



**Informe síntesis Método Delphi**  
**GRUPO 3**  
**9na. CONVENCION MÉDICA NACIONAL 2014**

**Mayo 2014**

## Resumen ejecutivo

**Introducción:** Dentro del marco del 9na Convención Medica Nacional se desarrolló una estrategia sistemática de creación de recomendaciones para mejorar la calidad de atención médica. Durante las diferentes etapas se acordó desarrollar un grupo de consenso utilizando el método RAND UCLA para mejorar la validez de las diferentes recomendaciones seleccionadas para su evaluación.

**Objetivo:** Establecer consenso de expertos para la elevación a recomendación de diferentes iniciativas propuestas para mejorar la calidad de atención dentro del marco de 9na CMN.

**Método:** Método Delphi modificado (RAND UCLA).

Cuatro grupos de expertos calificaron de manera anónima en dos rondas con un encuentro presencial intermedio para la discusión de valores en disenso sobre los diferentes criterios preestablecidos para cada una de las recomendaciones.

Los criterios de calificación fueron:

- **Oportunidad de mejora:** El país o sistema de salud presenta una oportunidad de mejora a partir de los niveles actuales de desempeño en relación a estándares nacionales, regionales y/o internacionales.
- **Aceptabilidad para los involucrados** (pacientes o profesionales de la salud según corresponda): Los destinatarios de la intervención aceptarán de buen grado esta intervención y serán facilitadores de su implementación.
- **Impacto en el nivel de calidad de atención:** Su implementación logrará un impacto destacado y evidente en la calidad de atención que reciben los destinatarios del sistema de salud.
- **Factibilidad de implementación en el mediano plazo:** La intervención no requerirá recursos fuera del alcance del sistema de salud, más allá de negociaciones que sean oportunas realizar para su asignación en el mediano plazo (2 años).
- **Puntaje general:** Será necesaria una puntuación global sobre la validez y oportunidad de la recomendación.

La tabla de frecuencia de respuesta por grupo y ronda fue la siguiente:

	<b>G3</b>
Ronda 1	19
Ronda 2	15

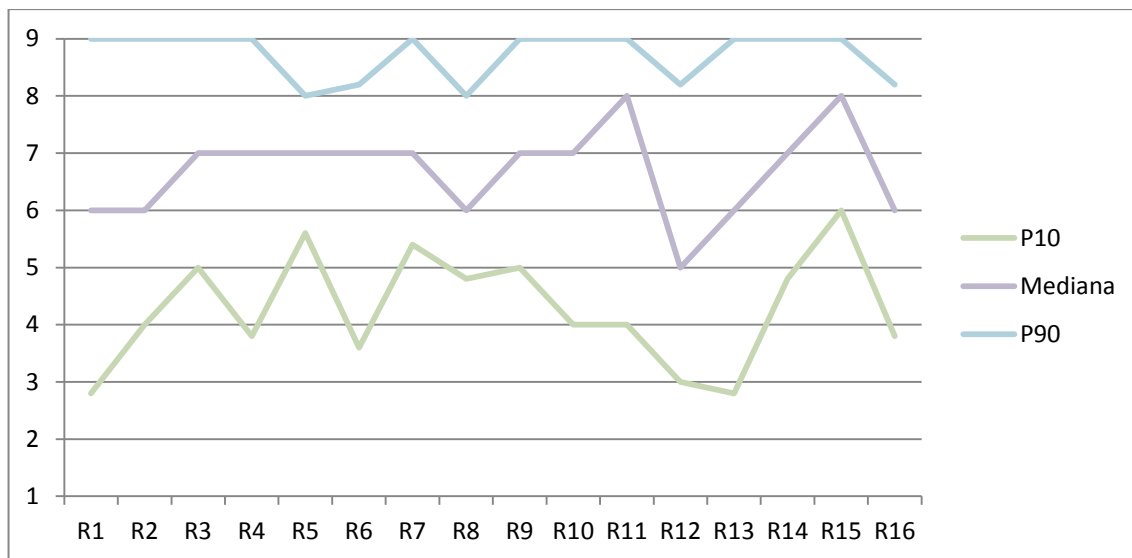
**Resultados:** A continuación se grafican los resultados de las rondas de consenso, que muestran:

