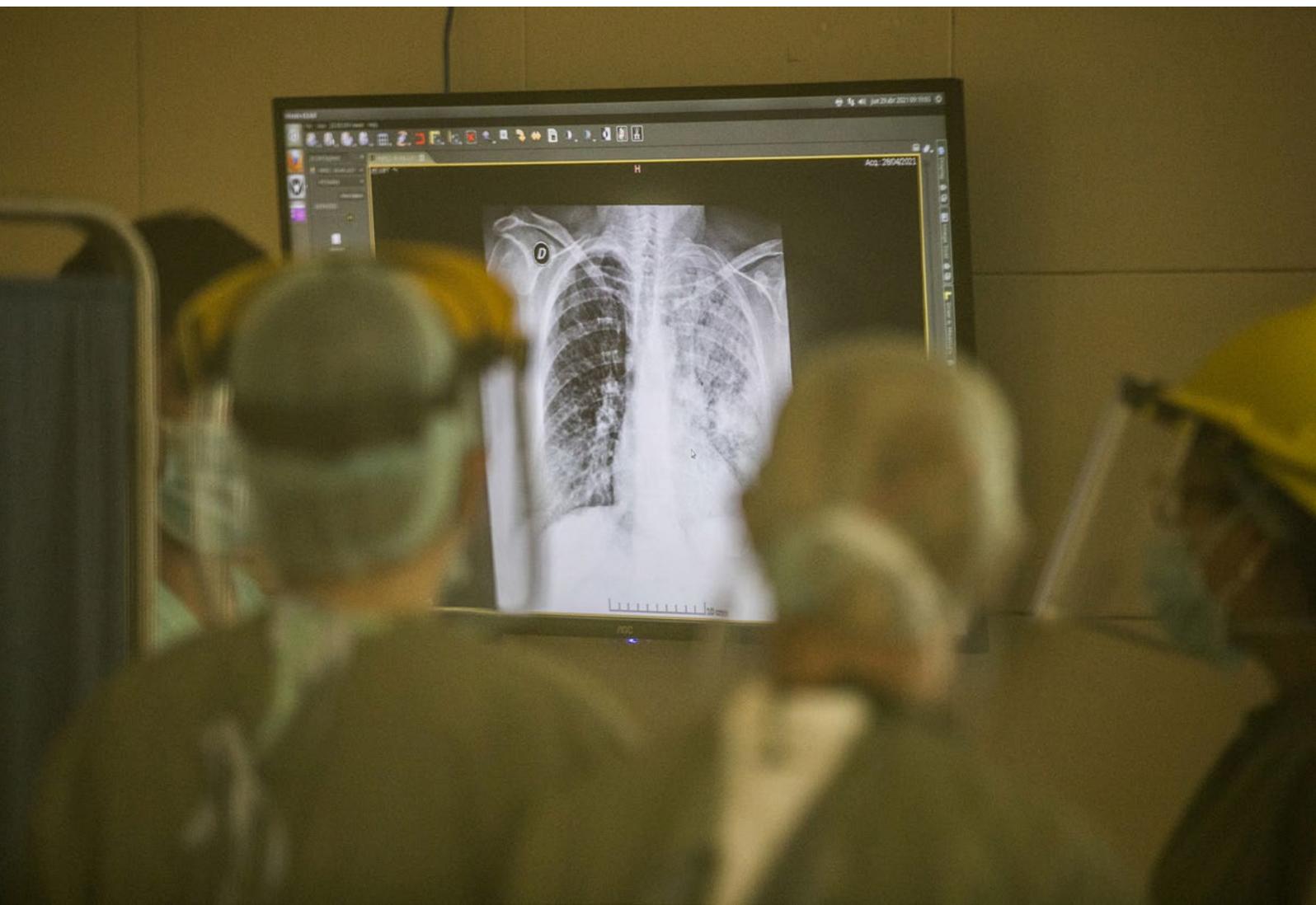
Les invitamos a leer, aplaudir y discrepar.

Les invitamos a poner el cuerpo y la mente en la mejora de la calidad del ejercicio de la profesión médica y de la atención a la salud a la comunidad en general. Les invitamos a usar la herramienta perfectible y poderosa que tenemos todos y todas que es nuestro gremio.

# **Pero si falta usted, no habrá milagro...<sup>1</sup>**

---

Informe elaborado por la Unidad de Negociación  
Colectiva del SMU



Los uruguayos gastamos -o invertimos- anualmente 10 puntos del producto bruto al cuidado de nuestra salud, se trata de alrededor de 5.900 millones de dólares (última medición disponible al año 2019). ¿es consistente el rendimiento que conseguimos volcando semejante volumen de recursos?

Para ensayar una respuesta sería deseable explicitar a qué nos referimos con el “rendimiento” del sistema sanitario. Podemos acordar ceñirnos a dos dimensiones que nos aproximen: la cobertura poblacional y la calidad de los servicios prestados.

Antes de continuar en busca de una respuesta, nos proponemos hacer el ejercicio de mirar brevemente hacia atrás para identificar los aspectos que nos condujeron a la situación actual y acto seguido reflexionar sobre lo que deberíamos esperar del futuro.

### **Y bueno pues, adiós a ayer, y cada uno, a lo que hay que hacer...**

Los problemas que a nuestro juicio enfrentaba el sistema sanitario a mediados de los años 2000 podían resumirse en tres cuestiones centrales.

*Inequidad* que se caracterizaba por las barreras de acceso, cobertura asimétrica y fragmentada que se sostenía sobre diferencias de calidad asistencial percibida por la población.

*Desequilibrio* económico-financiero con la consiguiente inestabilidad que ponía en jaque la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias que cumplían funciones de seguro y prestación y cuyos ingresos por la vía del seguro social no contemplaban el gasto de acuerdo con el riesgo asociado.

*Calidad* asistencial escasamente contemplada como factor crítico en el contexto sistémico, dejando que la inercia gobernara el sector sin garantizar procesos que maximizaran la probabilidad de mejorar los resultados sanitarios.

El nivel de acuerdo generalizado que predominaba entre los diferentes agentes del sistema acerca de los problemas diagnosticados permitió plasmar una serie de cambios profundos en el sector sanitario a comienzos de 2008. Esos cambios se expresaron en la aprobación de normas que reorientaban al sistema tanto en su estructura como en su funcionamiento, básicamente a través de dos grandes mecanismos:

Por un lado, el desarrollo de un nuevo modelo de financiamiento y gasto a través de un seguro social centralizado me-

diante el cual se produce una mancomunación creciente de fondos y se ejecuta un proceso tendiente a la universalización de la cobertura poblacional.

Es así como se incrementa el financiamiento público, se modifica el mecanismo de reembolso a las entidades de cobertura integral a través de cuotas que ahora se calculan según el gasto esperado de la población cubierta y un componente variable asociado a metas asistenciales, y se tiende a reducir el precio de los co-pagos por vía regulatoria.

Por otra parte, el diseño de una nueva institucionalidad con la creación de entidades de regulación como la JUNASA, la descentralización de ASSE respecto al MSP<sup>2</sup> –lo que permite centrar el eje de acción del Ministerio en la función de rectoría del sector-, la integración de representantes de trabajadores y usuarios al gobierno de las diferentes entidades del sistema, y un marco estructurado para la movilidad de grupos de usuarios específicos.

El diseño de un nuevo circuito financiero se sustenta en el FONASA<sup>3</sup> que recauda con un criterio (mayor equidad en el financiamiento al asociarlo a los ingresos de los individuos) y paga siguiendo un mecanismo diferente a las entidades que aseguran y prestan servicios de atención médica por la cobertura de salud de la población (mayor sostenibilidad al vincular el valor de las cuotas al gasto esperado de las personas).

Con el proceso de cambios se genera la oportunidad de definir a priori un nivel presupuestal para el sector salud en su conjunto. En efecto, teniendo en cuenta la población total a cubrir y la proyección del valor de la cuota por sexo y edad, para un plan integral de atención a la salud y una tecnología dada, se puede calcular el presupuesto anual y transferir al sector sanitario el compromiso de una gestión tendiente al equilibrio, supervisando periódicamente la eventual necesidad de realizar ajustes debidamente fundamentados.

El “rendimiento” -al que hacíamos referencia al inicio- en materia de cobertura y acceso a los servicios de salud mejoró a partir del nuevo esquema. Un solo dato ilustra el avance: se pasa de 1.540.000 personas cubiertas por el Fonasa en 2010 a 2.500.000 en el año 2020 (datos aproximados computando IAMC, ASSE y Seguros Privados de cobertura integral<sup>4</sup>). La política de disminución progresiva de copagos contribuyó a mejorar las condiciones de acceso en el sector privado mutual.

---

1. “Canción infantil” de Joan Manuel Serrat.

