

LA CONVENCIÓN

1

Organo de difusión de la 8ª Convención Médica Nacional
Publicado por el Comité Organizador - N° 3 - Abril de 2004



Editorial

PARTICIPAR, DEBATIR, REFLEXIONAR

La 8ª Convención ya lleva recorrido un largo y fructífero camino. En los hechos, estamos ya en el tramo final, aquel en el que todas nuestras fuerzas deben tensarse para obtener los mejores resultados.

Ha habido un verdadero punto de inflexión en las actividades convencionales. Cuando el pasado 3 de diciembre convocábamos a todos los *médic@s* a participar en las tareas de organización y elaboración de la 8ª Convención Médica Nacional, lo hacíamos con la convicción de que al andar se hace camino, y que entre todos podíamos enfrentar los duros desafíos de este tiempo. Al fin y al cabo, para eso era que convocábamos a todos los colegas.

Durante el verano 2003-2004, esa presunta siesta nacional, los médicos también demostramos que podemos romper viejos moldes y encarar las actividades con energía y entusiasmo. Se trabajó en diciembre, en enero y en febrero. Se llegó al Plenario de Comisiones con un volumen significativo de aportes, algunos redactados y preparados por los grupos de trabajo creados, y otros elaborados de manera individual por colegas. Durante el verano, también, se puso en marcha la idea de la comunicación con todos los médicos del país. Se echó a andar el boletín "LA CONVENCIÓN", con el aporte invaluable de "El Diario Médico", y este tercer número es prueba fehaciente de ello. Se armó la página web, que permite una participación, virtual, sí (ni más ni menos) de todos los médicos uruguayos, estén donde estén.

Ahora llegamos a un punto clave en esta trayectoria que ha de culminar en agosto con las sesiones plenarias finales: las Asambleas locales (zonales, por lugar de trabajo, o territoriales para los *médic@s* del interior del país. Es en esta instancia, son esas asambleas, las que han de marcar el rumbo definitivo de la Convención. En ellas radicará la soberanía del cuerpo médico nacional. De allí surgirán las posiciones y los delegados, las formas y los contenidos que después cristalizarán de manera definitiva en agosto.

Por ello, no podemos menos que convocarte, a vos que estás leyendo este editorial, a participar con fuerza y decisión en esas asambleas. Convocarte y convocarnos, a todos, para volver a elaborar, colectivamente, los derroteros de la actividad médica en el país.

Por ello, también, lo del título: participar, porque sin participación nos aislamos, nos debilitamos, nos empobrecemos; debatir, porque es en la defensa de nuestras ideas, en la atenta escucha a las ideas de los otros, donde crecemos como profesionales y como seres humanos; reflexionar, porque de esa participación y de esos debates surgirá la medida justa de lo que somos y de lo que queremos ser.

SINTESIS DEL PLENARIO DE COMISIONES

La siguiente es una breve síntesis de los aportes generados durante la sesión de trabajo de la reunión plenaria de Comisiones, que convocó a unos 80 *médic@s*. En esa plenaria se escucharon los informes de cada una de las Comisiones que ha venido trabajando desde el año pasado, se realizaron grupos de trabajo y se elaboraron propuestas, enriquecidas por un debate plenario final que contó con la activa participación de muchos colegas.

Los diferentes grupos y opiniones personales se centraron en 2 bloques claramente diferenciados:

1. Desarrollo de las instancias de discusión de la Convención y propuestas de "funcionamiento" hacia la 8ª.
2. Propuestas para enriquecer los documentos elaborados por las Comisiones.

CARACTERIZAR LA 8ª CONVENCIÓN

La 8ª Convención Médica Nacional debe ser una "FABRICA DE GENERACION DE IDEAS", una "USINA IDEOLÓGICA" de planteos con respecto a las soluciones que precisa la salud en nuestro país, en contraposición a propuestas de que la Convención se debe abocar a redactar un programa definitivo: NO DEBE SER OBJETIVO DE LA CONVENCIÓN HACER PROGRAMAS "DE GOBIERNO".

