



# DOCUMENTO FINAL

**7** ENCUENTRO NACIONAL  
PIRIÁPOLIS  
2 Y 3 DE DICIEMBRE DE 2010



# ÍNDICE

Introducción .....	3
Informe SEMI .....	4
Informe de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Gremial-Asistencial de FEMI .....	8
Taller: Trabajo Médico Síntesis de Conclusiones .....	14
“Estimación de Costos e Incidencia de la Patología Colorectal en el marco de la Meta 2 en el Sistema FEMI” Comisión de Gestión .....	17
Avances del Proyecto FEMI Salud Digital .....	21
Sanatorio Americano. “Violencia Institucional en el contexto de la acreditación internacional de SASA –” .....	30
Informe de Actualización SAIP. “Seguridad del médico y del paciente” .....	34
FOFEMI. “Un Fondo con Futuro” .....	41
“El Rol del Médico en la Gestión de los Servicios de Salud y en el Modelo Sanitario de un País” Expositor: Director de la Especialización en Administración Hospitalaria de la Universidad SALUD de Buenos Aires - Argentina. Dr. Santiago Spadafora .....	51
Mensaje del Presidente de FEMI Dr. Egardo Mier en el Acto de Cierre .....	60



# INTRODUCCIÓN

## VII ENCUENTRO NACIONAL DE FEMI

### PIRIÁPOLIS 2010

#### ESTIMADOS COLEGAS:

Desde hace siete años en el Argentino Hotel de Piriápolis, la Federación Médica del Interior realiza su Encuentro Nacional.

El mismo se ha convertido en una instancia de diálogo, participación e intercambio de ideas, en donde más de 300 médicos pertenecientes a los gremios e instituciones de asistencia médica colectiva de FEMI, analizan los principales temas vinculados al sector salud, siendo entonces uno de los ámbitos naturales de difusión y discusión de la organización.

Esta publicación reúne las diferentes exposiciones efectuadas y tiene entre sus objetivos comunicacionales, el de documentar lo acaecido y ser material de consulta de nuestros médicos. Durante los días 2 y 3 de diciembre se trabajó en régimen de taller y exposiciones plenarias, destacando del programa los siguientes temas:

- Informe SEMI
- Informe Comisión de Seguimiento de Acuerdo del Acuerdo Gremial - Asistencial
- Taller: Trabajo Médico
- Estimación de costos e incidencia de la patología Colorectal en el marco de la Meta 2 en el Sistema FEMI
- Avances del Proyecto FEMI Salud Digital
- Sanatorio Americano "Violencia Institucional en el contexto de la Acreditación internacional de SASA"
- Informe de Actualización SAIP "Seguridad del médico y del paciente"
- FOFEMI "Un fondo con futuro"
- El rol del médico en la gestión de los servicios de salud y en el Modelo Sanitario de un país.

Importa resaltar que esta exposición estuvo a cargo del Director de Especialización en Administración Hospitalaria de la Universidad ISALUD de Buenos Aires Dr. Santiago Spadafora.

Finalmente, quisiéramos expresar una vez más, nuestro especial agradecimiento a todos los participantes, en sus diferentes roles, que demostraron el compromiso de siempre y que son en definitiva quienes han permitido que este emprendimiento que comenzara en el año 2004 continúe creciendo y fortaleciéndose.

COMITÉ EJECUTIVO DE FEMI

## INFORME SEMI - REFORMA DE LA SALUD 2010

# CAMBIOS EN EL RÉGIMEN DE APORTACIÓN AL FONASA Y FUTURO DE LAS CAJAS DE AUXILIO. \*

(\* La exposición realizada por SEMI en Piriápolis fue previa a la promulgación de la Ley N° 18.731 de 7 de enero de 2011, no existiendo variantes significativas entre el texto comentado en el Encuentro Nacional y el definitivo.)

La reforma del año 2010, dividida en cuatro capítulos, significa un cambio importante en el régimen de financiamiento del sistema que tiene también incidencia directa en la posibilidad de mantener en funcionamiento la caja de auxilio de los médicos del interior.

Se debe comenzar señalando que a partir de esta reforma existe un concepto nuevo que se denomina **"COSTO SALUD PROMEDIO"** y que tiende a determinar el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud por edad y sexo, las expectativas de vida de la población, las cuotas al Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración de dicho seguro. (inciso tercero agregado al art. 55 de la Ley N° 18.211) más un 25% por costos de administración.