- La distribución de los resultados según mediana y rangos 10-90 para describir los hallazgos y
- Las recomendaciones rankeadas según mediana en forma decreciente

Dentro de las limitaciones se encuentra un nivel de participación menor a la esperable en la segunda ronda si bien dentro de este marco de trabajo no invalida los resultados sino que exige contextualización a la hora de ser considerada una recomendación.

**Conclusiones:** El método de consenso fue completado y requiere ahora un análisis discrecional para la inclusión de recomendaciones basadas en el nivel de evidencia y grado de aplicabilidad en el país, considerando que se obtuvo una frecuencia de calificaciones algo menor a la ideal (7 o más) en parte de las recomendaciones.

**DOMINIO/ GRUPO 3: "Mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud".**



RANKING	
RECOMENDACIONES	MEDIANA
<b>R11</b>	<b>8</b>
<b>R15</b>	<b>8</b>
<b>R3</b>	<b>7</b>
<b>R4</b>	<b>7</b>
<b>R5</b>	<b>7</b>
<b>R6</b>	<b>7</b>
<b>R7</b>	<b>7</b>
<b>R9</b>	<b>7</b>
<b>R10</b>	<b>7</b>
<b>R14</b>	<b>7</b>
<b>R1</b>	<b>6</b>
<b>R2</b>	<b>6</b>
<b>R8</b>	<b>6</b>
<b>R13</b>	<b>6</b>
<b>R16</b>	<b>6</b>
<b>R12</b>	<b>5</b>

**RECOMENDACIONES GRUPO 3 RANKEADAS**

RECOMENDACIÓN 11: Si se establece la dedicación exclusiva de los residentes y un sueldo acorde con una carga laboral máxima de 80 horas y mínima de 56 horas semanales ENTONCES se podrán alcanzar objetivos adecuados de formación mejorando simultáneamente la seguridad de los pacientes por reducción del error PORQUE actualmente la práctica dual durante la residencia existe con una carga horaria neta que supera las 48hs. sin que ello dé garantía de formación y descanso suficiente.

RECOMENDACIÓN 15. Si pretendemos establecer pautas claras en la relación médico- paciente, ENTONCES deberemos formalizar el proceso por el cual se informa al paciente antes y después de su consentimiento y ofrecer a los médicos espacios formativos de alta calidad que promuevan conocimientos y destrezas para mejorar la comunicación con el paciente, PORQUE, de este modo, se contemplan las legítimas aspiraciones, expectativas, creencias y valores del paciente mejorando la relación médico- paciente.

RECOMENDACIÓN 3: Si se determina la dotación mínima obligatoria de especialistas en cuidados intensivos/pacientes a nivel hospitalario, ENTONCES la mortalidad de la terapia intensiva hospitalaria se verá reducida (especialmente las que tratan pacientes quirúrgicos), PORQUE existe un buen nivel de evidencia que muestra que una alta dotación de médicos en estos sectores disminuye la mortalidad aunque esta dotación solo se agrupe en un turno (diurno o nocturno).

RECOMENDACIÓN 4. Si se universaliza la formación de especialistas médicos en todos los efectores del SNIS, a través de un Programa Nacional de Residencias Médicas y se convierte el mismo en el principal ingreso al mercado laboral (reformulando el actual programa), a cargo de la Facultad de Medicina y el MSP, con la participación del regulador, los prestadores y el gremio médico, ENTONCES 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 acordes que permitan la dedicación exclusiva, PORQUE intentar estrategias que velen por la equidad en salud a nivel país parece prioritario y se alinea con las metas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del nuevo milenio.