DOS VERTIENTES:

- inteligencia en los planteos
- participación masiva

FUNCIONAMIENTO

1. Desarrollar una política hacia los medios masivos de comunicación en el entendido de que muchos de los colegas convocadas no acceden a las líneas de comunicación "clásicas" de los gremios convocantes (SMU-FEMI). En este sentido se plantean específicamente los siguientes ítems:

- Remarcar el papel mediático de los principales referentes del Comité Organizador así como también el papel preponderante de los presidentes de SMU y FEMI. Buscar participación en medios masivos y realizar conferencias de prensa don-

de se difundan las principales ideas fuerza.

- Plantear a las autoridades nacionales que se declare la Convención como un evento de Interés Nacional.

2. Plantear la salud como un derecho constitucional

3. Tomar como base para la organización de las asambleas zonales y funcionales en Montevideo la concurrencia al plenario de Comisiones: debemos contar a la brevedad con un relevamiento de dónde van a participar los colegas que concurren al plenario. Operativamente se debe realizar de inmediato por vía telefónica y ubicar en tres categorías:

a: asambleas zonales (donde vive).

b: asambleas funcionales.

c: comisiones.

4. Del balance surge una muy pobre participación de jóvenes (menores de 40 años) que no llega al 10% y de mujeres que no supera el 25%. Para ser coherentes las instancias futuras tendrán que tener en cuenta esta situación. Por ejemplo citar las reuniones a horas y en días donde se prevea una participación más marcada de estos sectores y dar beneficios para promover la participación (guarderías por ejemplo).

5. Tender a la promoción, en las instancias naturales de los médicos, de los temas convencionales: que la discusión sea algo cotidiano. Para ello se plantean dos requerimientos:

A) IDEAS FUERZAS: DE LO PARTICULAR A LO GENERAL

B) HERRAMIENTAS QUE CONTRIBUYAN AL DIALOGO

6. Qué y quiénes dificultan esto: las corporaciones, las instituciones, los médicos. Qué hacer ante ello (debemos ponernos de acuerdo). Se trata de arribar a acuerdos mayoritarios aunque NO NECESARIAMENTE CONSENSUALES.

PROPUESTAS PARA CADA COMISIÓN

ORDENLÓGICO:

- 1- SNS (SISTEMA DE SALUD Y MODELO ASISTENCIAL)
- 2- TRABAJO MÉDICO Y MODALIDADES LABORALES
- 3- FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO
- 4- COLEGIACIÓN Y BIOÉTICA

SISTEMA DE SALUD

1- Remarcar el valor de la eficiencia como contraposición a la ineficiencia actual. (Cuáles son las causas de la ineficiencia actual).

2- Separación entre financiador y prestador.

3- Canasta básica de prestaciones mínima de salud: vigilar que no se termine haciendo un "paquete de medicina para pobres".

4- Regulada fuertemente: MSP y comunidad organizada.

5- Papel de las Medicinas Alternativa.

6- Asimetrías:

- Público - privado: DEFINIR NOMENCLATOR. La nomenclatura institucional: quién es privado (mutualistas y cooperativas), quién es público (universidad, etc.) Buscar estructurar de acuerdo a la relación económica con el sistema, la política impositiva y los medios de producción.

- Atención primaria y niveles terciarios (importancia y recursos).

- Salariales (sub especialidades con alta remuneración vs. sub empleo).

- Falta de equidad en el acceso a la salud.

7- Crecimiento económico y salud: desarrollar el concepto de que no hay crecimiento económico sin salud.

TRABAJO MÉDICO

- Desarrollar una visión del multiempleo como consecuencia de la inseguridad y el monoempleo (full time) como la meta.

- Pago por acto médico (qué hacer).

- Equiparación de remuneración entre el sector público y el privado.

FORMACIÓN

Tema donde hay que expedirse sí o sí. INGRESO A FACULTAD. Dos vertientes: Número de médicos: cuántos puede formar la Facultad de Medicina. Y cuántos médicos se necesitan.

EDUCACIÓN TERCARIA: Reivindicar la enseñanza pública. Relación medicina e industria: El tema de la MBE.