De acuerdo con el sistema actual de pago de cuotas salud a los Prestadores con cargo al FONASA. (Cápitales más metas prestacionales a valores de julio de 2010) el precio de cada una de ellas es el siguiente:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
<1	3.536,44	3.034,99
1 a 4	1.097,79	1.039,73
5 a 14	680,79	622,73
15 a 19	664,96	849,70
20 a 44	622,73	1.213,92
45 a 64	1.187,52	1.430,33
65 a 74	2.200,99	1.926,51
>74	2.871,35	2.385,74

## I. NUEVA CUOTA PROMEDIO

### I.1 Definición y cálculo de la cuota promedio.

- Prestaciones pagadas durante toda la vida del beneficiario.
- Según cuotas de salud pagadas que es igual a la suma de cápitas + metas + FNR.
- Costo de administración del 25%.
- Expectativas de vida de la población, hombres 73 años y mujeres 78 años.
- Estimativo de cuota promedio según Poder Ejecutivo, \$ 1.200.

## II. REFORMA EN EL SISTEMA DEL FINANCIAMIENTO

El cambio del financiamiento se materializa en el concepto de “excedentes” incorporado al artículo 61 de la Ley 18.211, al que se le agregan nuevos incisos por el artículo 11 de la Ley nº 18.731.

Al 31 de diciembre de cada año civil se debe comparar:

### II.1 Aportes al FONASA del trabajador dependiente o independiente en el ejercicio anual (enero a diciembre).

- Si es trabajador dependiente sobre salario nominal:
  - 4,5% sin hijos
  - 6% con hijos < 18 años.
  - 2% cónyuge a cargo según número de hijos.
- Si es trabajador independiente (sujeto pasivo IRPF) sobre 70% de facturación:
  - 4,5% sin hijos
  - 6% con hijos < 18 años.
  - 2% cónyuge a cargo según número de hijos.
- Si es trabajador independiente (sujeto Pasivo de IRAE por opción) sobre 100% de facturación:
  - 4,5% sin hijos
  - 6% con hijos < 18 años.
  - 2% cónyuge a cargo sin cobertura FONASA según número de hijos.

La sumatoria de todos los aportes como trabajador dependiente o independiente los denominamos **X**.

Si existe cónyuge trabajador también se pueden sumar sus aportes optándose por liquidar por núcleo familiar.

## II.2 Costos del FONASA por el trabajador.

- 12 cuotas Promedio del Trabajador.
- 12 cuotas Promedio por cada hijo menor a cargo.
- 12 cuotas Promedio por cónyuge a cargo o 12 cuotas promedio en caso que el cónyuge sea trabajador y opte por liquidar por núcleo familiar.

La sumatoria de todas estas cuotas del FONASA (en cuotas promedio) la denominamos **Y**.

## II.3 Saldo a determinar.

Al cierre del ejercicio (año civil) se debe restar al aporte **X** los gastos **Y** resultando una diferencia **Z**.

- Si **X** es mayor que **Y**, el FONASA devolverá al trabajador la diferencia **Z**.
- Si **X** es menor que **Y** el trabajador **NO** debe poner la diferencia que será de cargo de Rentas Generales.

## III. TRANSICIÓN.

La Incorporación de los médicos de SEMI al FONASA se realizará 1º de julio de 2011.

La Ley prevé un régimen de transición de cuatro años, período en el cual parte de los aportes **obligatorios** de los trabajadores se podrán destinar a financiar la caja de auxilio, reduciéndose con el transcurso del tiempo, lo que se visualiza en los siguientes cuadros.

### III.1 Trabajadores sin hijos a cargo.

Período de 4 años, a partir del 1º de julio de 2011.

- 2011 - 1º de enero - 31 de julio se mantiene régimen actual de aportes.
- 2011 - 1º de julio - 31 de diciembre 4,5 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2012 - 1º de enero - 31 de diciembre 3 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2013 - 1º de enero - 31 de diciembre 2 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2014 - 1º de enero - 31 de diciembre 1% a CAJA DE AUXILIO.
- 2015 - a partir del 1º de enero se aporta al FONASA según la ley.

### III.2 Trabajadores con hijos a cargo.

Período de 4 años y medio, a partir del 1º de julio de 2011.

- 2011 - 1º de enero - 31 de julio se mantiene régimen actual de aportes.
- 2011 - 1º de julio - 31 de diciembre 3 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2012 - 1º de enero - 31 de diciembre 1,5 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2013 - 1º de enero - 31 de diciembre 0,5 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2014 - 1º de enero - 31 de diciembre 0 % a CAJA DE AUXILIO.
- 2015 - a partir del 1º de enero se aporta al FONASA según la ley.

### **III.3 Aportes de las empresas.**

Durante el período de transición se incorporarán todos los aportes que las empresas efectuaban a la caja de auxilio al FONASA (5%).

