

CONVENCIÓN
MÉDICA
NACIONAL
2014

Hacia el
plenario final

6 y 7 de junio de 2014

Kibón



Mensaje del Comité Convocante de la 9CMN

Estimados colegas:

El proceso de seis meses que llevó adelante la novena Convención Médica Nacional fue uno de los más participativos y visibles de la historia. De este modo se cumplió el compromiso del 3 de diciembre pasado, cuando en el discurso inaugural del lanzamiento de la Convención, se dijo: “estamos disponiendo todas las formas de difusión y de participación posibles para que nadie falte a la cita”.

A 12 días del Plenario Final, la participación y la difusión superó todas las expectativas. Participaron profesionales de todas las especialidades médicas, que se desempeñan en los diferentes ámbitos de la medicina de todo el país, así como estudiantes, usuarios, gobernantes y representantes de instituciones asistenciales.

Esta novena Convención innovó generando múltiples y diversas herramientas para contar con insumos que apoyaran sobre bases ciertas el debate planteado y promoviera la participación para una elaboración exigente y ambiciosa, a la escala del desafío planteado.

En este sentido, 400 médicos participaron a través de la Encuesta Médica Nacional y 22 profesores grados 4 y 5 de diferentes especialidades fueron consultados mediante entrevistas en profundidad sobre todos los temas tratados.

Contemplando los 4 ejes temáticos, 76 colegas expertos colaboraron directamente en la elaboración de recomendaciones a través de cuatro grupos Delphi.

A lo largo de estos seis meses, hubo más de 1.200 participantes en 15 eventos presenciales sobre los diferentes temas propuestos.

En tanto, decenas de documentos y aportes fueron elaborados por diferentes colectivos de médicos e integrados al proceso.

Por otra parte se realizó una cobertura permanente de todas las actividades en el Portal Ser Médico, donde funcionaron los foros virtuales temáticos con más de 150 aportes publicados, que junto a las tres ediciones especiales de la Revista Ser Médico dedicadas especialmente a la Convención, llegaron a casi 10.000 médicos en cada envío.

La Convención también tuvo su espacio en las redes sociales. De hecho, el sitio en Facebook de la Convención cosechó más de 2.600 seguidores y otros 700 en Twitter, ofreciendo espacios de intercambio entre colegas y con toda la sociedad, con miles de interacciones.

Además, la Convención fue difundida a través de diversas notas de prensa que ampliaron la difusión.

Ya en las últimas convenciones habíamos tratado temas relevantes: en 1984 fue el tema de los derechos humanos y en 2004, la necesidad de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Con el mismo espíritu de ese entonces, en esta oportunidad desarrollamos el tema de la calidad asumiendo una vez más la responsabilidad social de nuestra profesión, y la responsabilidad histórica de utilizar una herramienta como la Convención Médica Nacional, por parte de todo el colectivo médico, sin exclusiones, para mejorar la medicina de nuestro país.

De este modo se cumplió con el objetivo de procesar un debate público y transparente hacia la sociedad, como parte de la construcción de una imagen real de la profesión, comprometida con la mejora continua y la calidad del ejercicio profesional de la medicina en Uruguay. Este proceso impulsado inicialmente desde el SMU generó los espacios más amplios de inclusión de todos los actores del sistema de salud uruguayo, trascendiendo a las instituciones y generando nuevos ámbitos de trabajo que convocaron a todas las especialidades y a todos los colectivos de colegas del país.

Pero todavía nos queda una instancia de participación muy importante. El próximo 6 y 7 de junio es el Plenario Final en Kibón y allí debemos estar todos para votar las recomendaciones que, estamos seguros, contribuirán en forma significativa a mejorar la calidad de la medicina que ejercemos.

Hay mucho en juego ya que la historia demuestra el poder de un proceso como el vivido. A todos quienes ya han participado les agradecemos sus aportes y a cada uno de los colegas de todo el país, los invitamos a participar del Plenario Final. Estamos a tiempo de seguir sumando aportes y los necesitamos. Cada opinión importa.

Si todavía no lo hicieron, los invitamos a ingresar al sitio web de la Convención, informarse y registrarse:
www.convencionmedica.com.uy.

Los esperamos,
**Comité Convocante de la
9ª Convención Médica Nacional**

Integran el Comité Convocante: Julio Trostchansky, Gerardo Eguren, Jorge Torres, Néstor Campos, Miguel Fernández Galeano, Álvaro Medeiros, José Cuadro, Marta Moraes, Álvaro Dendi y Lucía Araújo.

POR UNA MEDICINA DE CALIDAD

Plenario final de la Convención definirá propuestas para entregar a candidatos

El 6 y 7 de junio los médicos nos reuniremos en la última instancia del proceso de la 9ª Convención Médica Nacional para elaborar el documento final que entregaremos a los candidatos presidenciales de todos los partidos políticos y que busca definir el camino a transitar para avanzar hacia una medicina de calidad en Uruguay. El encuentro, que se realizará en Kibón, será la culminación de seis meses de trabajo de los cuatro grupos de análisis definidos por el Comité Convocante de la Convención.

Desde diciembre de 2013 médicos de distintas especialidades trabajan con el objetivo de sentar las bases de cómo debería ser la medicina de las próximas décadas, desde el convencimiento de que Uruguay necesita repensar su medicina para que la misma sea de calidad. En estos meses cada grupo ha organizado una serie de presentaciones públicas, conferencias e instancias de discusión y análisis. Además, se han estudiado referencias internacionales con el asesoramiento del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina.