Colegiación médica. QUÉ Y CÓMO SE ENSEÑA DÓNDE SE ENSEÑA.

Asambleas zonales, funcionales

COMIENZA UNA NUEVA ETAPA: Asambleas Zonales y Funcionales en Montevideo

MARTES 18 DE MAYO

HORA 12:00
10 asambleas funcionales

HORA 19:00
25 asambleas zonales en Montevideo

GENERALIDADES

Luego del Plenario de comisiones comienza la 2da. etapa que es la de la participación, propuestas y elección desde las Asambleas

Como dijimos en el número anterior de la Convención las asambleas tendrán 3 etapas:

- 1- Constitución
- 2- DISCUSIÓN DE LOS DOCUMENTOS
- 3- DECISIÓN y elección de delegados convencionales

1- CONSTITUCIÓN

En Montevideo, los aproximadamente 10.000 médicos podrán participar en 2 tipos de instancias: en asambleas zonales y en asambleas funcionales (por lugar de trabajo) según el lugar que elija cada colega.

ASAMBLEAS – DISTRIBUCIÓN

- Asambleas Zonales en Montevideo.
Se convocarán 25 Asambleas Zonales en las que se distribuye el Padrón Médico Departamental.
De acuerdo a la zona geográfica de residencia.

Los límites de las Asambleas Zonales se corresponderán con las zonas municipales: 1, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18.

Las zonas municipales 2, 4, 7 y 8 se desagregarán en dos Asambleas Zonales y la zona municipal 5 en 4 Asambleas Zonales.

- Asambleas Funcionales en Montevideo –por Servicios de Salud.

Asambleas Funcionales (A.F) del Sub Sector Público: Tendrán por Padrón a la totalidad de los médicos que trabajan en el Hospital Público correspondiente.

- 1- C.H.P.R. HOSPITAL DE LA MUJER
- 2- C.H.P.R. HOSPITAL PEDIÁTRICO
- 3- PASTEUR
- 4- MACIEL
- 5- HOSPITAL DE CLÍNICAS
- 6- INSTITUTO DE ONCOLOGÍA

- 7- INSTITUTO DE HIGIENE
- 8- FACULTAD DE MEDICINA
- 9- HOSPITAL SAINT BOIX
- 10- HOSPITAL FILTRO

Asambleas Funcionales (A.F.) del Sub Sector Privado: Los médicos que trabajan en este sub sector, podrán optar por integrar un Padrón para cada servicio (IAMC, etc.)

PARA constituir una asamblea en el sub sector privado se requerirán al menos 30 colegas que firmen la convocatoria y se constituyan en asamblea.

2- DISCUSIÓN

Cada asamblea resolverá cómo va a discutir (si aborda todos los temas o elegirá alguno en particular).

La discusión y las propuestas serán enviadas a las comisiones que seguirán trabajando en pos de una síntesis de cada tema para poner en consideración del plenario convencional de agosto.

Se podrá utilizar también la página web como verdadera asamblea virtual.

3- ELECCIÓN DE LOS DELEGADOS

Participación en la Votación de Delegados:

En las Asambleas Zonales o Funcionales la participación para votar delegados al Plenario Final de la Convención será opcional y excluyente.

La elección se hará de acuerdo a lo establecido por el Reglamento.

NOTA: Algunas direcciones de las Asambleas Zonales de Montevideo son las siguientes:
Z1: Mundo Afro (Ciudadela 1215, 2º piso); Z4: Local Social (Las Heras 1762); Z8: Salón LATU (Av. Italia y Bologna) y COVICOES (Zum Felde 2094); Z13: Centro Juvenil Salesiano (B. y Ordóñez esq. Sayago); Z15: La Criolla (Trápani 1350 esq. Bayona); Z16: Club Banco de Crédito (Suárez 2874); Z17: Sede del Gob. Local (Haití 1606); Z18: Asoc. ex alumnos (Cibils y Batlle Berres). El resto de las direcciones se proporcionarán en las próximas comunicaciones.