### **IV. FUTURO INSTITUCIONAL.**

- Las Cajas de auxilio pasarán de ser sustitutiva del BPS/FONASA a ser complementarias de los beneficios de seguridad social y salud.
- Conservan su integración paritaria.
- Funcionarán con aportes de trabajadores y empresas.
- Se deberá celebrar un Convenio Colectivo según Ley N° 18.566 de Negociación Colectiva y adaptar los estatutos.
- Habrá una reducción de la injerencia del Estado en las actividades de la caja. (sólo control de legalidad).
- Se deberá demostrar previamente la viabilidad de la caja.
- Se mantiene el régimen de exoneraciones tributarias con una redacción más precisa. Una están en la ley de reforma de la salud y otras en la ley de Presupuesto en trámite.

# INFORME DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL ACUERDO GREMIAL-ASISTENCIAL DE FEMI

El convenio Gremial - Asistencial es firmado con el fin de iniciar un proceso de cambios que abarcan al conjunto de la organización FEMI con un rumbo bien definido que apunta a fortalecer:

- El concepto de la unión y la unidad del sistema como base del desarrollo del futuro desde FEMI.
- El recurso humano que es lo máspreciado y constituye el activo más valioso que tiene FEMI y dentro de éste el trabajo que desempeñan sus médicos.
- Una política de recursos humanos federal que permita resolver sus temas en forma justa , actualizada y con un sentido de planificación estratégica.
- La efectivización de un documento que desde ese momento es de cumplimiento obligatorio en toda la organización federada.
- La ratificación y el compromiso de seguir procurando en los temas pendientes los entendimientos necesarios para poder extender los alcances del presente documento [ ej. de esto es el anexo de N° de pac/hora en pediatría del 2008]

## Convenio Gremial – Asistencial

- SE FIRMA EL 8/12/ 2006 POR PARTE DE TODAS LAS GREMIALES Y ASISTENCIALES A EXCEPCIÓN DE TACUAREMBÓ QUE AÚN NO LO HA FIRMADO.
- SE PONE EN VIGENCIA EL 1/3/2007

En los años siguientes 2007, 2008 y 2009 se realizaron encuentros donde se estudiaron el cumplimiento de las partes.

Dado que el tema fundamental que NO se ha cumplido en toda FEMI es el referido al artículo 1 DEL CONVENIO G-A sobre LAUDO MÉDICO, seguimos trabajando sobre el mismo.

Se realizaron a las Asistenciales y Gremiales las siguientes tres preguntas:

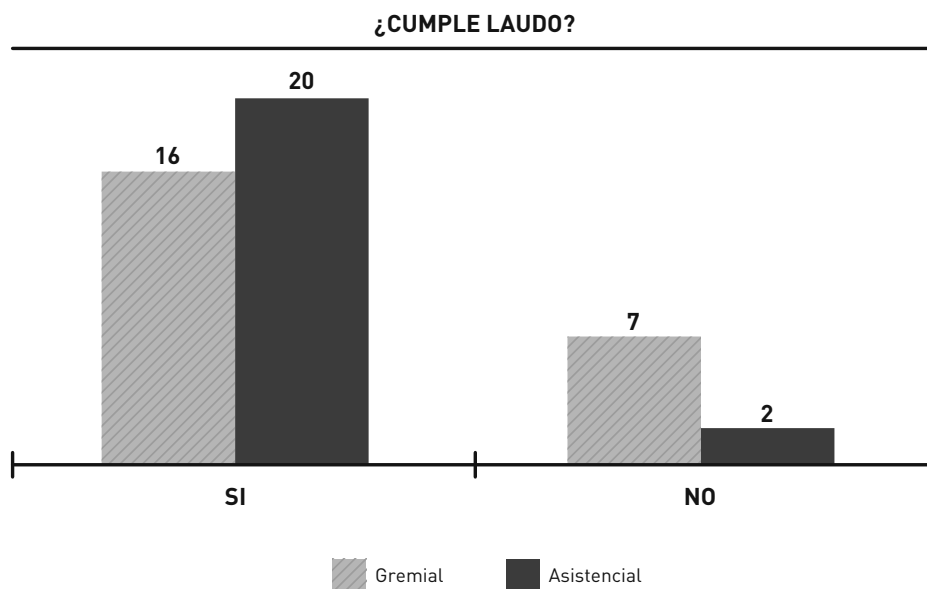
1. Cumplimiento del Laudo FEMI.
2. Cumplimiento del Acuerdo Gremial-Asistencial del año 2008 referido específicamente a la reducción del número de pacientes /hora en Pediatría.
3. Cumplimiento de las compensaciones establecidas en el LAUDO FEMI (nocturnidad, doble función simultánea, viáticos, antigüedad )

Respuestas obtenidas:

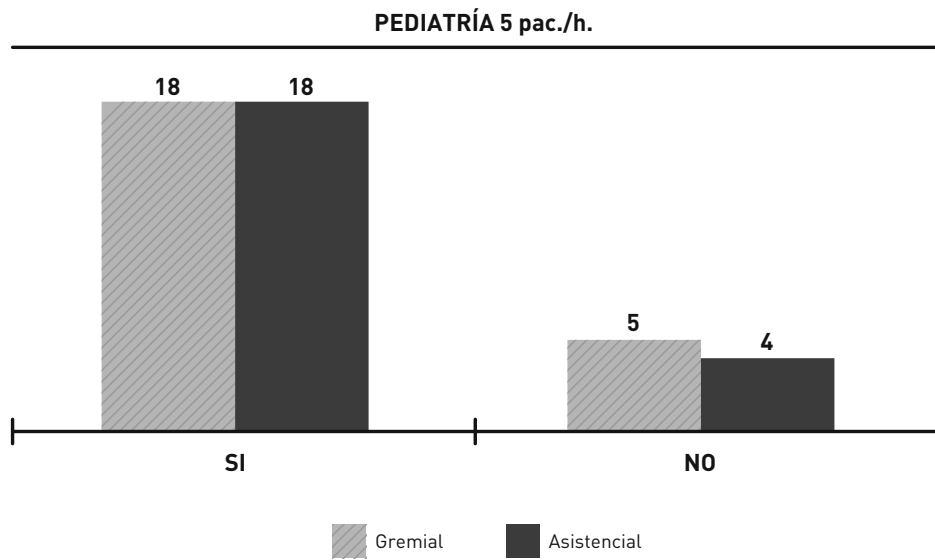
Cuadro 1

SECTOR	CUMPLE LAUDO	NO CUMPLE LAUDO	PEDIATRÍA 5 pac./h. SI	PEDIATRÍA 5 pac./h. NO	COMPENSACIONES SI	COMPENSACIONES NO
<b>GREMIAL</b>	16	7	18	5	16	7
<b>ASISTENCIAL</b>	20	2	18	4	19	3

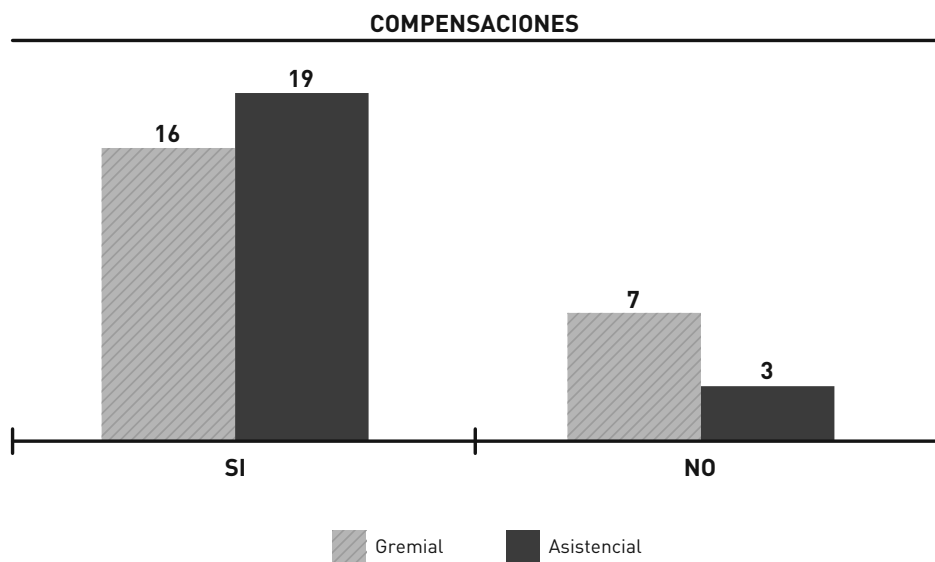
Cuadro 2



Cuadro 3



Cuadro 4



Considerando al Laudo Médico FEMI como uno solo y que incluye las tres respuestas realizamos las siguientes observaciones en base a los datos aportados:

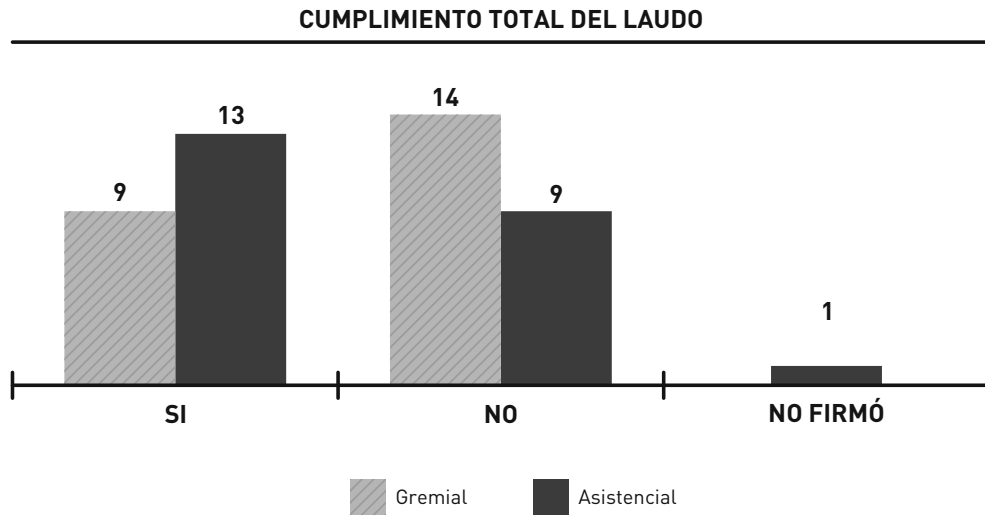
Cuadro 5

DEPTO.	INSTITUCIÓN	CUMPLE LAUDO GREMIAL	CUMPLE LAUDO ASISTENCIAL	PEDIATRÍA 5 PAC./HORA GREMIAL	PEDIATRÍA 5 PAC./HORA ASISTENCIAL	COMPENSACIONES GREMIAL	COMPENSACIONES ASISTENCIAL
ARTIGAS	GREMEDA	SI	NO (4)	SI	SI	NO	SI
SALTO	SMQS	SI (1)	SI	NO	NO	SI	SI
PAYSANDÚ	COMEPA	NO (3)	SI	SI	SI	SI	SI
RÍO NEGRO	AMEDRIN	SI	SI	SI	SI	SI	NO
RÍO NEGRO	CAMY	NO	SI	SI	SI	NO	NO
SORIANO	CAMS	NO	SI	SI	SI	SI	SI
COLONIA	ORAMECO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OESTE COLONIA	CAMOC	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESTE COLONIA	CAMEC	SI	SI	SI	SI	SI	SI
RIVERA	CASMER	NO	SI	NO	NO	NO	SI
TACUAREMBÓ	COMTA	SI	NO FIRMÓ	NO	NO FIRMÓ	SI	NO FIRMÓ
DURAZNO	CAMEDUR	NO	NO	SI	SI	NO	NO
FLORES	COMEFLO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SAN JOSÉ	AMSJ	NO	SI	SI	SI	NO	SI
FLORIDA	COMEF	NO (3)	SI	SI	SI	SI	SI
CANELONES	COMECA	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PANDO	CAAMEPA	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CERRO LARGO	CAMCEL	SI (1) (4)	SI (1) (4)	NO	NO	SI	SI
LAS PIEDRAS	CRAMI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
TREINTA Y TRES	IAC	SI	SI	SI	SI	SI	SI
LAVALLEJA	CAMDEL	SI	SI	NO	NO	SI	SI
ROCHA	COMERO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MALDONADO	AMECOM	SI	SI	SI	SI	NO (2)	SI

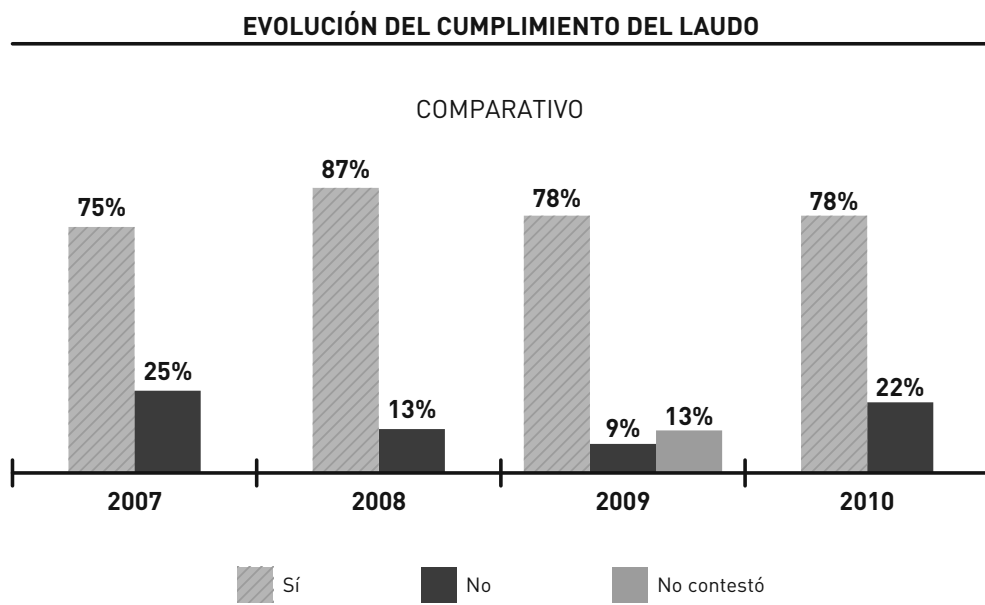
### Llamadas:

1. Laudo médico comprende el cumplimiento del número de pacientes por hora y las compensaciones
2. Las compensaciones incluyen la doble función. El no pago de la misma, determina el no cumplimiento del laudo
3. Las promesas de cumplimiento de aspectos puntuales del laudo, no significan que se cumpla el mismo
4. Falta de Pediatras en algunos Departamentos.