Otro elemento central para el debate son los datos arrojados por la Encuesta Médica Nacional, encargada por la Convención a la consultora Equipos Mori. El estudio está dividido en tres áreas vinculadas a un abordaje de calidad en salud: una a la población, otra a los médicos y la tercera a referentes de distintas especialidades.

La necesidad de disminuir el multiempleo y la recertificación de la formación profesional fueron dos de los elementos destacados de los resultados de la encuesta. La mayoría de las opiniones, el 84%, es favorable a instaurar un sistema de recertificación de conocimientos. Por otro lado seis de cada 10 profesionales creen que sería ideal tener un solo empleo, pese a que la regla es que tengan dos, tres, cuatro y hasta cinco empleos.

Para cada uno de los ejes temáticos, se trabajó con la metodología de Grupos Delphi, sumando así la participación de un grupo de destacados médicos de las diferentes especialidades.



Grupos de trabajo

El Comité Convocante de la 9ª Convención Médica organizó el trabajo y coordinó la convocatoria a múltiples instancias y formas de participación en los cuatro ejes temáticos para generar y analizar los diferentes insumos y elaborar las propuestas.

El **Grupo 1**, cuyo trabajo es coordinado por los doctores Arturo Briva y Gerardo Bruno, trabajó en la convocatoria, consolidación y elaboración de iniciativas para la mejora del modelo de la práctica en la atención médica. El grupo estudió tres temas centrales: la creación de centros de referencia por patologías, el cambio en la cultura organizacional de los centros de salud y la evaluación externa de los centros de salud con miras a mejorar la calidad asistencial con herramientas como la acreditación de las instituciones y servicios.

El **Grupo 2**, coordinado por Álvaro Danza y Óscar Noboa, se ocupa del tema de la incorporación de nuevas estrategias a nivel de formación de recursos humanos. En este sentido se ha discutido sobre iniciativas para la instauración de un método de recertificación médica, un programa nacional de residencias médicas, y otros asuntos vinculados a la formación de calidad.

Los doctores Martín Rebella y Ariel Pisano son los coordinadores del **Grupo 3** que tiene como objetivo analizar la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y aborda problemas como la dotación de personal para lograr los adecuados niveles de calidad y seguridad, los incentivos para mejorar la calidad, la organización del trabajo con herramientas como los cargos de alta dedicación en las diferentes especialidades y el sistema de residencias médicas.

Finalmente el **Grupo 4**, coordinado por Alfredo Toledo y Álvaro Margolis, analiza temas relacionados con la medición del desempeño y la transparencia en el reporte de resultados de la atención médica sí como la participación de los usuarios. El equipo trabaja en propuestas sobre cuatro áreas: reporte público de resultados de la atención, creación y fortalecimiento de los registros por enfermedad para una mayor calidad de la atención, tecnologías de la información y su aplicación en la salud y el rol de los usuarios para avanzar en la calidad. ■

Médicos en las redes

Además de las actividades presenciales, las redes sociales han tenido un rol protagónico en los procesos de discusión. La página web de la Convención, los foros virtuales, Facebook y Twitter, fueron plataformas para el debate.

Plenario final

El 6 y 7 de junio en Kibón se realiza el plenario final de la 9ª Convención Médica Nacional. Los documentos resultantes serán entregados a todos los precandidatos a la Presidencia de la República.

Mejora del modelo de la práctica en atención médica

Los últimos cambios que viene experimentando nuestro sistema de atención de la salud han puesto el acento en la equidad del acceso y esta bien que así lo haya sido. Mas allá de acuerdos o desacuerdos con las formas concretas adoptadas, es importante asegurar a la totalidad de la población un acceso fácil y equitativo a la resolución de sus necesidades de asistencia. A estos aspectos resulta imperioso agregar enfoques de seguridad y calidad; hoy no basta solo con accesibilidad a la salud, sino acceder a una oferta que se sustente con resultados clínicos y niveles de seguridad mensurables y comparables tanto a nivel local como internacional.

El principal desafío es la construcción de calidad y, por lo tanto las preguntas iniciales deberían ser ¿Que es calidad? ¿A que especialidad y nivel asistencial debe referirse? ¿Es esto cultural y económicamente sostenible en Uruguay?

Grupo #1 Mejora del modelo de la práctica en la atención médica

Objetivos específicos:

1. **Mejorar la coordinación de la atención entre los distintos niveles:** mecanismos para mejorar la relación entre la atención primaria y los especialistas, buscando una mejor coordinación de la atención.

2. **Centros de excelencia por patologías:** promover la concentración de ciertas patologías para mejorar los resultados en salud.
3. **Mejorar la cultura organizacional:** desarrollar intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales de una institución en pos de una mayor seguridad.
4. **Evaluación externa como mecanismo de garantía de la atención:** difusión de diversos mecanismos de acreditación y certificación profesional y su impacto en la calidad de la atención.

1. Mejorar la coordinación de la atención entre los distintos niveles

DEFINICION

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

PROBLEMA

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

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

PROPUESTA

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

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



**Creación
de Centros de
Referencia por
patología.**



**Certificación o
acreditación de
las instituciones
de salud.**

Las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado "integración virtual". Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas.

El objetivo de la complementación es la mejora de la continuidad asistencial o integración clínica así como la eficiencia global del sistema de salud. La complementación viene a garantizar el acceso oportuno y equitativo a las prestaciones y debería garantizar también la calidad de los servicios.

Desde el punto de vista asistencial existen ciertos grupos de pacientes (enfermedades agudas con riesgo de vida, enfermedades crónicas, pacientes con múltiples enfermedades, pacientes con cáncer) que más se benefician con la atención coordinada y deberían ser tomados como población objetivo inicial, sin excluir a otros grupos que puedan ser considerados estratégicos.