2. JUNASA – Junta Nacional de Salud, ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado, MSP – Ministerio de Salud Pública.

3. FONASA – Fondo Nacional de Salud.

Para alcanzar los objetivos de equidad, sostenibilidad y mejora de la calidad de vida, se requiere de una buena capacidad regulatoria. Un adecuado diseño de la cuota con la que el Estado reembolsa la actividad de las instituciones y permite transferirles la legítima responsabilidad por el cumplimiento de los objetivos asistenciales y el riesgo de la gestión orientada al equilibrio.

Sin embargo, al tiempo que la intervención pública fija cuotas y con ello tiende a corregir una falla del mercado de cuidados médicos generalmente aceptada, introduce una debilidad en la dinámica del desarrollo institucional.

Si se entiende que es deseable que existan empresas privadas (IAMC, Seguros de cobertura integral, etc.) y públicas (ASSE, SFFAA, SP, etc.) que aseguren y presten servicios asistenciales, y éstas no cuentan con la capacidad de fijar primas para maximizar el resultado de su desempeño, entonces se requiere de mecanismos de segundo orden que permitan restablecer la dinámica de su desarrollo con la finalidad de alcanzar la mejor calidad asistencial posible sujeta a los recursos que la sociedad dispone para atender la salud.

En suma, *adiós* ayer, un presente distinto convoca a los actores a lo que hay que hacer.

El Estado en su función de regulador del sistema, a darle un rumbo al sector y orientarlo hacia los objetivos sanitarios que defina con claridad.

Las Instituciones que brindan cobertura asistencial, a priorizar la calidad de la salud que ofrecen a los uruguayos a cambio del esfuerzo que la sociedad toda realiza para financiar su funcionamiento estable y sostenible, alineando su accionar a los objetivos sanitarios planteados por el sector público.

Los trabajadores del sector, a generar las mejores condiciones laborales y salariales en los acuerdos con empleadores y organismos del Estado intervinientes, avanzando en la implementación de esos acuerdos para hacer posible que sus conocimientos, capacidades, y esfuerzos tengan un impacto multiplicador en la mejora de los servicios de atención médica con la tecnología y equipamiento instalado.

Los miembros de la sociedad, en tanto usuarios de los servicios asistenciales, a empoderarse en su rol como actor central del sistema, exigiendo una respuesta acorde a sus necesidades y expectativas.

¿Estaremos todos a la altura de lo que hay que hacer?

## **Tú haces de viento, dales movimiento y tú les das color...**

Retomando el análisis, si las empresas públicas y privadas que producen servicios de atención médica no pueden fijar sus cuotas, se supone que el diseño de los cambios apostó a que buscarían mejorar su performance a través de nuevos modelos de gestión tendientes al manejo adecuado del riesgo, minimizando costos con la mejora de la calidad de los servicios, lo que redundaría en la adecuación de las escalas de población afiliada.

La consecución en la práctica de este último mecanismo supondría la presencia de al menos tres condiciones:

Libertad moderada del usuario para cambiar de institución cuando así lo deseara con fácil acceso a indicadores veraces y oportunos sobre calidad asistencial, divulgados por el regulador para que la toma de decisiones fuera de la mayor racionalidad posible.

Fijación de cuotas para el reembolso a las instituciones que contemplaran cierta capacidad para generar excedentes razonables a partir de la escala de población afiliada.

Facilidad para las instituciones de informar y comunicar a la población sobre el diferencial que caracterizara aquellas áreas en que se hubiesen desarrollado estratégicamente.

En definitiva, parecería que el modelo avanzaría, superaría obstáculos y se encaminaría al logro de los objetivos sanitarios que debiera plantear el Ministerio de Salud si además de explicitarlos lograra que las instituciones bregaran por fortalecer su cartera de afiliados compitiendo a partir de la mejora continua de la calidad asistencial de sus servicios, alineados con aquellos objetivos. Y que esa competencia se apoyaría en la interacción de las instituciones con sus afiliados, comunicando avances y facilitando decisiones de permanencia o cambio a partir de la publicación de indicadores auditados por el sector público, que fueran de fácil acceso, lectura y comprensión para luego elegir.

Lo cierto es que no parece haber existido un mínimo de confianza en que la competencia pudiera resultar un instrumento útil como estímulo para el avance en la calidad.

Se han puesto obstáculos a la libre movilidad de las personas con "corralitos" mutuales y "corralones" en ASSE, se han mantenido valores de cuota que no parecen incorporar en forma explícita excedentes razonables como impulso para la competencia, y finalmente no se observó una preocupación focalizada en que la población eligiera su institución de cobertura según parámetros de calidad.

En este escenario, y a la luz de los hechos, se ha avanzado en una mayor estabilidad de las instituciones y ha mejorado la equidad, pero la calidad asistencial parece no tener motor de impulso. ¿Razones que lo puedan explicar? Quizá el diseño del modelo sistémico, o la idiosincrasia de los actores, o tal vez una combinación de factores. En definitiva, ni parece que haya intención de darle movimiento, ni de darle color, y comienza a sentirse la ausencia...

### **Y véngase a cocinar el nuevo día; todo está listo, el agua, el sol y el barro...**

¿Todo *está listo* en nuestro sistema de salud? Quizá porque somos inconformistas, quizá porque el diseño de los cambios estructurales del sector no se haya completado, o quizá porque los actores no hemos dado la talla ante los múltiples requerimientos planteados, o porque no, quizá por una combinación de estos y otros factores, lo cierto es que al menos resulta discutible que *"todo esté listo..."*.

Veamos algunas cuestiones que pudimos y debimos hacer, pero no pudimos o no quisimos, y que no hicimos del todo bien.

*Se puede* universalizar la cobertura poblacional del seguro social sin incrementar sustancialmente los recursos asignados, incluso se podría rever la devolución de excedentes como mecanismo para mejorar la equidad sistémica.

Culminar el avanzado proceso de cobertura a través del Fonasa permitiría unificar el sistema y sus reglas de juego, tendería a desestimular la fragmentación y los nichos de mercado, pondría en igualdad de condiciones a los distintos agentes.

Por mencionar un factor, incluir en la cobertura del FONASA a la población de menores recursos que aún es financiada por el Presupuesto Nacional en ASSE le daría la misma libertad de elección que rige para más de tres cuartas partes de la sociedad uruguaya.

*Se puede* unificar los Fondos que recaudan y pagan por la cobertura de la población. Si se trata de priorizar la continuidad asistencial y la responsabilidad institucional por la salud integral de las personas, no parece lógico mantener el FNR<sup>5</sup> como una entidad separada del FONASA, su unificación debería potenciar los mecanismos de supervisión, control y mejora de la gestión a partir de la experiencia acumulada por décadas en ese sentido por los equipos de gestión del FNR.

*Se puede* mejorar la función regulatoria del Estado, comenzando por autoimponerse la necesidad de plantear obje-

tivos sanitarios explícitos, definir las metas cuantitativas asociadas y evaluar en forma periódica las brechas identificadas entre lo propuesto y lo conseguido. Ese proceso debería orientar la planificación del sistema, los incentivos y el accionar regulatorio.

Conviven espacios de regulación -a veces excesiva- con asimetrías corregibles que no parece aconsejable desconocer. En ese sentido, un ejemplo a contemplar es la exoneración del aporte patronal en materia jubilatoria con que cuentan las instituciones privadas de atención médica colectiva contra los casi 20 puntos porcentuales de aporte que debe afrontar ASSE cada vez que se dispone a contratar recursos humanos por vía presupuestal.

*Se puede* organizar desde el sector público un proceso de acreditación de las entidades que brindan atención médica a la población con la finalidad de contribuir a garantizar niveles mínimos de calidad, haciendo públicos los resultados de estándares institucionales cuya medición fuera previamente acordada.

*Se puede* estimular la mejora en los modelos de gestión de las entidades de cobertura integral, que cuenten con mejores incentivos para incorporar tecnología con racionalidad, ofrecer servicios con base en factores de calidad reconocidos internacionalmente como la organización de segmentos de su producción a través de centros de referencia, teniendo en cuenta los denominados "efecto centro" y "efecto volumen", dando prioridad a la conformación de espacios de acción universitaria en el terreno de la atención, apostando -por qué no- a la innovación, con nuevas modalidades de atención, etc.

Competir no es lo mismo que hacer ver que se compete, complementar no es lo mismo que contar los micro convenios que ayudan a mostrar que se complementa, ambos constituyen instrumentos que requieren de un marco propicio que los potencie toda vez que las partes comprendan que pueden conseguir la satisfacción total o parcial de sus necesidades específicas.