RECOMENDACIÓN 5: Si se tienen en cuenta las motivaciones individuales para completar la formación médica junto con la implementación de un sistema de incentivos financieros para atraer médicos a áreas poco pobladas, ENTONCES la permanencia de los médicos en esas regiones se sostiene por más tiempo, PORQUE existen trabajos observacionales publicados que muestran que tomar en cuenta las motivaciones individuales de desarrollo profesional médico, sumado a un incentivo financiero acorde al trabajo propuesto, logra uno de los mejores impactos sobre la retención temporal de médicos rurales o de áreas poco pobladas.

RECOMENDACIÓN 6: Si se refuerza la descentralización de la formación médica de grado, postgrado y residencia universitaria a través de una reforma programática, ENTONCES es probable que un número de los médicos formados se queden en la región conllevando a una reducción de la mortalidad global, PORQUE existen trabajos observacionales que muestran asociación entre tiempo de permanencia de los médicos en aéreas poco pobladas o rurales, con el hecho de haber sido formados en el lugar y que éstos, a su vez disminuyen las tasas de mortalidad poblacional, con el solo aumento de la densidad de médicos, ya que en Uruguay existe asimetría en la distribución de médicos entre el interior (19,6 cada 1000 habitantes) y en la capital (73,5 cada 1000 habitantes) y la mortalidad neonatal si bien es buena para la región, aún no alcanza las cifras de los países desarrollados.

RECOMENDACIÓN 7: Si en el marco de la discusión de los próximos convenios salariales, en un ámbito médico y no gubernamental, además del componente de ajuste por inflación y crecimiento, se incorpora un 3 elemento denominado ajuste por “calidad eficiente” y tomando en cuenta que los 2 primeros componentes deberán responder a un acuerdo tripartito ajustados a las pautas generales del país y el subsector salud en particular, ENTONCES este 3 componente debería 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 9ª Convención Médica Nacional, definiendo indicadores de calidad y eficiencia por nivel de asistencia que cumplan con criterios de relevancia, amplitud/potencia informativa (robustez) y parsimonia para evitar redundancias, combinando incentivos en el plano del servicio, individual y/o grupal, PORQUE esto redundaría en una mejora en la conectividad entre niveles asistenciales, (mejorando por ej. la referencia y contra referencia de ptes) y por ende optimizando la gestión.

RECOMENDACIÓN 9: Si se obliga tanto a las instituciones públicas como privadas a otorgar tiempo protegido para la educación y formación de los médicos y enfermeras, ENTONCES mejorará la motivación laboral entendida como la voluntad individual de superarse y mantener el esfuerzo para alcanzar metas de la organización PORQUE los incentivos financieros no generan aislada y sostenidamente mejor desempeño laboral.

RECOMENDACIÓN 10: Si se generan estrategias de retención de médicos en el sector público, desalentando el multiempleo, 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 9ª Convención Médica Nacional por el SMU), ENTONCES habrá que contemplar las ventajas que ofrece el sector privado (como la satisfacción laboral, la autonomía, el ser considerado una persona valiosa dentro de la estructura, tiempos de tratamientos más cortos para los pacientes, etc.) para aplicarlas al sector público, PORQUE existen trabajos extranjeros que mencionan que la mitad de los médicos con trabajo dual no renunciarían a su tarea laboral en el sector privado si hubiese un incremento salarial igual al sueldo combinado ya que la mera motivación financiera no justifica la perpetuación del multiempleo.

RECOMENDACIÓN 14. Si pretendemos promover y fortalecer la profesionalidad médica en la práctica médica nacional, tratando de mejorar la calidad asistencial, reforzando el compromiso del profesional médico en lo que se refiere a su competencia, responsabilidad, conocimiento, honestidad, confidencialidad y relación adecuada con el paciente; contemplando un apropiado manejo de emociones, valores y comunicación y a su vez promover su activa participación en los procesos de mejora de los servicios sanitarios en bienestar de toda la población, ENTONCES deberemos desarrollar políticas activas en el marco de grandes acuerdos, articulando el ámbito académico (Facultad de Medicina, Escuela de Graduados), gremial (SMU, FEMI), gubernamental (MSP), institucional (ASSE, Prestadores Privados) y el Colegio Médico (articulando a su vez las recomendaciones del GTIP) que permitan conformar un Sistema Nacional de Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC). Entendiendo al

DPMC como un proceso de aprendizaje continuo en la práctica, a partir de la educación en, por y para el trabajo en los servicios sanitarios (diseñando un proyecto que formalice y articule al mismo), PORQUE esto redundará en la mejora de la calidad de atención que brindan las organizaciones a la población.