Consideramos que debe existir una estrategia para asegurar la integración que promueva la organización de los Recursos Humanos en todos los niveles de atención y estimule la utilización coordinada de las Tecnologías de la Información entre el primer nivel de atención y los Centros de Referencia.

2. Centros de Referencia por patologías

DEFINICION

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

PROBLEMA

En un Sistema de Salud fragmentado obtenemos una gran cantidad de esfuerzos parciales, limitados por el soporte económico de cada prestador individual, sin equipos asistenciales que acumulen la experiencia necesaria para el tratamiento de múltiples patologías y con esfuerzos individuales

que, por necesidad, tienen un escaso acceso al desarrollo y la adquisición de tecnología. Esta situación se observa a nivel público y privado, generando una marcada asimetría interna en la calidad de servicios que ofrece cada prestador. Hoy la respuesta a los desafíos de la medicina especializada no es más individual, ni de grupos sino de organizaciones multidisciplinarias. Esta aproximación es propuesta como una manera racional de abordar las diferentes modificaciones a nuestro sistema sanitario actual.

PROPUESTA

Existen algunas iniciativas nacionales que pueden servir de ejemplo para la creación de este tipo de centros y que son reconocidos como centros "de hecho". Sin embargo, es necesaria una definición sobre qué patologías o grupos de patologías obtendrían la mejor relación costo/beneficio con estos centros, dónde ubicarlos y como certificar su nivel de competencia. Parece razonable proponer la creación de un "paquete" de características necesarias para alcanzar ese status, que incluya un sistema de monitoreo de su desempeño y seleccionar dos o tres áreas de interés que puedan desarrollarse como plan piloto. En función de los resultados de este plan se podrán proponer las modificaciones necesarias a los centros en actividad y planificar la extensión de la experiencia a otras áreas que puedan beneficiarse de esto.

¿La creación y funcionamiento de un Centro de Referencia inhibe la práctica médica fuera del mismo?

No existe evidencia que implique un deterioro de la práctica médica asociado a la presencia de Centros de Referencia. Sin embargo, el éxito de este proyecto radica en cuatro aspectos fundamentales: 1) la práctica asistencial por fuera del centro debe tener también estándares de calidad para la identificación y selección de la patología, el paciente y la oportunidad evolutiva de beneficiarse de un traslado al Centro de Referencia. 2) Debe existir la posibilidad real de consulta hacia el Centro y recibir información oportuna desde el mismo tanto para la derivación hacia estructuras de mayor complejidad como para recibir un paciente luego de haber sido tratado allí y retornar a su lugar de origen (referencia – contra referencia). 3) la reso-

lución de patologías de primer y segundo nivel de la especialidad deberá contar con equipos asistenciales capacitados que puedan aprovechar la estructura y experiencia del Centro. 4) tanto el número de Centros de Referencia, como la porción de de estructuras de primer y segundo nivel referenciadas deben ser acordes a la demanda asistencial, evitando listas de espera y saturación de la capacidad operativa de los centros. No debe generarse un nuevo cuello de botella en la línea asistencial, aumentando la ineficiencia del sistema.

De esta manera, el Centro de Referencia no se convertirá en una estructura aislada del SNIS, sino que necesitará de un adecuado funcionamiento colectivo con el resto del equipo asistencial, y donde la coordinación con los diferentes niveles y la movilidad de acceso al sistema brindara la oportunidad a toda la población del acceso al mismo.

3. Intervenciones para mejorar la cultura organizacional

DEFINICION

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

PROBLEMA

En líneas generales se comparte la misma debilidad con la región (falta de evaluación, se conoce parcialmente la realidad y no es posible identificar objetivos de campañas ni oportunidades de intervención). A esto se suma que el tema seguridad se instala en la opinión pública a través de la muerte de pacientes. Esto enfoca la atención en la seguridad solamente del paciente y no de un sistema asistencial seguro para todos. Además se asocia ineludiblemente a la búsqueda de culpables, desvirtuando los objetivos de la cultura de la seguridad (ambiente libre de culpa, con respaldo institucional para resolver problemas, etc). Como consecuencia de esto, no existe el concepto de que la seguridad del paciente no es opuesto ni excluyente de seguridad del sistema de salud.

PROPUESTA

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

En la Medicina moderna existe la tendencia cada vez más aceptada de manejar estas áreas bajo forma de PROGRAMAS, y en definitiva el trabajo de un Servicio no es otra cosa que la planificación, discusión, ejecución y control de diferentes programas, cohesionados por un mismo cuerpo técnico-docente, por un mismo espíritu de equipo en la investigación, la asistencia y la docencia, y que emplea un conjunto de herramientas de trabajo (técnicas, administrativas y de infraestructura) que posibilitan la acertada concreción de los objetivos específicos. Esta supra estructura con capacidad de seguimiento y evaluación de todos los prestadores a todos sus niveles debería ubicarse a nivel del MSP como máxima autoridad sanitaria nacional.

Objetivo de los Programas

- 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.

4. La evaluación externa como garantía de la atención

DEFINICION

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

PROBLEMA

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

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

PROPUESTA

En función de la experiencia nacional e internacional, proponemos que la creación de un Sistema Nacional de Acreditación en Salud, debería incluir al menos estos aspectos.