*Se puede* transformar la cuota salud en un verdadero "ancla" financiero del sistema, una herramienta útil para el sistema en su conjunto con la mira puesta en cantidad y calidad de la medicina que se produce; su ajuste periódico y a partir de reglas predefinidas podría realinear comportamientos hoy desvirtuados entre los agentes que reciben estos recursos.

Los copagos por ejemplo no debieran ser un factor central de competencia porque en ellos se pone en riesgo el acceso

a los tratamientos prescritos, debería apuntarse a abatir el copago que financia a las empresas sin cumplir una función de regulación de la demanda asistencial.

*Se puede* integrar a las entidades formadoras de recursos humanos del sector salud al proceso de cambio que se viene procesando. La planificación e inserción en cantidad y calidad del personal en el proceso de producción de los servicios constituye una condición necesaria para mejorar lo que se ofrece.

Parece poco creíble que con el peso que tiene la acción del recurso humano y el modo en que condiciona el proceso y la probabilidad de éxito en los resultados de la actividad asistencial, la mirada y el esfuerzo estén tan concentrados en los demandantes del recurso (las instituciones que brindan cobertura) y que ni estos ni quienes deciden sobre la oferta del personal (Facultades y entidades formadoras del recurso humano) se hayan involucrado con mayor profundidad en la articulación global del sistema. Cabe preguntarse aquí incluso más que en otros puntos, cuál será la razón...

*Se puede* mejorar la dinámica de ajuste permanente del PIAS <sup>6</sup>, la reciente creación por Ley de una agencia de evaluación de tecnologías médicas abre la puerta para una gestión más transparente y profesionalizada del alcance de la cobertura obligatoria de las distintas prestaciones allí descritas, incluyendo fármacos, técnicas y procedimientos, a partir de la instrumentación de mecanismos que doten al proceso de decisión de rigor técnico con posibilidad de alinearse con los objetivos sanitarios definidos para el sistema.

*Se puede* avanzar con la reforma del mercado de trabajo de los equipos de salud orientados a la concentración laboral como forma de combatir el multiempleo priorizando la continuidad asistencial y la referenciación de las personas en un nuevo orden de atención médica imprescindible para hacer mejor medicina.

El personal de la salud con que cuenta el país ha demostrado históricamente su compromiso y vocación de servicio, y en estos tiempos de pandemia no ha hecho otra cosa que ratificar esa tradición. Para fortalecer esas raíces, para impulsar los servicios que preocupan a la sociedad, para evitar pujas distributivas autodestructivas que no conducen a una mejora del bienestar social, parece evidente la necesidad de avanzar y profundizar en los cambios.

Pensar en el paciente que demanda asistencia requiere un equipo de salud que cuente con las mejores condiciones la-

borales para maximizar su desempeño, hacer que el servicio esté disponible y que resulte de fácil acceso.

Podríamos seguir agregando otros *se puede*, pero si el lector llegó hasta aquí mejor no continuar desafiándolo. Vayamos a las conclusiones y quien sabe, por ahí retomamos algunos de estos puntos en algún otro artículo.

### **Pero si falta usted, no habrá milagro...**

Serrat nos ayuda a continuar con la reflexión, ahora para el cierre.

Aún si aceptáramos que *todo está listo*, sabemos que se ha progresado en materia de equidad y sostenibilidad, pero el sistema de salud tiene su razón de ser si se propone, como un objetivo central, producir servicios de atención médica, de prevención, promoción y cuidado de la salud, producir la medicina de mejor calidad posible para la población en su conjunto. Si resolviéramos equidad y estabilidad, pero no prestáramos atención a la calidad de la esencia del sistema, ¿qué tendríamos resuelto?

Hace unos días un médeo <sup>7</sup> invitado a una sesión del Comité Ejecutivo del SMU expresaba:

*“El sistema de salud uruguayo está en una crisis de calidad...; la gente accede a un prestador, pero no todo el mundo accede a una prestación de calidad homogénea, acreditada, certificada, y a prestaciones que la medicina moderna podría ofrecer”. Y remataba: “la Novena Convención Médica Nacional (9CMN) trató sobre la calidad asistencial, allí se abordaron todos los temas centrales que hacen a la calidad asistencial”.*

Y como dice el dicho popular, no es necesario reinventar la rueda. En ese sentido, veamos una muy breve síntesis de lo que planteaba la 9CMN a la que hacía referencia el invitado al Comité Ejecutivo.

*“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”.*

*“...Hoy no basta solo con accesibilidad a la salud, sino que se impone acceder a una oferta que se sustente con resultados*

---

6. PIAS – Plan Integral de Atención a la Salud

7. Se refiere al Dr. Gerardo Bruno

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 9CMN 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”.

## **Recomendaciones por áreas:**

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

- 1.1 Coordinación de la atención entre los distintos niveles a través de redes integradas de servicios de salud
- 1.2 Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud
- 1.3 Creación de centros de referencia promoviendo las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías
- 1.4 Desarrollo de intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales en pos de una mayor seguridad mejorando la cultura organizacional

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

- 2.1 Reformulación del Programa Nacional de Residencias Médicas orientado a la mejora de la calidad de la formación
- 2.2 Desarrollo de un programa nacional de recertificación médica
- 2.3 Reconversión del Hospital de Clínicas y la formación de una red nacional de hospitales públicos acreditados para cumplir funciones universitarias

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

- 3.1 Planificación de las necesidades de recursos humanos en el país
- 3.2 Universalización de las Residencias Médicas convirtiéndolas en la vía principal de acceso al trabajo médico
- 3.3 Desarrollo de incentivos financieros y no financieros para la radicación de profesionales, particularmente en el interior y zonas rurales
- 3.4 La concentración del trabajo médico, una de cuyas herramientas es la creación de cargos de alta dedica-

ción en todas las especialidades, como modelo antagónico al multiempleo

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

- 4.1 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.
- 4.2 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 corresponsabilidad.

Estamos claramente en deuda con el “rendimiento” cuando lo abordamos desde la perspectiva de la calidad asistencial, el segundo de los factores mencionados al inicio del artículo. Para ir un poco más allá, viene a cuento aquellas frases que se comenta tenía pegadas en una pared el estratega de la campaña electoral de Bill Clinton en las oficinas centrales de campaña; dicen que contenía tres mensajes:

*Cambio versus más de lo mismo  
¡Es la economía, estúpido!  
No olvidar el sistema de salud*

Si se nos permite una licencia para el cierre, nada mejor que combinar la segunda con la tercera línea, *¡es la medicina, estúpido!*

No debería serlo, pero la mejora de la calidad parece un milagro a estas alturas en ausencia de actores que no avanzan con la dinámica para impulsar el sistema. O falta el motor, o está y no logramos encenderlo. No despega el cambio cultural imprescindible.... Y en ese contexto, amigo Serrat, es cierto que *“si falta usted no habrá milagro”*, pero... ¿quién es usted?

# ¿Qué hemos avanzado desde la 9<sup>a</sup> Convención Médica Nacional hasta hoy?

---



Sindicato Médico  
DEL URUGUAY

# Mejora del modelo de la práctica en la atención médica

---

El Grupo de Trabajo número 1 de la la Novena Convención Médica Nacional (9CMN) trabajó sobre la “Mejora del modelo de la práctica en la atención médica” y en su documento de conclusiones realizó algunos enunciados que nos proponemos analizar aquí con la perspectiva de diferentes actores, ocho años después.

Propusimos a los entrevistados, responder brevemente las siguientes dos preguntas respecto a los postulados desarrollados en las conclusiones del grupo.

**Pregunta 1 (P1)** ¿Qué avances considera que hubo?

**Pregunta 2 (P2)** ¿Qué haría en los próximos dos años para lograr lo que allí se planteó?

Respondieron este cuestionario el **Dr. Gerardo Eguren** y el **Dr. Arturo Briva**.

## Redes integradas de Servicios de Salud

*Recomendación de la 9CMN "para desfragmentar el sistema un objetivo estratégico es el trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), a través de la complementación público – privado".*

**P1 EGUREN** Hubo al respecto muy pocos avances en este sentido, algo se intentó hacer en el interior del país, creo que con poco éxito".

**P1 BRIVA** Hasta el momento y basado en mi conocimiento personal del tema no hemos registrado avances significativos más allá de integraciones puntuales. Las veces que esto ocurre se basa casi siempre en solucionar un problema de meso-gestión concreto (acceso a una consulta de especialista o acceso a procedimiento/análisis de laboratorio) entre dos prestadores. No he tenido conocimiento de que existan avances en al confección de planes estratégicos regionales o multi institucionales para consolidar la asistencia a un grupo de pacientes reunidos por patología, por distribución geográfica o asistencia a través de red de prestadores.

**P2 EGUREN** Sería muy importante el dialogo con todos los actores, tal vez formar grupos de trabajo interinstitucionales.