Cuadro 6



Cuadro 7



### **CONCLUSIONES:**

- SEGUIMOS SIN CUMPLIR EN SU TOTALIDAD EL LAUDO FEMI.
- EXISTE POR PARTE DE ALGUNAS ASISTENCIALES LA DISPOSICIÓN A SOLUCIONAR LOS TEMAS PENDIENTES.
- CREEMOS QUE NO PODEMOS AVANZAR SIN TENER CUMPLIDO EL PRIMER PUNTO REFERIDO A LAUDO MÉDICO DEL CONVENIO G-A (AÑO 2006).

### **PENSAMOS:**

- DEBE CONSOLIDARSE UN ADECUADO ÁMBITO BIPARTITO DE DIÁLOGO G-A EN TODO EL INTERIOR QUE LLEVE A LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DEL LAUDO MÉDICO, BUSCANDO TENER UNA FEMI MÁS UNIDA EN BASE A REGLAS CLARAS Y CONCISAS QUE DEBEN SER CUMPLIDAS UNA VEZ QUE FUERON ACORDADAS.

**“El éxito no se logra con cualidades especiales, es sobre todo un trabajo de constancia, de método y de organización.”**

J. P. Sergent

# TALLER TRABAJO MÉDICO

## SÍNTESIS DE CONCLUSIONES

**A continuación se presenta una síntesis de las conclusiones de los diferentes grupos, que en régimen de taller analizaron el tema Trabajo Médico, eje de discusión de esta actividad desarrollada el primer día del Encuentro.**

En el marco de la negociación de los Consejos de Salarios, se plantea la revisión de los laudos médicos actuales, poniendo énfasis en la mejora de las condiciones laborales del médico, apuntando a dos aspectos:

- A.** Ampliación o adecuación de la carga horaria.
- B.** Redimensionamiento de la actividad incorporando actividades más allá de la asistencia directa al paciente.

### **1. PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SE PLANTEA EL DISEÑO DE UN LAUDO ÚNICO NACIONAL:**

- A. ¿Son equivalentes las realidades de los médicos del interior y los de Montevideo, así como la de las instituciones que los contratan?**

No, las realidades no son las mismas ni de las Instituciones ni de los médicos a los cuales éstas contratan y que existen diversos argumentos que hacen que las realidades sean diferentes.

- B. ¿Debe existir un laudo nacional o un laudo que se adapte a las condiciones laborales en Montevideo y el interior?**

Aquí se plantea en forma consensuada que sí, que debería existir un laudo único y básico público y privado nacional, aunque se plantean dificultades en su instrumentación. En ese proceso deberían contemplarse las peculiaridades que surgen de las diferencias antes mencionadas entre Montevideo e Interior.

**2. ¿ES LA EXCLUSIVIDAD EN EL TRABAJO MÉDICO EN EL INTERIOR, LA HERRAMIENTA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS - EN EL MARCO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DONDE EL ÉNFASIS ESTÁ PUESTO EN LA COMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS - ?**

Aquí prácticamente todos los grupos contestaron que la exclusividad no es una herramienta válida en el contexto actual por diversas circunstancias: falta de recursos económicos, falta de recursos humanos, implicaciones ético-jurídicas.

La complementación pública y privada debería ser redefinida. En esta redefinición se reclama una mayor participación de las instituciones gremiales.

**3. PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LOS OBJETIVOS DEL CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL, EN DONDE LAS METAS SON UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA SU LOGRO, LA REFORMA DEL TRABAJO MÉDICO DEBERÍA ESTAR EN LÍNEA CON ESOS OBJETIVOS, Y EL DISEÑO DE NUEVAS MODALIDADES DE TRABAJO DEBERÍA ESTAR EN LA AGENDA DEL CORTO PLAZO.**

¿Es posible “crear un médico” con alta dedicación horaria con multifunción, en relación a las capacidades y destrezas propias- comprendiendo en este horario la asistencia directa al paciente o en ausencia del mismo, la investigación y la educación continua -?