- 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). ■

Incorporación de **nuevas estrategias** a nivel de formación de **recursos humanos**

Resumen Ejecutivo

El objetivo específico de la IX Convención Médica Nacional es diseñar propuestas de mejora de la calidad asistencial, a través del debate público en el colectivo médico, partiendo de un relevamiento de la situación actual y asumiendo los desafíos para una medicina de calidad.

El proceso de trabajo de la Convención Médica comenzó con un grupo de trabajo inicial, encargado de la etapa de análisis y aportes de cara a los plenarios de la Convención que tendrán lugar los días 6 y 7 de junio de 2014.

Para tal fin, se identificaron 4 temas centrales y subtemas de interés que llevaron a potenciales recomendaciones basadas en:

- ▶ El resultado de tres encuestas realizadas: 1. Encuesta Médica Nacional sobre qué piensan los médicos de la calidad asistencial hoy, 2. Encuesta dirigida a los usuarios y, 3. Un estudio cualitativo a través de entrevistas en profundidad a miembros de la academia para analizar cómo se podría mejorar la atención que se brinda).
- ▶ La revisión de la literatura local, regional e internacional para identificar modelos basados la evidencia cuando fuera posible
- ▶ La colaboración y consenso de expertos nacionales e internacionales utilizando la metodología Delphi para evaluar la validez, impacto, factibilidad y aceptación de las recomendaciones seleccionadas preliminarmente.

A partir de los insumos antes mencionados, se inició un proceso de discusión, a través de instancias presenciales y virtuales mediante una nueva plataforma tecnológica que ofreció el acceso a la discusión a todo el colectivo médico incluyendo de este modo la evaluación por parte de líderes nacionales, profesionales integrantes del SMU y público general sobre su visión de la calidad de atención en el sistema de salud Uruguayo y potenciales cambios que podrían introducirse.

Es vocación de esta Convención, poder discutir en base al trabajo ya realizado y los aportes recibido la oportunidad de las diferentes recomendaciones que se han ido identificando entre los diferentes participantes de cada uno de los grupos de discusión. De esta manera se busca instalar públicamente la necesidad de una medicina de calidad en Uruguay, como parte de nuestra responsabilidad social, e incidir en el diseño de propuestas y políticas de salud.

En el grupo 2 la discusión se propuso sobre los siguientes ejes:

- ▶ Recertificación profesional
- ▶ Asociación con otros grupos profesionales en pos de formación de excelencia
- ▶ Incorporación de la formación en calidad de atención a nivel del grado y posgrado
- ▶ Traslado de evidencia a la práctica: barreras y facilitadores
- ▶ Transformación del Hospital Universitario para una actividad académica de calidad
- ▶ Mejoras en las Residencias Médicas para una formación de calidad

La discusión propuesta en foros virtuales no logró una convocatoria significativa, habiendo, al día de hoy 26 participaciones activas. Se utilizaron algunas **preguntas disparadoras** de la discusión que aún están vigentes:

1. ¿Cómo se incorporan los conocimientos sobre evaluación de la calidad en la práctica asistencial?
 - a. ¿Deberían incluir en la formación de grado?
 - b. ¿Debería la formación de posgrado incluir créditos en base a cursos de calidad asistencial?
 - c. ¿Deberían incluirse conocimientos sobre evaluación de calidad asistencial en los procesos de recertificación profesional
 - d. ¿La evaluación de la calidad de la asistencia es exclusiva de los médicos?
2. ¿Cuáles son las vías de actualización del conocimiento médico en la práctica diaria?
 - a. ¿Qué instrumentos tiene disponible para la actualización de conocimiento
 - b. ¿Cómo jerarquizaría el valor de cada forma de actualización?
 - c. ¿Que lugar tiene la práctica grupal de la medicina en la actualización de conocimiento.?
3. ¿Cómo se evaluaría la actualización del conocimiento médico?
 - a. ¿Cómo evaluaría el mantenimiento de conocimiento, habilidades y destrezas de un colega de su especialidad?



**La recertificación
médica contribuye de
forma demostrable a
mejorar la calidad de
la medicina.**



**Es necesario
introducir la materia
de calidad y seguridad
en la formación de
pregrado y grado.**

- b. ¿Con que periodicidad se debería evaluar la actualización de dicho conocimiento?
 - c. ¿Quién debería hacerse cargo de los costos derivados de un sistema a recertificación médica?
 - d. ¿La recertificación debería ser de conocimiento público?, obligatoria?
 - e. ¿Qué rol juega la generación de conocimiento científico en la recertificación?
4. ¿Cómo trasladar los conocimientos científicos a la práctica clínica?
 - a. ¿Qué barreras y facilitadores existen para lograr que los hallazgos científicos puedan ser trasladados a la práctica profesional en forma oportuna y a tiempo?
 - b. ¿Que lugar tiene la producción de nuevo conocimiento dentro del sistema para mejorar la incorporación de nuevos hallazgos?
 - c. ¿Qué relevancia tiene la producción científica nacional en la mejoría de la práctica clínica?
 5. ¿Cuál es la calidad de la formación de los médicos en el régimen de residencias médicas?
 - a. ¿Es igual la calidad de formación de los residentes que la de los médicos que se forman en régimen de postgrado?
 - b. ¿Si tuviera que sugerir tres cambios destinados a mejorar la calidad del régimen de residencias médicas, cuáles sugeriría?
 - c. ¿Cual es el impacto de los programas de formación de residentes en el ámbito de la práctica clínica diaria?
 - d. ¿Debería estimularse la formación de residentes en el ámbito mutual o privado?
 - e. ¿Cómo promover el desarrollo de las residencias en el Interior del País? ¿Qué barreras y facilitadores existen?
 6. En base al conocimiento de la problemática compleja, diversa e indudablemente multifactorial que vive el Hospital de Clínicas nos hacemos las siguientes preguntas:
 - a. ¿Debe seguir siendo parte de la Universidad de la República?