**RECOMENDACIÓN 1:** SI se diseña e implementa un modelo de proyección, que permita ajustar la oferta de recursos humanos en salud a la demanda proyectada de estos (en calidad y contenido), en el marco del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de un regulador, con el asesoramiento no vinculante de la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública (MSP), conjugando objetivos sanitarios, perspectivas de formación y necesidades del mercado laboral (INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA PÚBLICAS Y PRIVADAS) quedando su implementación, forma e intensidad de la misma en el ámbito autónomo de la Facultad de Medicina, ENTONCES mejorarán los tiempos y la accesibilidad del usuario a la atención sanitaria y por ende la calidad asistencial, PORQUE parece oportuno generar una distribución más equitativa de los recursos.

**RECOMENDACIÓN 2.** SI se determina la relación numérica obligatoria mínima enfermera/paciente a nivel hospitalario, ENTONCES la calidad de atención mejorará con el beneficio máximo de reducir la mortalidad hospitalaria, PORQUE existe evidencia de alta calidad que demuestra que legislar la reducción y estandarizar el número mínimo de pacientes por enfermera/o reduce la mortalidad hospitalaria hasta un 7%.

**RECOMENDACIÓN 8:** SI se generan informes públicos periódicos con los resultados obtenidos de los desempeños hospitalarios de todos los efectores del sistema tanto públicos como privados, ENTONCES es probable que la calidad de atención mejore y se reduzca la mortalidad hospitalaria hasta un 4%, PORQUE difundir el desempeño hace que los médicos y las instituciones intenten superarse continuamente aunque esto pueda traer aparejado conductas individuales cuestionables debido a la selección de pacientes, especialmente con enfermedades graves y con alta co-morbilidad.

**RECOMENDACIÓN 13:** SI en el ámbito de la negociación colectiva se crea un comité (integrado por profesionales representando al gremio médico, representantes de los gremios no médicos, a los prestadores y al MSP) y diversos sub comités en las instituciones, con una matriz común (comités tripartitos), ENTONCES estos generarían recomendaciones vinculantes para los efectores de salud (instituciones de asistencia médica públicas y privadas) en cuanto a las condiciones mínimas necesarias para el ejercicio de la profesión médica y el equipo de salud en diversos aspectos: autonomía profesional, infraestructura, insumos, condiciones laborales, aspectos de seguridad del paciente y el equipo, etc. PORQUE de esa manera cada comité tripartito a nivel de las instituciones adaptaría las normas generales a cada institución en particular controlando su cumplimiento y generando insumos para que los responsables políticos de las mismas tomaran las decisiones en base a estos insumos. Numerosas revisiones extranjeras mencionan que las personas de confianza de las instituciones son las principales asesoras para la toma de decisiones institucionales y sería primordial que las recomendaciones tengan un marco científico crítico de opinión y sean claras en su traducción.

**RECOMENDACIÓN 16:** SI priorizamos la mejora del sistema sanitario brindado a la población, ENTONCES deberemos avanzar 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, diseño de un escenario dinámico que promueva la mejora continua de la calidad asistencial desde una base general y comprobada, a partir de la acreditación de los servicios, PORQUE de esa manera se establecen reglas de juego claras y formales en defensa del ejercicio profesional, permitiendo desarrollarla sin violentar principios morales y éticos compartidos

**RECOMENDACIÓN 12:** SI se restringe la práctica dual, ENTONCES habrá que generar una estrategia de control del multiempleo complejo, PORQUE las restricciones suelen generar actividades duales irregulares por fuera del sistema.