**P2 BRIVA** Para determinar necesidades regionales creo que es fundamental construir un sistema robusto de monitoreo de datos que identifique fortalezas y debilidades de los prestadores y que pueda ser sostenido en el tiempo. Esto se debe a que las necesidades son dinámicas (por cambios o demandas desde la población a asistir, necesidades de RRHH, acceso a tecnología por mencionar algunas de las variables mas frecuentes). Un buen ejemplo fue la necesidad de evaluar la demanda de asistencia a pacientes graves durante la pandemia COVID 19. En este caso se utilizó una versión simplificada de tablero de control que identificó a la "cama de CTI" como el objeto a monitorizar e incorporó para el caso de "cama no disponible" la opción de que esto ocurriera por ausencia de RRHH. Visto de esta manera se sobre simplifica el problema puesto que la asistencia al paciente grave es mucho mas que la cama disponible y no permite identificar el origen real de esta demanda insatisfecha (o potencialmente insatisfecha). Si somos capaces de construir un sistema de monitoreo que incluya diferentes dimensiones (patologías, complejidad de la asistencia, distribución geográfica de los usuarios y disponibilidad en cantidad y calidad de las prestaciones) creo que podremos tener una visión integral que permite hacer diagnóstico y evaluar respuesta a las estrategias de fortalecimiento que puedan instrumentarse hacia el futuro.

## Centros de Referencia

*Recomendación de la 9CMN "creación de 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".*

**P1 EGUREN** No se logró. Todas las instituciones quieren hacer todo. Tal vez algunos IMAES pero en otro enfoque. Un gran problema es la competencia entre las IAMC para mantener sus socios brindando todo.

**P1 BRIVA** Al momento ninguno. Si repasamos los ejemplos utilizados en el documento elaborado para la CMN, no se han incorporado nuevas estructuras que cumplieran con los criterios de Centros de Referencia.

**P2 EGUREN** Como respondí en la anterior con una mesa de diálogo para que las partes entiendan que es la mejor forma de optimizar recursos y brindando la mejor atención es importante la participación del Estado

**P2 BRIVA** Es necesario generar un consenso nacional que escape a intereses particulares y determine una hoja de ruta estableciendo: listado de patologías a las que preferentemente se aspire como candidatas a tener un CdeR, análisis de factibilidad para cada una de esas patologías para construir CdeR (estructuras disponibles, necesidad de capacitación y formación de RRHH, inversión tecnológica) y plan de trabajo público para selección de el o los CdeR que inicien su actividad.

## Mejoramiento de la cultura organizacional

*Recomendación de la 9CMN "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."

**P1 EGUREN** La mayoría no se logró.

**P1 BRIVA** Hasta ahora el principal avance ha sido la progresiva incorporación de Alta Dedicación como formato de trabajo en diferentes especialidades. Si bien es esperable

que la transición hacia el nuevo modelo de trabajo tiene que respetar la progresiva incorporación de nuevos RRHH, la velocidad de incorporación ha sido lenta. De hecho, en las especialidades pioneras como la Medicina Intensiva ya estamos en plazos de revisar la experiencia y proponer (si es necesario) ajustes en el formato de trabajo que intente corregir experiencias negativas y potencia sus fortalezas. En relación a los cambios culturales y en procura de mejorar la calidad asistencial y del trabajo sanitario solo se han visto algunos intentos aislados sin un claro impacto local ni por supuesto general del sistema.

**P2 EGUREN** Como dice le enunciado con dialogo con grupos de trabajo y sobre todo que los colegas sean concientes que esta es la mejor forma de trabajo y mas sana para el peronal de salud

**P2 BRIVA** La mejora en la calidad asistencial no puede basarse en la visión centrada en el médico. Si confirmamos que la Alta Dedicación sigue siendo una herramienta adecuada, esta debe extenderse a todos los equipos asistenciales involucrados (enfermería, técnicos) y no solo a médicos. Debe reconocerse que es necesario programar la incorporación de RRHH en cantidad y calidad suficientes pero que se integren a un sistema que estimule la alta dedicación y compromiso con un solo centro asistencial. Deben generarse paquetes de estímulo a la obtención de metas en calidad y fortalecer los controles que aseguren la construcción de entornos seguros para el paciente y de crecimiento para los integrantes del equipo sanitario.

### **Sistema Nacional de Acreditación Sanitaria**

*Recomendación de la 9CMN "Creación de 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 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)".

**P1 EGUREN** Algunas se cumplieron parcialmente pero en si sin mucho efecto desde la Convencion

**P1 BRIVA** La pandemia COVID 19 ha puesto de manifiesto el escaso avance en este tema desde la CMN. La crisis por potencial ausencia de ventiladores mecánicos en marzo - abril 2020 es un buen ejemplo. La incorporación de ventiladores en Uruguay se basa en la compra en el extranjero siguiendo las leyes de oferta y demanda internacionales. Uruguay es un mercado pequeño en volumen y en velocidad de recambio, por lo que es un jugador débil frente a los cambios de la industria a nivel internacional. Ante la incapacidad de adquirir ventiladores en el extranjero a través de los mecanismos habituales, Uruguay debió recorrer un camino con dos opciones: 1) adquirir de proveedores no habituales y 2) reparar o construir ventiladores mecánicos en nuestro país. La primera opción implicó que se compraron equipos de marcas desconocidas y, por lo tanto, sin haber pasado la prueba del tiempo que otras marcas y modelos han construido a lo largo de los años. No existen reportes o análisis sistematizados que evalúen que pasó con el funcionamiento de esos equipos (por fallos o roturas) ni si estos son comparables en desempeño a modelos "habituales" de asistencia. Para la segunda opción (reparación y construcción) se observó que existían múltiples equipos con capacidad de ser reparados y que se consideraban abandonados por obsoletos. Al mismo tiempo muchos equipos voluntarios comenzaron a desarrollar prototipos de ventiladores mecánicos e incluso dos propuestas fueron financiadas por ANII para su desarrollo y construcción. Tanto para la reparación como para la evaluación de equipos construidos fue necesario recurrir a las capacidades instaladas en UdelaR (tanto RRHH, conocimiento y equipamiento) debido a que es la única estructura capaz de responder a ese desa-

fío de manera integral (aunque en algunos aspectos se contó con el apoyo de privados que aportaron también sus capacidades de manera complementaria). Así fue que se elaboraron protocolos de evaluación para los prototipos, se establecieron criterios clínicos de seguridad, se repararon equipos comerciales, se construyeron equipos de Oxígeno de Alto Flujo y se evaluó el desempeño de muchos de estos equipos con simuladores destinados inicialmente a la investigación, pero puestos de manera gratuita al servicio de las necesidades asistenciales nacionales.

**P2 EGUREN** Dialogo y sacar el factor económico del medio

**P2 BRIVA** Es necesario establecer un sistema de acreditación de desempeño de la tecnología ya incorporada a modo de estandarización contra la que comparar la tecnología a adquirir y así establecer pautas de evaluación, obsolescencia y necesidad de recambio.

### **Sistema Nacional de Acreditación Sanitaria**

*Recomendación de la 9CMN «para atender a la necesidad planteada en el punto anterior 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”.*

**P1 EGUREN** Se ha planteado hasta en el parlamento, pero a mi entender no funcionó. Mientras existan intereses difícil que funcione correctamente.

**P1 BRIVA** Es necesario que además del seguimiento y evaluación administrativa que se realiza actualmente se pueda incorporar una dimensión de evaluación técnica “de campo” con certificación de desempeño (considerando a la academia como un sector vital para cumplir ese rol) y una dimensión “política” que permita marcar lineamientos sobre priorización de incorporación de tecnología a nivel país.

**P2 EGUREN** El Estado es el que tiene que marcar los lineamientos para que esto funcione correctamente.

**P2 BRIVA** Debe existir un consenso político que permita desarrollar ciclos con una lógica diferente a los períodos de gobierno y priorizar la ciencia, la monitorización de datos y los lineamientos estratégicos globales por encima de los compromisos o ciclos político/electorales.



# Formación de recursos humanos en salud

---

El Grupo de Trabajo número 2 de la la Novena Convención Médica Nacional (9CMN) trabajó sobre la “Formación de Recursos Humanos en Salud” y en su documento de conclusiones realizó algunos enunciados que no proponemos analizar aquí con la perspectiva de diferentes actores, ocho años después.

Propusimos a los entrevistados, responder brevemente las siguientes dos preguntas respecto a los postulados desarrollados en las conclusiones del grupo.

**Pregunta 1 (P1)** ¿Qué avances considera que hubo?

**Pregunta 2 (P2)** ¿Qué haría en los próximos dos años para lograr lo que allí se planteó?

Respondieron este cuestionario el **Dr. Óscar Noboa** y el **Dr. Álvaro Danza**.