- b. ¿Si se incorporara a la Red de Hospitales Públicos de ASSE, mejorarían sus condiciones? ¿mejoraría la calidad asistencial de los usuarios del Clínicas?
- c. ¿Es posible realizar una formación de calidad fuera del ámbito de hospitales escuela?

7. ¿Qué opinaría si se crea una Red Universitaria de Hospitales Públicos que integra Hospitales de ASSE y el Hospital de Clínicas, en el marco de un convenio inter-institucional que asegure ampliamente el ejercicio libre de las funciones académicas en los Hospitales de ASSE (enseñanza, investigación, asistencia, extensión) y donde las instituciones sean debidamente acreditadas?
 - a. ¿Qué organismos estaría a cargo de la acreditación de instituciones?
 - b. ¿Mejoraría la calidad asistencial de los usuarios del sub-sector público?
 - c. ¿Se puede desarrollar cabalmente la función académica en los hospitales públicos? ¿Qué barreras y facilitadores existen?
 - d. ¿Es posible que el Uruguay emule un modelo ampliamente desarrollado en el mundo de co-participación de la Universidad y el Prestador Público para la mejora conjunta de la función asistencial y académica?

Se realizaron 2 instancias presenciales, teniendo en agenda una video-conferencia sobre el sistema de recertificación en Estados Unidos y una actividad de discusión sobre el Hospitales Universitarios.

La actividad inicial de lanzamiento donde se discutió recertificación médica y la siguiente en Salto donde se volvió a discutir recertificación médica con análisis de algunas experiencias iniciales y se discutió también sobre mejoras en las residencias médicas para mejora de la calidad.

Tomando en cuenta estos aspectos previos pretendemos hacer una síntesis breve de lo discutido y lo que queda como preguntas abiertas para la convención.

Recertificación Profesional

Tomamos una definición amplia para iniciar la discusión "Proceso por el cual una entidad competente aplicando criterios preestablecidos mediante un mecanismo transparente asegura que un profesional tiene:

- 1 - conocimientos
- 2 - habilidades y destrezas
- 3 - actividad reconocida
- 4 - condiciones morales y éticas"

Evidencia: existen estudios que brindan evidencia de moderada calidad demostrando que los programas de certificación profesional mejoran la implementación de mejores prácticas basadas en la evidencia científica. Un estudio usó datos nacionales de EEUU sobre 101.251 pacientes mayores de 65 años hospitalizados de 1994- 1996 y encontró que los médicos certificados otorgan cuidados de mejor calidad que los no certificados. En este estudio se evaluó el uso de aspirina y betabloqueantes en pacientes con infarto de miocardio, observando mejores tasas de prescripción entre los médicos certificados, en tres diferentes especialidades: medicina familiar, medicina interna y cardiología.

Otro estudio evaluó el cumplimiento de recomendaciones clínicas en una población de pacientes diabéticos y con cardiopatía isquémica del Medicare: solicitud de hemoglobina glicosilada, examen de retina, mamografía y lípidos. El estudio demostró una relación directa con la tasa de respuestas correctas de los médicos certificados y la tasa de cumplimiento de medidas de cuidado del diabético y screening de cáncer de mama. No se observaron diferencias en la solicitud de lípidos.

El Prof Torres publica en Marzo del 2014 en la Revista Médica del Uruguay un editorial al respecto donde reseña algunos aspectos fundamentales que adjuntamos a los documentos de resumen de este grupo :

Tanto la encuesta, la reunión de agentes calificados, como las reuniones presenciales permitieron establecer que existe un consenso general a favor de algún tipo de recertificación entre los médicos.

En la ciudad de Salto se presentó la valiosa experiencia de la Sociedad de Pediatría del Uruguay. En Uruguay existe una valiosa experiencia en educación médica continua.

Sobre los siguientes aspectos se han volcado **diversas opiniones**:

1. ¿Debe ser voluntaria u obligatoria?, existen opiniones a favor de un proceso gradual hacia la obligatoriedad, siendo las realidades en el mundo diversas con una recertificación obligatoria en el Reino Unido y una recertificación voluntaria entre los especialistas de EEUU.
2. ¿Cuál debe ser el organismo responsable de la recertificación?. Si bien el colegio Médico tiene responsabilidades asignadas en su ley de creación, parece necesaria la participación de la Facultad de Medicina a través de la Escuela de Graduados y una participación controlada de las sociedades científicas que garantice un asesoramiento adecuado pero que evite la práctica de actitudes corporativas. Un camino posible sugerido por algunos podría ser la realización de un convenio entre el Colegio Médico y la Universidad de la República a través de la Escuela de Graduados por el cual el primero aporte la financiación y la infraestructura y la segunda aporte el gerenciamiento y condición cuerpo académica.
3. Una opinión generalizada consiste en que debe ser un proceso que involucre a profesionales calificados en el desarrollo de la evaluación en todos sus aspectos.
4. Este proceso tiene un costo y este debe ser asumido seguramente por el propio médico pero también por el sistema de salud aportando tiempo para la formación así como la infraestructura adecuada para la formación continua en la práctica.
5. En las instancias de discusión se llamó la atención sobre la existencia de diversos profesionales aún no certificados en la especialidad que ejercen, siendo necesario colaborar para corregir estas situaciones.