**Debemos destacar que en esta pregunta hubo dificultades de interpretación y que se interpretó en algunos grupos si es que la Facultad de Medicina creara un médico con estas peculiaridades o que sean cargos médicos los que se creen. Por lo cual hubo 2 interpretaciones y se contestó de esta manera: una interpretación que refleja la creación de cargos médicos con multifunción y la otra de formación de médicos con multifunción. Ambas se consideran deseables adecuando la carga horaria y comprometiendo en dicho proceso a la Facultad de Medicina conjuntamente con la Federación.**

**4. SI PLANTEAMOS QUE UNA POLÍTICA DE REMUNERACIONES DEBE ESTAR EN LÍNEA CON LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA, LA FORMA ACTUAL DE PAGO NO CONTEMPLA LA FORMACIÓN MÉDICA NI EL TRABAJO EN EQUIPO Y POR CONSIGUIENTE NO SE ADECUA AL CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL NI TAMPOCO SE ADECUA AL NECESARIO CAMBIO EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS.**

- A.** ¿Es posible implementar un sistema de remuneraciones con componentes fijos y variables, para de esta forma ser más “justo” con el nivel de desempeño?

**Sí es posible implementar salarios con componentes fijos y variables.**

- B.** ¿Los componentes variables se podrían obtener en forma antiinflacionaria utilizando componentes actuales del salario que no tienen relación con la asistencia directa?

**Se está de acuerdo en no generar inflación salarial y utilizar criterios de redistribución salarial. No hubo acuerdo en la metodología a utilizar para ser viable esta propuesta.**

**5. EN EL MARCO DE LA IMPORTANCIA QUE EL PODER EJECUTIVO LE IMPLANTÓ A LA SALUD RURAL Y A LOS POCOS COLEGAS RADICADOS EN LAS PEQUEÑAS COMUNIDADES :**

- A. ¿Tendríamos que en el laudo futuro contemplar ciertos incentivos salariales y no salariales para los médicos que están radicados en estas localidades?

**Sí se está de acuerdo en contemplar los incentivos salariales y no salariales para radicar médicos en el interior.**

- B. ¿ Es posible implementar para algunas modalidades de trabajo (rural) el pago por cápita en un sistema de complementación público privada?

**Sí se considera que en esta población el instrumento el pago por capitación es deseable, pero hay que hacer un análisis profundo del concepto de complementación en pequeñas comunidades y especialmente quién va a pagar la cápita que se define.**

# DR. ALEJANDRO HERNÁNDEZ - COMISIÓN GESTIÓN FEMI

## ESTIMACIÓN DE COSTOS E INCIDENCIA DE PATOLOGÍA COLORECTAL EN EL MARCO DE LA META 2 EN EL SISTEMA FEMI.

### 1. INTRODUCCIÓN

El contrato de gestión establecido entre la JUNASA y las instituciones de Asistencia Médica Colectiva establece en la cláusula 23º, que estas últimas tienen el derecho al cobro mensual de una cuota salud por cada persona amparada por el Seguro Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá un componente denominado cápita vinculado a la atención integral de salud a la persona y un componente meta vinculado al cumplimiento de metas asistenciales definidas por el regulador, cuyo objetivo es el de inducir el cambio en el modelo asistencial de las instituciones, dado su importante enfoque en aspectos preventivos y de control.

En el mes de julio de 2010, la JUNASA presenta a las instituciones las metas a cumplir para el último semestre del año, introduciendo cambios sustanciales fundamentalmente en la meta 2 desagregándola en 2 componentes, médico de referencia y capacitación, situando a esta última como proceso de apoyo a la primera (cambio de criterio conceptual).

El objetivo que se plantea para esta meta es el de avanzar en la referenciación de personas en determinados grupos etáreos, estableciéndose además controles clínicos y paraclínicos de acuerdo al grupo en que estén contenidos los mismos.

Los elementos centrales a desarrollar en la meta, entendemos que corresponden a los siguientes:.

1. Referenciación de los adolescentes y jóvenes hasta 19 años, al tiempo que se les realiza una consulta obligatoria y gratuita anual, según las pautas del Programa del Adolescente. Se completará la Hoja SIA.
2. Referenciación del grupo de adultos entre 45 y 64 años, en la medida que se realizan las consultas gratuitas y obligatorias, las mismas irán acompañadas de estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest, en forma gratuita y obligatoria.
3. Capacitación en Programa del adolescente y Hoja SIA.

Para poder alcanzar las metas propuestas, seguramente las instituciones deberán implementar cambios en diferentes esferas:

- Organizacionales, ya que no solo asistirán la consulta espontánea (demanda) sino que deberán agregar controles y screening a una población no demandante de consulta, que determinará un aumento en la dotación de RRHH.
- Infraestructura edilicia para asistir a esta "nueva población".
- Trabajo médico
- Costos institucionales
- En los propios afiliados, induciéndolos a cambiar su "cultura en salud".