, regionales y departamentales

ASAMBLEAS ZONALES EN EL INTERIOR

ASAMBLEAS ZONALES EN EL INTERIOR

En el marco de las actividades de preparación de la 8° Convención Médica Nacional, las asambleas zonales representan un hito fundamental en el camino de procurar y obtener la máxima participación de todos los médicos, - cualquiera sea su vinculación gremial o situación laboral, esté o no afiliado al gremio de FEMI, se encuentre o no trabajando en alguna de las instituciones de la organización-, en el análisis de temas cuya indiscutible importancia para el país, requiere, en la situación actual, una profunda reflexión colectiva, que contribuya a mejorar la salud de los uruguayos.

No hay que olvidar que la Convención constituye una valiosa forma de expresión colectiva del cuerpo médico nacional, respecto a importantes temas relacionados con la salud, la atención médica y el ejercicio profesional en el país.

En el interior las Asambleas Zonales se realizarán en los lugares y fechas que los médicos determinen, aunque la información debe recabarse en las sedes de los gremios de FEMI, cuya lista detallamos.

Importa resaltar que en las Asambleas Zonales se considerarán todos los temas que integran el orden del día de la Convención. Se contará con el material preparado por las Comisiones Relatoras, que hemos publicado y seguiremos publicando a través de este suplemento. Naturalmente los participantes podrán aportar toda otra documentación que consideren relevante para el análisis de los temas. Estos materiales enriquecerán la participación y la opinión de los médicos que concurren, contribuyendo a un debate amplio y respetuoso de la diversidad de opiniones, pero que permitirá llegar a conclusiones que traduzcan la posición de los integrantes de cada asamblea.

Asimismo las Asambleas zonales designarán los representantes para las reuniones plenarias finales de la Convención a realizarse en el mes de agosto.

En próximas comunicaciones enviaremos el calendario de las mismas para una mejor información de todos los médicos.

GREMIALES			
INSTITUCION	DIRECCION	Teléfono	Fax
Sindicato Médico de Artigas	Vasconcellos 538 (Artigas)	0772-4001	0772-3593
Sindicato Médico de Salto	Misiones 224	073-20363	073-20363
Asociación Médica de Paysandó	Colón 1224 (Paysandó)	0722-5645	0722-5645
Sindicato Médico de Río Negro	Rincón y Argentina (Fray Bentos)	0562-5555	0562-2447
Gremial Médica de Soriano	Blanes Viale 633 - Mercedes	0532-4918	
Asociación Médica de Colonia	Manuel de Lobos 505 (Colonia)	0522-2166	0522-0725
Asociación Médica del Oeste de Colonia	Zorrilla de San Martín 683 (Carmelo)	0542-3436	0542-3436
Asociación Médica del Este de Colonia	Bolívar c/Ituzaing (Rosario)	0552-2964	0552-2964
Sindicato Médica de Rivera	Rodríguez 924 Rivera	0622-7711	0622-4285
Sindicato Médico de Tacuarembó	18 de julio 309 (Tacuarembó)	0632-5111	0632-3142
Asociación Médica de Rocha	Gral. Artigas 254 (Rocha)	0472-8785	0472-8785
Gremial Médica de Cerro Largo	La Rosa 576 (Melo)	0642-3876	0642-3620
Unión Médica de Lavalleja	Florencio Sánchez 491 P.2/202	0442-8478	0442-8478
Agremiación Médica de Treinta y Tres	Simón de Pino 1366 (Treinta y Tres)	0452-2005	0452-5369
Unión Médica de Maldonado	Román Guerra 816 (Maldonado)	042-23833	042-20372
Sindicato Médico de Durazno	Gral. Artigas 419	0362-0786	0362-0786
Asociación Médica de Flores	Fructuoso Rivera 622 (Trinidad)	0364-2770	0364-3787
Gremial Médica de Canelones	Luis A. De Herrera 536 (Canelones)	0332-3133	0332-3123
Agrupación Médica de Pando	Baltasar Brum 1224 (Pando)	292-5111	292-5111
Asociación Médica de San José	Artigas 656 (San José)	0342-2215	0342-2270
Sindicato Médico de Florida	Ruta 5 Km 100 Chacra de COMEF	0352-6115	0352-6115
Asociación Médica La Paz, Las Piedras	Soca 650 Las Piedras	3653746	

CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS DE SALUD

1. Fundamentos para una política de salud

1.1. Para comprender y desarrollar una política de salud, tendremos en cuenta, por un lado, las conclusiones que emanan del documento de **diagnóstico** que precede a este capítulo, y por otro, el **marco conceptual sobre la salud y la atención integral a la salud**.