Información surgida a partir del trabajo del grupo Delphi y de la discusión

Asociación con otros grupos profesionales en pos de formación de excelencia

Diferentes trabajos concuerdan que la mejora de la calidad asistencial no pasa solamente por la formación médica específica sino que la capacidad de trabajar de forma interdisciplinaria con otros profesionales de la salud es vital para desarrollar procesos asistenciales de calidad. Esta situación requiere de instancias de participación y de reflexión conjunta entre los diferentes actores del cuerpo asistencial. Existen antecedentes internacionales que destacan resultados positivos en instancias de educación interprofesional en el nivel de grado y de posgrado.

Incorporación de la formación en calidad de atención a nivel del grado y posgrado

A medida que el foco para la mejora de la atención en salud converge en los conceptos de seguridad de los pacientes y la calidad de la atención, existe mayor preocupación por la identificación y análisis de los eventos adversos, la responsabilidad profesional y el trabajo en equipo multidisciplinario. La mejora de la seguridad y la calidad de la atención de la salud requiere de profesionales de la salud competentes que sepan acerca de la complejidad organizativa, la teoría de sistemas, los factores humanos, el profesionalismo, la detección, gestión y prevención de errores.

Muchos de estos conceptos son nuevos en la educación médica. En 2003, el Instituto de Medicina de EE.UU. emite un reporte sobre la educación en las profesiones de la salud y ratifica la importancia de formar a los profesionales en la seguridad de los pacientes. El informe identifica *cinco competencias básicas* que se consideran esenciales para los profesionales de la salud: la capacidad para brindar atención centrada en el paciente, para trabajar en equipos interdisciplinarios, para emplear la práctica basada en la evidencia, para aplicar los métodos de mejora de la calidad y para utilizar la informática.

A nivel nacional existe una experiencia piloto desarrollada por el Fondo Nacional de Recursos como una materia electiva para

los estudiantes de grado del Nuevo Plan de Estudios y se planteó en el grupo de expertos la posibilidad de un curso creditizable para los posgrados.

Transformación del Hospital Universitario para una actividad académica de calidad

Existe un documento que se ha distribuido que entendemos relevante para la discusión y análisis (se anexa). Se planifica para estas semanas una discusión sobre rol del Hospital Universitario en la formación de calidad.

Mejoras en las Residencias Médicas para una formación de calidad

De las discusiones procesadas se pueden realizar las siguientes consideraciones:

- a. La rectoría académica debe seguir estando vinculada a la Escuela de Graduados.
- b. Es deseable que la Residencia Médica sea de alta dedicación. El estudiante de posgrado debe dedicarse en forma exclusiva a su formación durante este período.
- c. Deben utilizarse todos los recursos disponibles para la formación de residentes (Instituciones públicas y privadas debidamente acreditadas para la formación de posgrados). La acreditación de las Instituciones puede ser total o parcial y debe estar siempre vinculada a las cátedras correspondientes.
- d. Hubo consenso de que las Instituciones médicas del Interior (públicas y privadas) deben participar en algunas de las etapas de la formación de los residentes.
- e. Debe procesarse una mejora salarial significativa que permita una alta dedicación a la Residencia.
- f. El programa debería ser único al cual las Instituciones vuelquen para su financiación.
- g. Se generó controversia en relación a la incompatibilidad con el ejercicio de otros cargos en la medida que podría dificultar la inserción laboral a futuro. En tal sentido algunos propusieron que la exclusividad sea durante los dos primeros años y no en los siguientes.
- h. Se debe promover la realización de actividades comunes a todos los residentes, como por ejemplo: metodología científica, formación en calidad, habilidades comunicacionales. ■

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

De cara al plenario final del 6 y 7 de junio los participantes de las actividades del Grupo 3 coincidieron en su preocupación por atender las condiciones vinculadas con el “profesionalismo”. Entendido este como la base del contrato social del médico que prioriza las necesidades del paciente por sobre los intereses del profesional, manteniendo los máximos estándares de competencia e integridad, proveyendo una asistencia calificada en materia de salud.

Sobre este tema se desarrollaron múltiples instancias de participación y se integraron los diferentes insumos generados.

Los participantes se centraron en debatir los desafíos y dificultades que genera el multiempleo a la hora de brindar una medicina de calidad, y la necesidad de establecer políticas de género que contemplen la creciente feminización de la medicina.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Médica Nacional sobre este tema, el 59% de los médicos tiene tres o más empleos, mientras que un 27%

tiene dos y un 14% tiene uno, existiendo una gran coincidencia respecto a la necesidad de avanzar hacia la concentración del empleo.

Respecto al proceso de feminización de la profesión, el 58% de los médicos son mujeres y este porcentaje crece cuando se mira a los grupos de profesionales más jóvenes. Sobre este punto se marcó la preocupación y la necesidad de considerar este proceso en el diseño de cargos.

Se valoró especialmente la necesidad de considerar la “heterogeneidad” de las condiciones de trabajo y de ejercicio de la profesión en nuestro país, considerando los ámbitos público y privado, interior y Montevideo, y las particularidades de cada especialidad.