### **Formación de recursos humanos**

*Enunciado de la 9CMN: Incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos humanos*

**P1 NOBOA** Se ratifica la plena vigencia de sus recomendaciones que contrasta con la ausencia de pasos significativos conseguir dichos objetivos.

No solo no pudimos consolidar su funcionamiento sino que ha aumentado en muchas especialidades el número de colegas médicos que las ejercen sin haber obtenido el título habilitante. Necesitamos por tanto el trabajo conjunto de los diferentes actores del sistema para facilitar que dichos colegas puedan completar su proceso de certificación y fiscalizar que ejerzan con la certificación correspondiente, garantía de calidad para los pacientes que asisten. han existido avances en la coordinación de las estructuras que van a participar, han existido esfuerzos específicos exitosos como el de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, pero no hemos avanzado hacia la profesionalización de la actividad de recertificación ni a su universalización.

Es imperioso empezar a concretar los programas de recertificación con un centro en la reflexión sobre la incorporación de saberes y habilidades en la práctica médica.

No hemos logrado avanzar hacia un programa financiado a partir de un inciso presupuestal con obligación de todo el SNIS a contribuir a dicho fondo, lograr una Residencia de dedicación exclusiva con un salario acorde y progresivo de acuerdo al avance en la residencia.

**P1 DANZA** Considero que los avances han sido menores, pero algunos deben ser destacados.

La oferta de educación permanente es variada en nuestro medio y muy amplia. Existen cursos acreditados por la Escuela de Graduados y cursos no acreditados. No existe una oferta sistemática.

No hay un registro, más allá del personal de cada profesional de qué hace cada uno. Perfectamente puede ocurrir que un profesional no haga ningún curso de ningún tipo y no tendrá inconvenientes.

La actualización de los conocimientos es, antes que nada, una responsabilidad de cada profesional. Las estructuras formales (sindicatos, colegio, sistema educativo formal) debe proveer de herramientas para que exista una oferta accesible. Pero además debe registrarse y cuantificarse de forma tal que pueda ser útil para la recertificación, que deberá abordar, más temprano que tarde el Colegio Médico del Uruguay.

La irrupción de la pandemia por COVID-19 permitió desarrollar de forma inusitada herramientas de enseñanza virtual. Es deseable que se siga trabajando en esa línea, que perfectamente puede ser una herramienta complementaria a la enseñanza presencial.

Impresiona que puede ser especialmente útil en actividades de desarrollo profesional médico continuo.

**P2 NOBOA** Se debe trabajar en la búsqueda de consensos para lograr un inciso presupuestal para financiar el Programa, lograr la dedicación exclusiva en la Residencia, alcanzar todo el sistema de salud en todo el territorio con cargos de residentes como ya han logrado algunas especialidades, superando el concepto de pasantías que salvo excepciones no han logrado consolidarse.

Estas residencias siempre deberán estar bajo supervisión y coordinación de las Cátedras responsables de la formación del Posgrado. Estas modificaciones requerirán seguramente cambios legales o reglamentarios.

**P2 DANZA** La primera etapa consistirá en conformar una oferta educativa clara y relevante por cada disciplina del conocimiento. Será necesario preparar en conjunto con las cátedras y sociedades científicas un catálogo de temas relevantes, que deberá actualizarse de forma frecuente y periódica. Lógicamente que este catálogo deberá considerar las patologías más prevalentes y emergentes.

Segundo, establecer un cronograma, ¿qué debe hacer y cuantos cursos debe tomar cada especialista para estar formalmente actualizado y en consecuencia recertificado?

Tercero, establecer modalidades educativas.

Cuarto, debe estar claro que toda actividad que pueda ser empleada para recertificar a un profesional debe ser evaluada. La recertificación, en mi opinión, no puede consistir en la mera acumulación de constancias.

Quinto, ofrecer facilidades a los profesionales para que realicen estas actividades de actualización / recertificación. Ejemplo, becas, horas protegidas, etc.

Estimo que se deberá comenzar por cuatro o cinco disciplinas, además de medicina general. En las etapas siguientes se deberán incorporar otras disciplinas, manteniendo obviamente las incorporadas inicialmente.

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

---

El Grupo de Trabajo número 3 de la la Novena Convención Médica Nacional (9CMN) trabajó sobre la “La mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención” y en su documento de conclusiones realizó algunos enunciados que no proponemos analizar aquí con la perspectiva de diferentes actores, ocho años después.

Propusimos a los entrevistados, responder brevemente las siguientes dos preguntas respecto a los postulados desarrollados en las conclusiones del grupo.

**Pregunta 1 (P1)** ¿Qué avances considera que hubo?

**Pregunta 2 (P2)** ¿Qué haría en los próximos dos años para lograr lo que allí se planteó?

**Entrevistados: Dr. Ariel Pisano y Dra. Lucía Araújo.**

## Condiciones de trabajo

*Recomendación de la 9CMN "La mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención."*

**P1 PISANO** Han mejorado a través de los CAD Y FAD. Además de la disminución de los paciente por hora que claramente da satisfacción al profesional y al usuario

**P1 ARAÚJO** Los avances en las residencias no han acompañado en general los avances vistos en otros grupos. Se han logrado puntualmente eliminar algunas guardias de 24 horas en especialidades con alta carga asistencial en puertas de emergencia, la posibilidad de realizar el cuarto año de especialidad en forma paga en aquellas especialidades en que el último año solo se podía realizar a través de posgrado y poner en discusión la necesidad de homogeneizar los derechos laborales de residentes y posgrados.

**P2 PISANO** Profundizar la concreción de más CAD y FAD a mayor velocidad sobre todo en el interior profundo donde faltan recursos humanos.

Seguir aumentando el tiempo de paciente hora. Apostar a el desarrollo profesional medico continuo. Capacitación paga por las instituciones. Mejorar dotaciones en las unidades. Tiempos de descanso. Disminuir horas de guardia

**P2 ARAÚJO** Debemos trabajar fuertemente para establecer criterios claros y comunes en cuanto a los derechos laborales de quienes cursan la residencia. No debería depender del prestador o servicio responsable y se debiera contemplar que es una etapa formativa en el contexto de la asistencia y no una forma de sustituir recursos propios de los prestadores para solucionar problemas asistenciales.

Por otro lado, las cuestiones relacionadas a salud mental en este grupo de personas merecen una especial atención y trabajo, pues es de los más sensibles y con mayor incidencia de eventos graves relacionados a la salud mental como desgaste profesional, burn out, ansiedad/depresión e incluso intentos de autoeliminación y suicidio.

## Formación de los recursos

*Recomendación de la 9CMN: "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, con el asesoramiento de la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública (MSP), conjugando objetivos sanitarios, perspectivas de formación y necesidades del mercado laboral quedando su implementación, forma e intensidad de la misma en el ámbito autónomo de la Facultad de Medicina".*

**P1 PISANO** Ningún avance

**P1 ARAÚJO** No ha habido avances al respecto.

**P2 PISANO** Generar rápidamente ese organismo regulador involucrar al sistema político y hacerlo a través de una ley con acuerdo multipartidario

**P2 ARAÚJO** Creo que es primordial que exista una política de estado al respecto de la necesidad de recursos humanos en especialidades médicas. Este análisis debe ser realizado en conjunto por diferentes entidades como el ente rector (MSP), Facultad de Medicina, Escuela de graduados y prestadores. Un análisis correcto de la situación actual y la proyección a mediano-largo plazo no solo nos marcaría qué especialidades se debieran fortalecer sino también qué debilidades han tenido hasta el momento y poder corregirlas.

## Ingreso al mercado de trabajo

*Recomendación de la 9CMN "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, 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, asegurando la excelencia en la enseñanza y el desarrollo de la investigación clínica, asegurando la formación de especialistas adaptado a las necesidades del país, condiciones adecuadas para el ejercicio profesional y la formación de calidad, así como condiciones salariales acordadas que permitan la dedicación exclusiva.*

**P1 PISANO** Poco avance

**P1 ARAÚJO** No ha habido avances al respecto.

**P2 PISANO** Comparto el enunciado igual que en el enunciado anterior generar un gran debate nacional sobre este punto involucrando a todos los actores gremiales políticos msp facultad de medicina

**P2 ARAÚJO** Se debe apuntar a la creación y desarrollo de un verdadero Programa Nacional de Residencias Médicas del que dependan laboral y académicamente los y las residentes. De esta forma creo que se avanzaría en la mejora de la calidad del aprendizaje y en el respeto de los derechos laborales. En particular el programa debería ser quien contrate a quienes hagan la residencia y no los prestadores, esto

permitiría homogeneizar las condiciones laborales y permitir mayor movilidad en los programas de residencias por los distintos servicios con sus diferentes fortalezas. Además, desde el punto de vista de la financiación de este programa, considero que los prestadores del SNIS a través del FONASA debieran financiarlo, independientemente de que formaran residentes, pues luego se benefician de la formación de los mismos sin aportar en lo económico en la mayoría de los casos. Esto también debiera redundar en una mejora del salario para que la dedicación exclusiva a la residencia sea viable desde el punto de vista económico.