Del documento de diagnóstico nos interesa destacar, en este momento, las múltiples **inequidades** que caracterizan al actual estado de situación y que hemos ejemplificado abundantemente.

1.2. Sobre el concepto de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió, en 1946, como “**el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad**”, lo que constituyó un intento de definir la salud en sentido positivo y no solamente por la negativa (como ausencia de enfermedad). Esta definición señala, además, la triple dimensión física, mental y social de la salud.

Otras definiciones sobre salud se han desarrollado luego de la mencionada. Villar y Capote, por ejemplo, sostienen el siguiente concepto:

- la salud es una **categoría biológica y social**,
- que se encuentra en **unidad dialéctica con la enfermedad**,
- resultado de la **interacción del individuo con su medio**,
- que se expresa en valores mensurables de **normalidad física, psicológica y social**,
- que permite al individuo el **cumplimiento de su rol social**,
- que está **condicionada al modo de producción y a cada momento histórico** de la sociedad y
- que constituye un inestimable **bien social**.

1.3. La **Atención Integral a la Salud**, según Villar, “comprende un conjunto de **actividades** dirigidas a las **personas** y al **medio ambiente**, desarrolladas por **equipos de trabajadores de la salud** con propósitos de **promover** la salud, **proteger** contra la enfermedad, **recuperar** y **rehabilitar** al individuo enfermo, realizadas en todos los casos con una **orientación preventiva** y con un **triple enfoque**, somático, psicológico y social” (Villar, H.: La salud una política de Estado, 2003). Este concepto, a tener en cuenta para la elaboración de políticas de salud, implica la participación de múltiples actores y sectores de la sociedad, o sea “implica la participación multisectorial debidamente programada”. Según esta concepción, las actividades están dirigidas a las personas sanas (actividades de promoción y protección de la salud), a las personas enfermas (recuperación, rehabilitación), al medio ambiente (saneamiento, etc.) y a la sociedad (políticas de desarrollo).

2. Características básicas de una política de salud

2.1. Una política de salud deberá ser explícita, coherente, factible y viable.

2.2. Deberá ser **explícita**, o sea se deberá establecer como tal. Precisamente, se discute en nuestro país sobre la existencia o no de políticas de salud. Unos sostienen que no hay una política de salud, otros que la hay muy claramente alineada con políticas suprasectoriales, como las políticas macroeconómicas.

De cualquier manera parece evidente que no existe una política de salud claramente formulada, escrita, y mucho menos, que logre niveles de acuerdo importantes que permitan su permanencia más allá de los períodos de gobierno o de las sucesivas y cambiantes vicisitudes de los ministros de turno.

2.3. Deberá ser **coherente** con las políticas formuladas para otros sectores de la sociedad, especialmente para aquellos cuya relación con la salud es evidente. De acuerdo al marco conceptual reseñado en (1), no se concibe la permanencia de una determinada política de salud ni la pretensión de obtener buenos resultados en salud, si las orientaciones en materia de trabajo, salario, vivienda, seguridad social y ciudadana, medio ambiente y política de distribución de los recursos y de la riqueza nacional, no son armónicas con las orientaciones que rigen al sector que nos ocupa.

Esto, que es verdad para cualquier sector de la vida nacional, lo es en mayor grado aún en materia de salud por la importante y diversa interrelación que existe con múltiples aspectos de la vida ciudadana.

2.4. Deberá ser, asimismo, **factible**, concepto de naturaleza económica. Esto quiere decir que todas y cada una de las medidas que se tomen para dar cumplimiento a esas políticas, deberán contar con los recursos necesarios y de ser posible, se deberá establecer el origen de los mismos.