Actividades de profundización

Además de integrar diferentes aportes de colegas y colectivos médicos, se realizaron actividades de profundización en algunos de los temas específicos del eje temático. En este sentido el 14 de mayo se desarrolló una jornada de evaluación del funcionamiento de



Se propone proyectar la necesidad de recursos humanos y planificar la formación con un enfoque integral del sistema.



los cargos de alta dedicación en las diferentes especialidades en las que ya se están implementando. En la misma participaron médicos que ocupan cargos de estas características en diferentes instituciones privadas, y quedó de manifiesto la alta satisfacción general con este nuevo formato de cargos y la necesidad de seguir avanzando en este camino, así como seguir adelante con los cargos de avance y con las diferentes especialidades. El Grupo 3 ha continuado trabajando hasta los días previos al Plenario

final, sumando en los últimos días por ejemplo, eventos con las sociedades científicas, con las empresas, con profesionales referentes y una jornada en el Hospital de Clínicas sobre el futuro de la institución en este contexto. Las diferentes actividades del grupo así como sus documentos e intercambios realizados están disponibles en el sitio web de la Convención y se potenciaron con las transmisiones en vivo de las actividades y la presencia en las redes sociales y foros virtuales.

Se plantea progresar en la creación de cargos de alta dedicación en las diferentes especialidades.



Propuestas

En primer lugar, se señaló la exigencia de contar con una distribución más equitativa de los recursos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, y para ello se propone que se requiere contar con un modelo de proyección de la necesidad de recursos humanos en salud, en función de la demanda futura, conjugando objetivos sanitarios, perspectivas de formación y necesidades del mercado laboral, destacando el rol clave de la Facultad de Medicina para lograrlo.

Otro factor relevante contemplado se refiere al multiempleo como elemento que distorsiona la calidad de la medicina que se ofrece en Uruguay y la calidad de vida de los médicos.

En este sentido, se valoran especialmente los avances de estrategias

destinadas a concentrar el trabajo. En particular, se plantea progresar en la creación de cargos de alta dedicación en las diferentes especialidades, tanto en el sector público como privado, atendiendo condiciones particulares como la especialidad, epidemiología, entre otras. En este sentido se propone también la necesidad de combinar incentivos financieros y no financieros vinculados a las condiciones del ejercicio profesional.

Por otra parte se propone la universalización de la formación de especialistas médicos en todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a través de un Programa Nacional de Residencias Médicas, constituido como el instrumento central para el ingreso al mercado laboral

(reformulando el actual programa). Este programa debiera considerar la dedicación exclusiva de los residentes con un sueldo acorde y límites mínimos y máximos de carga laboral para asegurar la formación y el descanso suficiente.

Esta estrategia procura asegurar la formación de especialistas atendiendo las necesidades del país con condiciones adecuadas para el ejercicio profesional (formación de calidad y condiciones salariales que permitan la dedicación exclusiva) y considerando especialmente la equidad del sistema de salud, alineado con las metas del nuevo milenio definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). ■



Se propone universalizar
la formación de espe-
cialistas a través de un
Programa Nacional de
Residencias Médicas.



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

Introducción

Si se logra obtener información confiable y oportuna, aprovechando en muchos casos los recursos que brindan las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), se podrán construir medidas de calidad e indicadores para evaluar el desempeño y la efectividad de las organizaciones de salud que forman parte del sistema sanitario. Contando con esta información se podrá realizar un efectivo seguimiento de la calidad de la atención médica y eventualmente desarrollar sistemas de pago por desempeño para alcanzar metas institucionales y profesionales. Si además se publicaran dichos indicadores, pueden ayudar en la toma de decisiones tanto de las autoridades sanitarias como de los profesionales, instituciones de salud y de los usuarios, afiliados, pacientes y familiares. El rol que estos últimos desempeñan en el proceso de atención, como una dimensión más de la calidad, ya no se discute.

Lo que ya se sabe en este tema es que involucrar a los pacientes en el planeamiento y prestación de los servicios de salud es recomendado como un medio para mejorar la calidad de los servicios. Involucrar a los pacientes ha contribuido a cambios en la prestación de servicios, aunque los efectos sobre la calidad de la atención no han sido reportados.

Las organizaciones que han sido exitosas en promover una atención centrada en el paciente han ido más allá de los marcos tradicionales de la mejora de calidad basada en la medición y la auditoría clínica y han adoptado un enfoque organizacional estratégico orientado al paciente.

La atención de buena calidad requiere que los procedimientos, tratamientos, y pruebas sean no solo medicamente apropiados, sino también deseados por pacientes informados.



Propuesta 1

Difundir los datos de desempeño (indicadores de procesos y resultados de la calidad) de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se considera que las medidas de calidad que son informadas públicamente mejoran a lo largo del tiempo. Para que el reporte de resultados sea realmente efectivo deberán definirse indicadores de estructura, procesos y resultados que sean abarcativos, fiables y de publicación oportuna y que se centren en las áreas consideradas como prioridades sanitarias del país



Evidencia: Existe evidencia moderada a alta que el reporte público está asociado con la mejora de las medidas de desempeño de la atención de la salud. También hay evidencia moderada que el reporte público está probablemente más asociado con los cambios en el comportamiento del prestador de servicios que con la selección de los prestadores por

parte de los pacientes. Existe fuerte evidencia en que los esfuerzos de mejora de la calidad entre los hospitales con reporte público parecen ser significativamente mayor que en los hospitales que tienen reportes privados por lo cual existe un valor agregado en hacer pública la información de desempeño.



Propuesta 2

Reconociendo que la aplicación de las tecnologías de la información de salud, como ser la historia clínica electrónica o la telemedicina, puede tener un impacto positivo en cuanto a los resultados de la atención, deberían reconocerse y abordarse las principales barreras y/o facilitadores que limitan o favorecen los cambios necesarios. Asimismo, como primera medida habría que mejorar el registro de la información, no importa el medio de almacenamiento utilizado (papel, electrónico).

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

Ejemplos de facilitadores: incorporación de propuestas de valor bien definidas para el profesional o para el paciente, integración del registro en los flujos de trabajo de los equipos, mecanismos de estímulo entre pares, entre otros.