### **Distribución de los Recursos Humanos**

*Recomendación de la 9CMN "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".*

**P1 PISANO** Poco avance

**P1 ARAÚJO** A pesar de la existencia de artículos en la actual ley de Residencias Médicas respecto a este asunto, muy

pocos servicios lo han podido llevar a cabo. Por cómo está planteado requiere de una organización e inversión que no se ha realizado haciendo muy difícil estas rotaciones por el interior del país. Además, no existe un programa académico atrás de estas instancias desde la mayoría de los servicios académicos.

**P2 PISANO** De nuevo lo mismo sin incentivos laborales económicos y formativos difícilmente se logre. Para esto debe haber una fuerte complementación público privada y no su-perponer recursos. Creo ese es el camino pensar tmb en la familia del profesional mejorando las condiciones para establecerse en lo academico,económico y social

**P2 ARAÚJO** Creo que el fomento de la radicación efectiva de especialistas en el interior del país, para tener una mejor distribución y acceso requiere del compromiso de quienes forman especialistas y los prestadores del interior del país. Las experiencias exitosas en general están en los lugares donde se forman especialistas desde el inicio de su residencia y tienen el apoyo del servicio responsable y la posibilidad de acceder a actividades académicas en Montevideo. Los prestadores, además de aportar a un Programa Nacional, debieran fortalecer sus propios servicios y fomentar que quienes hayan realizado sus especialidades en ese prestador tengan la posibilidad de la continuidad laboral en forma de alta dedicación.



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

---

El Grupo de Trabajo número 4 de la la Novena Convención Médica Nacional (9CMN) trabajó sobre el “Reporte de resultados de la atención médica y rol de los usuarios en el sistema de salud” y en su documento de conclusiones realizó algunos enunciados que no proponemos analizar aquí con la perspectiva de diferentes actores, ocho años después.

Propusimos a los entrevistados, responder brevemente las siguientes dos preguntas respecto a los postulados desarrollados en las conclusiones del grupo.

**Pregunta 1 (P1)** ¿Qué avances considera que hubo?

**Pregunta 2 (P2)** ¿Qué haría en los próximos dos años para lograr lo que allí se planteó?

Entrevistados: Dr. Álvaro Margolis, Dra. Clara Niz y Dra. Rosario Berterreche.

*Recomendación de la 9CMN: "Elaborar y reportar de forma transparente el desempeño y resultados de la atención médica, así como dar mayor participación al usuario."*

**P1 MARGOLIS** Se ha avanzado en el reporte sistematizado de la información de los prestadores integrales y al mismo tiempo su presentación resumida en forma sencilla a la población. Adicionalmente, esas capacidades se hicieron evidentes en la presentación detallada y actualizada de la información de evolución de la pandemia y la vacunación en tiempo real, y en el uso de la telemedicina de manera integrada en el proceso de atención médica.

**P1 NIZ** Desarrollo de la HCE, publicación de indicadores por prestador en página web MSP, implementación de comisiones de usuarios, implementación de comisiones de seguimiento de convenios con participación de usuarios, participación de usuarios en la JUNASA (Junta Nacional de Salud) y en las JUDESA (Junta Departamental de Salud)

**P1 BERTERRECHE** Me parece que si bien hay un avance en la generación de datos y en los datos publicados en el contexto de la Ley de transparencia hace falta madurez en la generación de información de desempeño y resultados y en la generación de conocimiento útil. La participación de los usuarios tuvo un auge al inicio de la Reforma Sanitaria pero no se generaron estrategias que lo hicieran sostenible.

**P2 MARGOLIS** Sería importante contar con más información comparativa y actualizada de indicadores clínicos relevantes de calidad asistencial, y en particular sobre el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes, que implican la mayor carga de enfermedad de nuestra población y costos del sistema de Salud. Por ejemplo, porcentaje de diabéticos e hipertensos con un buen control. Y avanzar en la política de datos abiertos de Salud.

**P2 NIZ** HCE en forma universal, interoperabilidad entre las distintas HCE de los prestadores, garantizar tiempo para el registro de calidad, estimular la participación real de usuarios en cada prestador, apertura desde los equipos de salud a fomentar la participación, en el PNA los usuarios deben tener más interacción con los equipos de salud, esta debe ser continua y no puntual. Participación de usuarios en el proceso de definición de indicadores a comunicar.

**P2 BERTERRECHE** Hay mucho para hacer en este sentido. Hay que utilizar las fuentes de datos disponibles y hacer y difundir evaluaciones de desempeño y de resultados en salud. Hay datos, muchísimos. Uruguay cuenta con una HCEN, iniciativa vanguardista en la Región, que puede y debería ser utilizada por parte de los organismos competentes para realizar evaluaciones de desempeño y de resultados y debería guiar la toma de decisiones y la definición de políticas públicas. La participación de los usuarios requiere una estrategia que la haga resurgir y que la haga sostenible.



# ¿Dónde estamos parados 8 años después?

---

Reflexión del Dr. Julio Trostchansky sobre las conclusiones del Grupo de Trabajo “Reporte de resultados de la atención médica y rol de los usuarios en el sistema de salud” de la Novena Convención Médica Nacional (9CMN).



Una de las recomendaciones del Grupo de Trabajo número 4 de la 9CMN fue “elaborar y reportar de forma transparente el desempeño y resultados de la atención médica, así como dar mayor participación al usuario”.

A propósito de este punto surge esta reflexión, buscando consignar los avances y los debidos, así como las posibles líneas de acción para los próximos dos años.

En referencia al reporte de resultados, se produjeron pocos avances. La información que hay sobre el desempeño del sistema de salud, si bien es publicada a través de algunos pocos indicadores, es totalmente insuficiente. Existe hoy, y mejor dicho persiste, el desconocimiento y ausencia de información sobre los resultados de los proveedores de salud en cuanto a los aspectos asistenciales en las distintas áreas de atención médica, así como tampoco en su desempeño administrativo en términos de costo/efectividad de las decisiones que toman las Instituciones. Es claro que la responsabilidad primaria recae en el regulador, que es quien debe exigir resultados y controlar el desempeño de los aspectos sanitarios del sistema.

Todavía son pocos los datos que se nos ofrecen siendo escasa la información sobre lo que significan esos datos y sus consecuencias. Por otra parte, la mayoría de las veces los datos son reportados por las propias Instituciones sin un verdadero control del regulador sobre el alcance y la veracidad de los mismos. Se genera así una situación de deficiencia en la calidad y cantidad de los datos reportados y un mecanismo de contralor ineficaz.

Los intereses creados y las obligaciones que supone tener que informar públicamente sobre lo que cada Institución hace y sus resultados seguramente sean parte de la explicación de porqué no hemos avanzado en esos aspectos. Desde quienes han tenido responsabilidades políticas gubernamentales poco se ha hecho a pesar del tiempo transcurrido desde que la Convención Médica puso por primera vez el tema de la Calidad – en su más amplio término – en la palestra pública y en la mesa de discusión de los distintos actores sanitarios.

Hoy el sistema y sus distintos actores continúan siendo omisos en facilitar a los ciudadanos una información completa sobre su performance. Algunos podrán decir que las reglamentaciones vigentes no lo exigen mientras que otros podemos decir y opinar que la obligación que se asume al dirigir una empresa de salud que utiliza dineros de un fondo público como el FONASA incluye tácitamente esa obligación y que no deberían esperarse reglamentaciones ni que sus “competidores” lo hagan para comenzar a informar a los usuarios. Múltiples preguntas que no están contestadas ante la au-

sencia de indicadores pueden ser realizadas. A modo de ejemplo podemos formular algunas:

- ¿Sabemos si una Institución consigue resultados adecuados en términos de sobrevida frente a la detección de los distintos tipos de cánceres? ¿Están en concordancia esos resultados con lo que se espera en nuestro sistema sanitario? ¿Logran todas las Instituciones resultados similares?
- ¿Sabemos si los tiempos entre detección de enfermedades y comienzo de tratamiento de éstas son los recomendados internacionalmente? ¿Esos tiempos son uniformes y homogéneos para las Instituciones en todo el Uruguay?
- ¿Sabemos si las Instituciones trabajan y consiguen resultados en el área de la Medicina Preventiva para mejorar resultados, disminuir costos y evitar centrarse en una medicina con visión curativa que puede no ser costo/efectiva? ¿Hay diferencia entre el sector público y privado?
- ¿Qué consecuencias trae para los usuarios la variabilidad de resultados de las distintas Instituciones? ¿Los resultados están determinados por un tema de escala asistencial?