2.5. Deberá ser **viable**, o sea, se tendrán en cuenta y potenciarán todos aquellos elementos, históricos o presentes, que constituyan fortalezas y oportunidades para el cumplimiento de esa política.

En ese sentido, se considerará la viabilidad desde distintos ángulos: la viabilidad técnica (experiencia nacional e internacional con políticas similares, conocimientos y aptitudes de los recursos humanos, etc), la viabilidad política, que apunta a discernir el grado de acuerdo general o consenso que existe a nivel social y político para llevarlas a cabo, y la viabilidad económica en cuanto a la posibilidad de generar más recursos que los que ya se destinan para la salud o de gestionar mejor los existentes.

2.6. Es deseable que una **política de salud sea una política de Estado**. Esto quiere decir que los diversos actores políticos y sociales deberían acordar en sus lineamientos generales y decidir aplicarla con coherencia y permanencia, tratando de que se den las menores interferencias posibles originadas por los cambios propios de la vida democrática.

3. Ejes principales de una política de salud

3.1 Una política de salud debe asegurar una cobertura universal de la población, con equidad, eficacia, eficiencia, accesibilidad, calidad, continuidad, equilibrio entre centralismo y descentralización, solidaridad y participación comunitaria.

3.2. Debe asegurar la **cobertura universal formal**, es decir, debe llegar a toda la población sin distinciones de ninguna naturaleza.

La salud es un derecho de toda persona y el Estado está obligado a garantizar el efectivo cumplimiento de ese derecho.

Ya vimos en el capítulo de diagnóstico que la cobertura formal en nuestro país no alcanza al cien por ciento de la población, y aún para los que poseen esa cobertura formal existe una brecha entre la misma y la cobertura real, sobre todo por problemas de accesibilidad, que es necesario cerrar rápidamente.

3.3.- La política de salud debe asegurar la **equidad**. No tiene ninguna justificación ni económica ni ética, el mantenimiento de la irritante diferencia existente entre la asistencia en el sector público y el privado, y tampoco las diversas formas de inequidad reseñadas en el capítulo anterior, ni en lo salarial del personal de salud, ni en las condiciones de trabajo, ni en la distribución de los recursos entre los dos subsistemas y al interior de cada uno de ellos, ni en el acceso a la alta tecnología.

La equidad se traduce como la atención a la salud que cada ciudadana no debe recibir en función de sus necesidades.

Debe desterrarse definitivamente el concepto de que la salud es una mercancía cuya propiedad se ajusta a la lógica del mercado: mientras unos disponen de recursos para acceder a la asistencia de niveles aceptables, otros deben conformarse con una asistencia de menor calidad, mientras una parte del personal de salud trabaja con salarios deprimidos, otros son propietarios de empresas lucrativas.

3.4. La política de salud debe disponer de los recursos y ordenar las acciones que permitan asegurar la **eficacia**, esto es, el logro de los **objetivos nacionales en materia de salud**, que en ningún caso deben ser relegados a un papel secundario por los objetivos de empresas o individuos.

Evaluar la eficacia de una política requiere elaborar **indicadores** claros y metas viables en función de los principales problemas que aquejan al sistema.

Los clásicos indicadores de mortalidad deben ser ampliados con otros que permitan medir otros impactos posibles de las políticas de salud como la incapacidad, invalidez, calidad de vida, etc.

3.5- Los recursos que el país destina a la salud no son de escasa magnitud, aún cuando medirlos en función del porcentaje del PBI es engañoso.

Efectivamente, el PBI ha tenido un

descenso espectacular en los últimos años, y la siguiente comparación muestra elocuentemente que con porcentajes menores del PBI dedicados a la salud el gasto per cápita en salud puede ser mayor: mientras Uruguay, con 10% del PBI dedicado a la salud en 1998 tenía un gasto per cápita de 943 dólares, Finlandia, con 6.9% del PBI gastaba 1570 dólares per cápita, y España, con 7% del PBI dedicado a la salud gastaba 1215 dólares per cápita.