Fuentes: encuestas nacionales, revisión bibliográfica, Delphi, actividades preparatorias.

Propuesta 3

Adoptar ampliamente la historia clínica electrónica nacional (HCEN), asegurando un registro adecuado de la información para diversos usos (atención médica, toma de decisiones de gestión y vigilancia epidemiológica). La historia clínica electrónica es una herramienta más para el mejoramiento de la calidad de la atención médica.

Evidencia: Existe evidencia que muestra resultados predominantemente positivos sobre el uso de la historia clínica electrónica en cuanto a la satisfacción de los profesionales, de los usuarios y de la atención de la salud.

Barreras: La adopción de la HCEN no es un proceso fácil porque, además de las dificultades técnicas asociadas a su diseño y aplicación como la definición y adopción de estándares para la interoperabilidad (técnica, semántica y operativa), se deben contemplar los obstáculos a salvar derivados de los intereses que afecta.

Propuesta 4

Implementar un sistema de pago por desempeño que brinde una oportunidad adicional para la mejora de la calidad en la atención de la salud; constituyendo uno de los componentes de una estrategia general de mejora de la calidad.

Evidencia: Existe evidencia que al brindar incentivos a los médicos y a las organizaciones prestadoras se logra un mejor desempeño por el aumento de la calidad de atención y en algunos casos por la reducción de los costos. También hay evidencia de que aquellos sistemas que implementaron el sistema de pago por desempeño en comparación con otros que no lo hicieron muestran una mejora de la calidad relativamente más alta en algunas medidas de desempeño. Existe evidencia que las iniciativas de pago por desempeño están asociadas a una mejor calidad pero resulta difícil determinar su relación causal ya que en general dichas iniciativas forman parte de una estrategia más general de mejora de la calidad.

Propuesta 5

Permitir una mayor participación de los pacientes/usuarios en la toma de decisiones médicas. De esta manera se lograrían beneficios para los pacientes, los médicos, y el sistema de salud, incluyendo: menor ansiedad acerca del proceso de atención, mejores resultados de salud, mayor seguridad en el proceso de atención, reducciones en variaciones arbitrarias en la atención y los costos, y una mayor alineación de la atención con los valores y preferencias de los pacientes.

Evidencia: Si se logra involucrar al paciente en el proceso de atención de la salud, la calidad de los servicios y los resultados de salud mejorarían. En forma creciente ha ganado consenso la idea de que la participación del paciente mejora la calidad de atención de la salud. Existe consenso de expertos en que, para que las decisiones médicas sean de alta calidad, se requiere que los pacientes sean informados e involucrados en el proceso de decisión.

Al considerar que la participación activa de los pacientes/usuarios mejora la calidad de la atención, deberán reconocerse y abordarse las principales barreras y/o facilitadores que limitan o favorecen los cambios necesarios, ya que existe evidencia empírica que avala esta recomendación.

Fuentes: encuestas nacionales, revisión bibliográfica, Delphi, actividades preparatorias.

Propuesta 6

Involucrar a los pacientes/usuarios y sus familias en iniciativas de seguridad como parte de una estrategia de atención centrada en el paciente. Las estrategias para reducir errores y eventos adversos mejorarían y ayudaría a construir una cultura de seguridad y organizaciones orientadas al paciente.

Evidencia: La evidencia sugiere que la retroalimentación, el planeamiento y las iniciativas educacionales pueden conducir a mejoras en los procesos. La tendencia a incrementar el involucramiento del paciente puede ser una forma importante de construir una cultura de seguridad. ■





REGISTRATE TU OPINIÓN NO PUEDE FALTAR

Miles de médicos vienen participando de Convención Médica. Sumate vos también.

Regístrate y vive el Plenario de la Convención Médica Nacional. ¡Tú también!

CONCEJO EL PROBLEMA



SER MÉDICO

antel

Plenario Final - viernes 6 y sábado 7 de junio

Regístrate por teléfono en www.convencionmedica.org.uy

Revalorización "mejora la calidad del cuidado" a pacientes

Avanzaje del Cuarenta Cuatro de la gta. Convención

Para analizar realidad "hay que hablar del rol. rol de atención"

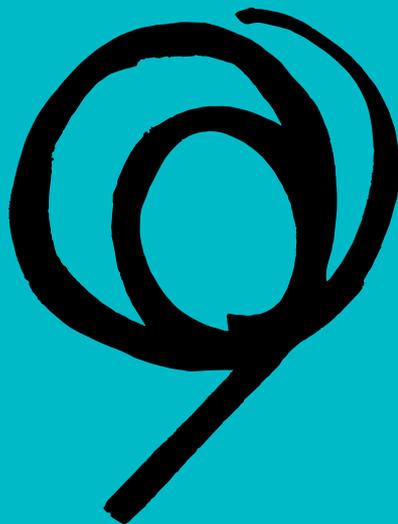
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA





CONVENCIÓN
MÉDICA
NACIONAL
2014





**CONVENCIÓN
MÉDICA
NACIONAL
2014**

La decisión es tuya

**Cargos de alta dedicación
en todas las especialidades**

**Recertificación médica
obligatoria**

**Centros de referencia
y acreditación**

**Transparencia en la gestión
con indicadores disponibles**

Lo estamos discutiendo

Plenario final, 6 y 7 de junio, Kibón

Regístrate al plenario final en www.convencionmedica.org.uy

 /convencionmedica

 @ConvencionMed

**Lo que digas cuenta,
lo que no digas también**