La ausencia de información puede ser responsable de que las decisiones de los usuarios no se fundamenten en términos de calidad ni de resultados, sino que son el producto de campañas publicitarias que resaltan aspectos que muchas veces no son importantes como indicadores de los procesos asistenciales. Si bien es lógico que se nos informe sobre las cifras de satisfacción ello no resume ni se aproxima a lo que en términos asistenciales o de costo efectividad importan como indicadores.

Hoy en día conocemos muy pocos indicadores de resultados y menos aún estamos al tanto de las políticas de las Instituciones para conseguir niveles de calidad ni en qué se basan sus decisiones o si al menos las mismas son efectivas.

Los grandes ausentes lo largo de los años que han sucedido a la convención han sido el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud (JUNASA), quienes por intereses diversos no toman el riesgo político para avanzar en los aspectos que venimos exponiendo. Mientras tanto quien no es exigido (mutualistas, hospitales, etc) hacen su juego y tampoco se autoexigen completando un círculo vicioso que va en detrimento de la salud de los ciudadanos.

No se puede esperar a los próximos años, son procesos que ya deberían estar en marcha. La medicina avanza y es un imperativo ético informar sobre los resultados asistenciales. Dicho imperativo ético alcanza a todos por igual aunque

con distinto grado de responsabilidad en cuanto a la actual ausencia de publicación de indicadores y resultados.

Los pacientes, deben saber si la medicina que ejercemos los médicos garantiza resultados similares a los que se obtienen en otros países y regiones. Quizás nuestras credenciales formativas sean un indicador indirecto de que estamos actualizados en conocimientos y podemos brindar una medicina acorde. Del mismo modo debemos accionar en nuestros lugares de trabajo para que se generen mecanismos de obtención de resultados e indicadores así como estrategias para mejorarlos individualmente además de colectivamente.

Desde el punto de vista de las Instituciones la ética institucional exige analizar los procesos y publicar los resultados, contestar las múltiples preguntas que deben ser analizadas en términos asistenciales y sanitario (algunas de las cuales enumeramos previamente).

Debe haber una actitud activa, una estrategia institucional que sustente las decisiones que se toman en base a datos, mediciones y resultados. Institucionalmente se deben recorrer los caminos que llevan a la Calidad, tener registros eficientes, transparentes, y completos de lo que se hace.

Hay que poder alcanzar modelos de registro país , donde obligatoriamente todas las instituciones deban volcar sus datos y de esa manera poder generar las comparaciones pertinentes y establecer estándares nacionales Sin un estándar construido en base a los datos reales, sin un benchmarking establecido para nuestro sistema y en nuestro sistema ,difícilmente sabremos si estamos haciendo las cosas de manera correcta.

A nivel del regulador y los actores políticos se trata de la ética en la política pública ejerciendo el bien para los ciudadanos a través de decisiones que garanticen y mejoren la calidad de la salud que se brinda.

El regulador debe exigir que los indicadores no sólo sean publicados sino que sean analizados, estudiados y exista la reflexión sobre ellos y no sea sólo una mera obtención de números. Debe construir el escenario para la obligatoriedad a través de las reglamentaciones pero también facilitando, p ejemplo, la creación de sistemas de registro confiables y haciendo un uso adecuado de los mismos. Tener datos significa poder leer la realidad y cambiarla mediante políticas públicas sanitarias que nos permitan pasar al siguiente nivel, es decir el de la calidad.

Otros países han generado no sólo la obligación, sino que también publican y rankean a los distintos actores según sus indicadores.

Con resultados e indicadores y del mismo modo que otros sistemas sanitarios lo han hecho, podría establecerse un ranking sobre cuál Institución es mejor o peor en las distintas áreas y así el usuario a la hora de elegir podrá hacerlo en función de la confianza y los intereses que tenga. Así podrá elegir ser socio de las Instituciones que se desempeñan mejor en el área pediátrica aquel usuario que por su realidad vea con mayor preocupación dicha área, otros priorizaran la medicina preventiva y elegirán instituciones que se sitúen en los primeros lugares del ranking en esa materia y otros usuarios podrán elegir en función de realizar un análisis de todas las áreas y elegir la que promediamente brinde asistencia de calidad en forma global según los resultados publicados.

Lo mencionado precedentemente generaría un escenario donde las Instituciones deben competir por calidad para alcanzar un mejor posicionamiento en el ranking y atraer a sus socios no por campañas publicitarias edulcoradas sino por ser cada día mejores y cada día brindar una mejor atención en todos los aspectos.

La existencia de competencia debe ser por calidad y no por factores ajenos a la función que hospitales y instituciones de salud tienen por obligación.

En definitiva, debería existir un regulador fuerte que exija a las Instituciones y no haga uso del dinero público sin pedir resultados comprobables del uso de este. Ello tendría que acompañarse de Instituciones que midan resultados y generen indicadores y que los mismos se basen en la adecuada toma de decisiones asistenciales, de RRHH y administrativas con una lógica de calidad. Finalmente, pero no menos importante es necesario un cuerpo médico que también reflexione sobre indicadores de gestión clínica y actuación individual y mediante el análisis elabore estrategias para lograr los mejores resultados.

# La resurrección del espíritu de la 9a. Convención Médica

---

Escribe el Prof. Dr. Gerardo Bruno.



Vemos con satisfacción que la actual Presidencia y el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) hayan hecho resurgir el espíritu de la 9a. Convención Médica impulsada años atrás desde el SMU, durante la tercera presidencia del Dr. Julio Trostchansky.

Las Convenciones Médicas Nacionales desde 1939 han sido fuerzas promotoras de cambios en el sistema de salud del Uruguay, generadoras de encuentros de todos los médicos del país para debatir aspectos sustanciales de la medicina nacional.

A finales del 2014 el plenario de la 9.a Convención Médica Nacional, realizada con un formato innovador y profesional, emitió sendos documentos luego de un proceso de un año de discusión. Ello supuso el primer paso para lograr la concreción de los aspectos mencionados en dichos documentos. Sin embargo, los últimos años de la actividad sindical no retomaron muchos de los enunciados emanados de la convención, en los que se debió haber avanzado.

Es importante hoy retornar al punto central de esta convención, que ponía énfasis en la necesidad esencial de abordar la calidad asistencial desde la perspectiva de los sistemas y organizaciones. La preocupación por la calidad asistencial constituye hoy día un elemento común en todas las organizaciones sanitarias del mundo. La calidad de los servicios de salud y su evaluación constituyen una de las tendencias que caracterizan a la medicina actual, así como la accesibilidad a los servicios por parte de todos los ciudadanos, lo cual es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado.

## **¿Por qué fue necesaria la 9a. Convención?**

El objetivo específico de la 9.a Convención Médica Nacional fue diseñar propuestas de mejora de la calidad asistencial, a través del debate público en el colectivo médico, partiendo de un rele-

vamiento de la situación de ese momento y asumiendo los desafíos para una medicina de calidad.

Uruguay tiene algunas realidades que lo hacen ideal para trabajar estas materias. Se trata de un país de pequeña dimensión geográfica, poca población, con un sector público fuerte y de prestigio, a diferencia del resto de América Latina, y con un sistema de salud con accesibilidad para todos sus habitantes.

Nuestro país posee una larga y rica historia de prestaciones solidarias para la cobertura de los mayores riesgos de la salud de la población, con un muy buen nivel médico; más recursos de los que pensamos; una buena legislación; sociedades civiles fuertes; buena inversión en salud; y, lo que resulta esencial, una democracia plena donde todos los grandes partidos políticos se han alternado en el gobierno haciendo de los cambios una política de Estado.

Pero tenemos algunos problemas que aún no hemos resuelto.

La medicina cambió, se transformó en los últimos años a pasos agigantados, con ritmo vertiginoso, en continuo avance y transformación. Hoy existen nuevas prestaciones y formas modernas de abordar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades tradicionales, mediante procedimientos más seguros y menos agresivos, con técnicas mínimamente invasivas, recurriendo a la alianza de tecnología e innovación y medicina molecular. Este panorama atraviesa todas las especialidades y las diferentes fases del proceso asistencial de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales. No obstante, esto ha llevado a inequidades en el acceso al sistema, tanto en las prestaciones como en la calidad basada en estándares internacionales.

Además, tenemos un sistema sanitario actualmente fragmentado: se registran esfuerzos parciales y limitados por el soporte económico de cada prestador, lo que genera un marcado desequilibrio en la calidad de los servicios y, en consecuencia, de los resultados para nuestros pacientes.