Como dice H. Villar, el porcentaje de gasto sobre el PBI “nos sirve para analizar cómo se distribuye el PBI pero no nos indica cuánto se está gastando efectivamente per cápita” (Villar, H. La salud una política de Estado, pág. 28 Montevideo, 2003).

De todas maneras, los recursos son siempre finitos y las políticas de salud deben poner mucho énfasis en la **eficiencia**, esto es, la relación existente entre el costo y el beneficio.

3.6. **Accesibilidad**. Podemos tener un sistema de salud y una atención médica de alto nivel en cuanto a calidad, recursos adecuados de diagnóstico y tratamiento, pero no tener asegurada la accesibilidad. Nuestro sistema mutual, para grandes contingentes de afiliados al mismo, es un ejemplo claro de ello. Las políticas de salud deben asegurar la accesibilidad al sistema, tanto en lo geográfico, como en lo económico, oportunidad de la atención requerida y ofrecida y en lo administrativo-burocrático.

3.7. Debe asegurar una asistencia de **calidad**, es decir, satisfactoria para el usuario. Para ello es necesario normatizar la asistencia sin que ello sea un obstáculo a la libertad de cada profesional o equipo para aplicar las medidas que considere más oportunas y convenientes en cada caso y de acuerdo la situación particular de cada evento.

En ese sentido, una política adecuada de salud debe apuntar a la elaboración, discusión y aplicación de **consensos y guías** basados en la mejor evidencia científica disponible.

Creemos que componentes esenciales de la calidad de la asistencia en nuestro país son el **enfoque integral, la orientación preventiva en todos los niveles, el trabajo en equipo y la atención con un hondo contenido humano y no sólo técnico**.

3.8. La atención debe ser **continua**, desde la concepción hasta la muerte, por lo que es deseable que un mismo equipo básico de salud se encargue de dicha asistencia.

La continuidad de la asistencia requiere establecer con mucha precisión los mecanismos de referencia y contrarreferencia que la hagan posible y la historia clínica única.

3.9. Es necesario concretar al mismo tiempo, una **centralización normativa y una descentralización ejecutiva**.

El Uruguay necesita cambios urgentes en su sistema de salud, y esos cambios deben ser liderados

por el órgano rector y representativo de los intereses nacionales en materia de salud, que es el Ministerio de Salud Pública, en el marco de una reforma del Estado que le dé dirección y sentido al mismo.

La descentralización y sus acompañantes, la coordinación y complementación de servicios a nivel local y regional, son claves para el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud por lo que es necesario jerarquizarlos como improntas de las políticas de salud.

3.10. La **solidaridad** debe ser una característica esencial del nuevo sistema.

Ello es particularmente importante en lo que se refiere a la financiación del cuidado de la salud.

Esta Convención sostiene que el cuerpo médico nacional no aceptará ninguna forma de estructura, organización o financiamiento de la atención médica que deje librado a las posibilidades económicas de cada persona el efectivo cumplimiento de ese derecho humano intransferible.

Por lo tanto, quedan fuera de discusión aquellos mecanismos de prestaciones cuyo nivel, calidad, y extensión dependan de lo que cada uno pague.

Lo solidaridad intergeneracional deberá ser complementada con políticas y medidas concretas de accesibilidad a la asistencia que efectivicen la solidaridad entre sanos y enfermos.

3.11. La **participación** de la comunidad en forma organizada e informada, y de los distintos actores de la salud es fundamental para la formulación de objetivos y prioridades, y para el desarrollo, mantenimiento y adecuación de los cambios que se proponen.

Entre los actores a consultar están las instituciones prestadoras de servicios que integrarán el Sistema de Salud –excepto las que tienen un claro sentido de lucro–, las instituciones formadoras de recursos humanos, proveedores, funcionarios y usuarios.

Cada uno de los actores tendrá responsabilidades claramente asignadas, de ser posible mediante medidas con un grado de formalidad mayor que las administrativas.

Entrá al sitio web

www.convencionmedica.org.uy

Ya está disponible el sitio web de la Convención, en el cual se encuentran todos los materiales producidos hasta el momento, una reseña histórica de las convenciones médicas en Uruguay y otros materiales de interés.