Si miramos la situación de Montevideo, en poco menos de diez kilómetros cuadrados, tenemos más de cuarenta centros asistenciales de salud dispersos (dieciocho prestadores integrados al sistema y otros no integrados). No es lógico, económico ni eficiente que todos deban dar la misma profundidad asistencial, por lo cual resulta imprescindible, racional y

necesario ir hacia nuevos modelos organizacionales. Tenemos médicos y medicina desarrollada que debe evolucionar hacia sistemas más efectivos, económicos y eficientes, para corresponder con las posibilidades que la ciencia y la tecnología nos ofrecen con su continuo cambio. En Uruguay, al ser un país con las características mencionadas, se hace necesario concentrar experiencias, lo cual no es nada nuevo. Si todos queremos seguir haciendo todo, no vamos a hacer nada bien. Esto es particularmente cierto en cirugía, y así lo muestra la experiencia internacional.

Si estamos convencidos de que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) será sustentable en el largo plazo, debemos evolucionar, superando sus zonas ineficientes para que puedan abordarse de mejor forma nuevas prestaciones, para permitir el acceso a la totalidad de los usuarios y así ingresar a una nueva etapa de mayor equidad, en la que sea posible brindar los servicios de la calidad que puede ofrecerse hoy pero con mayor descentralización geográfica.

La medicina no puede ser gestionada por los jueces a través de recurrir a los tribunales, sea con recursos de amparo o para obtener prestaciones que son hoy corrientes en el mundo. Eso es un síntoma de que algo no anda bien en el SNIS, y esta situación no es humanamente sustentable. A más de doce años de instaurado el SNIS, esta situación persiste y son cada vez más numerosos los recursos de amparo, por prestaciones que no cubre el Fondo Nacional de Recursos (FNR) o el Ministerio de Salud Pública (MSP) no ha incluido en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Lo irracional de la situación queda por demás claro cuando se advierte que ella no es buena para nadie. Impone a los pacientes el costo de la representación legal, agrega demoras, a veces considerables, para lograr el tratamiento de los pacientes y obliga al MSP a asumir el costo de los dispositivos, fármacos o procedimientos, en general mucho mayor que en los casos donde se puede realizar un proceso de compra programado y controlado. Tampoco es buena solución para los jueces, que no están para eso. Ni es buena para los médicos y pacientes, porque tienen que atravesar un vía crucis judicial, con pérdida de tiempo y eficiencia. No es buena para el sistema, porque se termina pagando lo mismo pero más caro. No es buena para el MSP, porque lo coloca en una situación imprevista y lo expone públicamente a una confrontación inadecuada. No es justa, finalmente, porque vulnera los derechos de la persona más desprotegida, el paciente.

La 9a. Convención puso arriba la mesa eso que nos falta, una serie de aspectos que nos orienten para

organizarnos, para unir los cabos sueltos y tener una visión global e integral del sistema para producir una medicina de calidad. A través de este enlace (<http://www.convencionmedica.org.uy/>), todos los colegas y quienes hoy tienen la responsabilidad de dirigir y ocupan cargos de liderazgo en los diferentes órganos pueden acceder a los documentos generados en la convención y repasar los temas principales.

### **¿Qué avances hubo?**

Algunos puntos se han logrado.

#### **Ley de Centros de Referencia**

La 9a. Convención Médica fue la semilla que permitió germinar la Ley de Centros de Referencia (Ley n.º 19.666, Aprobación de normas para la designación y funcionamiento de los centros o servicios de referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas, promulgada y publicada en octubre de 2018).

Esta norma permitió la creación de centros de referencia por patologías, integrando la red asistencial y 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.

En los hechos y desde el punto de vista práctico, los avances fueron escasos, restringidos a aspectos formales, pero sin concreción en el terreno. El desafío para el cuerpo médico es persistir en los esfuerzos para la necesaria concreción, ya que todo está aún para ser desarrollado.

#### **Avances en infraestructura hospitalaria**

Se ha producido un importante avance en infraestructura hospitalaria: los grandes hospitales públicos se han actualizado en sus plantas físicas y equipamiento, principalmente en Montevideo, no siendo pareja la situación en el resto del país, con algunas excepciones (Tacuarembó), donde persisten viejas estructuras en muchos departamentos. La extensión de la red de atención primaria de salud y el desarrollo del primer nivel en coordinación con las intendencias departamentales es un avance destacado, aunque falta todavía mucha mayor coordinación e integración de servicios, buscando eficiencia y economía.

#### **Residencias médicas**

Otros avances se han logrado recientemente en el campo de las residencias médicas, corazón del sistema de salud, con el trabajo que están llevando adelante la actual Escuela de Graduados, el Consejo

Honorario Administrador del Sistema Nacional de Residencias Médicas (CHASNRM) con sus representantes nacionales y con el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR) y la gerencia de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Se está en el proceso de proponer la realización de modificaciones estructurales del sistema de residencias médicas, como ser: la modalidad de ingreso, para lo cual el Consejo de Facultad de Medicina (Exp. 071700-501549-21, 11 agosto del 2021) definió el cambio de la prueba de ingreso para las residencias médicas. También se está finalizando la redacción de una propuesta de modificación del sistema de financiamiento, que tiene como objetivo brindar mayor equidad en la financiación con la incorporación de otros efectores privados que actualmente no participan del sistema. Y se está definiendo, mediante una consultoría del MSP con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un modelo de cálculo de brechas en recursos humanos, a fin de ajustar el llamado de residentes a las necesidades y a la imagen objetivo del país en relación con el número y la distribución de especialistas médicos.

Se espera que estas propuestas aporten en la discusión para generar cambios en el corto plazo, y así lograr superar la fragmentación actual del sistema de residencias e ir progresando hacia un sistema nacional y, como consecuencia, mejorar la formación de los especialistas.

Otro aspecto en el que considero que se ha avanzado, aunque de forma lenta, es la reciente creación por ley (y su respectivo decreto reglamentario) de una Agencia de Evaluación de Tecnologías. Esto supuso tomar aspectos directamente relacionados con lo expresado por la 9.a Convención, que no es oportuno abordar aquí de manera extensa.

#### **Algunos temas pendientes que hacen a la calidad**

1. La creación de un Sistema Nacional de Acreditación Sanitaria —independiente de la habilitación otorgada por el MSP—, que deberá identificar los aspectos relevantes a evaluar y definir los indicadores que correspondan a cada área, proceso que debería ponerse en marcha para estar actualizados y en línea con el mundo sanitario actual.
2. El estímulo de la complementariedad de servicios, la centralización y la regionalización, a fin de generar centros con volumen y competencias y trabajar en red de redes para que, independientemente del efector, el usuario pueda acceder a una

prestación de calidad (por ejemplo, en los casos de cirugía hepato- bilio-pancreática compleja) y no ser operado por un centro ocasional.

3. La revisión y eliminación trámites y gestiones superfluos de la tarea cotidiana del médico y de la organización sanitaria. Parece poco lógico que haya tantas historias clínicas electrónicas diferentes en cada prestador, así como tantos formularios y trámites que deben hacer cotidianamente los colegas por cuestiones baladíes.

### **En síntesis**

Fueron las convenciones las que elaboraron doctrina que luego las fuerzas políticas, a lo largo de las décadas, tomaron en alguna medida para transformar el sistema sanitario nacional. Pero la tarea dista mucho de haber concluido, porque siempre habrá desafíos para mejorar en calidad, cantidad y equidad de los servicios de salud.

Por eso es bueno poner en debate estos temas y que el SMU los retome, junto con todos aquellos que estén dispuestos a dar una franca discusión, ya que debemos ponernos al día en varias materias que hacen a la calidad de los servicios de salud, a la modernización de sus prestaciones y a superar el progreso manuscrito, que todo lo reduce a la creencia de que a través de mejorar la redacción de las leyes se consagran los derechos, siendo que en realidad falta un buen trecho de gestión y política para bajar a tierra los grandes principios consagrados en las normas.

En suma, esta es una tarea de todos.

---

### **Referencias**

- 9a. Convención Médica Nacional (2014). Sitio web oficial. <http://www.convencionmedica.org.uy/>
- Turnes, A. L. (2010). Génesis, autoridades, temarios y circunstancias de las convenciones médicas. Las Convenciones Médicas Nacionales (1939-2010). Noticias SMU, mayo: 19-23. <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias156/art5.pdf>
- Turnes, A. L. (s. f.). Las Convenciones Médicas Nacionales (1939-2004). Su génesis, autoridades, temarios y circunstancias. Documento en línea. <http://www.convencionmedica.org.uy/historia/res-hist.pdf>
- Rojas Beltrán, R. (1989). Historia del gremialismo médico del Uruguay. Montevideo: SMU.

# Suplemento Temático de la Revista Noticias Diciembre 2021

---



Sindicato Médico  
DEL URUGUAY