De acuerdo a lo explicitado, entendemos que el objetivo final excede el planteado por el regulador en el sentido de que no solo se avanzará en la referenciación y se establecer controles a las personas, sino que a partir de los mismos, se desencadenarán procesos asistenciales diagnósticos y terapéuticos diversos, que si bien serán de beneficio para las personas, demandarán costos para las instituciones.

## 2. OBJETIVO

**El objetivo del trabajo consiste en estimar los costos que podrá determinar la aplicación de la meta 2, y la incidencia de patología colorectal (en lo que refiere a adenomas y cáncer,) para el Sistema y para cada una de las instituciones de FEMI.**

## 3. SUPUESTOS DE PARTIDA

El trabajo partió de algunos supuestos y definiciones operativas que es necesario explicitar con claridad por la incidencia que tienen en sus resultados.

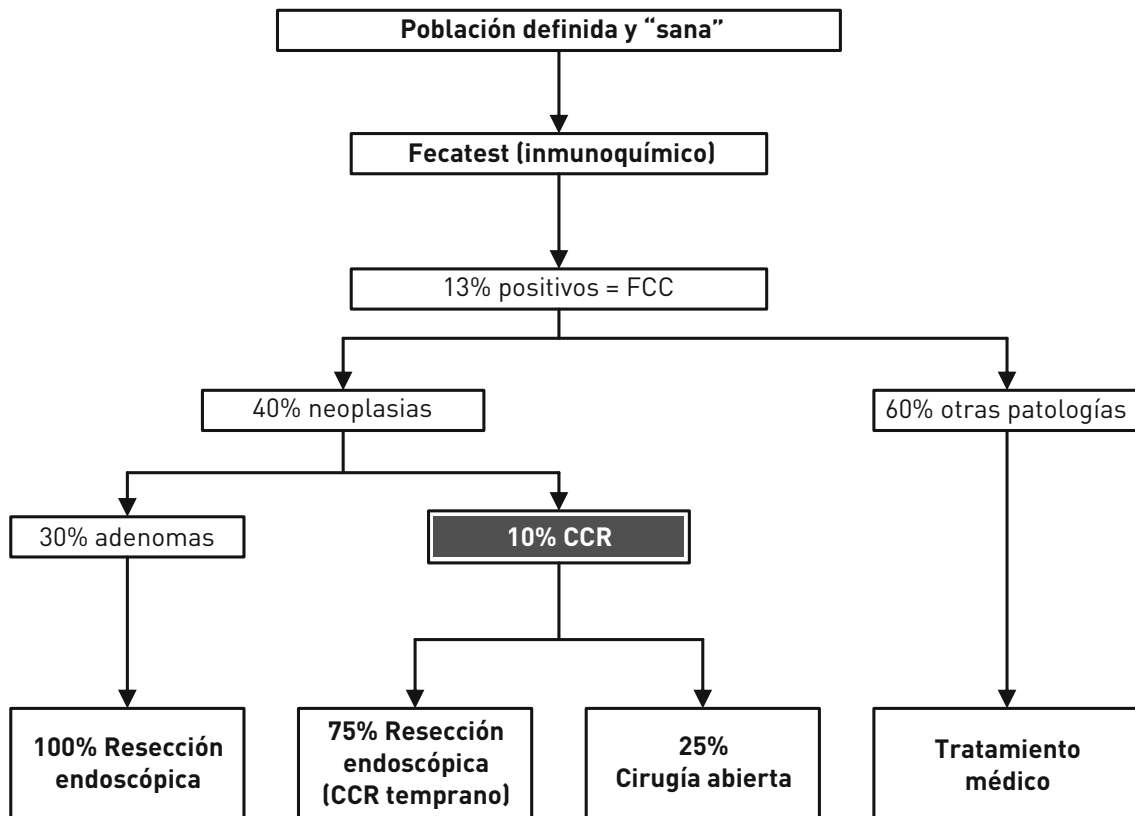
- Las metas a alcanzar por las instituciones corresponderán al 5 y 10% en los trimestres respectivos para las poblaciones definidas. Para el trabajo se mantuvo el primer criterio adoptado por la JUNASA que luego fue modificado por la misma.
- El 100% de las instituciones de FEMI cumplirán con la meta.
- La incidencia de patologías y los costos se estiman en forma mensual.
- La cantidad de consultas programadas para dar cumplimiento con la meta se distribuyen en forma homogénea en el trimestre.
- La incidencia de patología colorectal por el screenig, es estimada a partir de datos de la publicación del Dr. E. Fenochi y cols.<sup>1</sup>
- El costo policlínicas corresponde a laudo FEMI.
- El costo de enfermería corresponde a 1 licenciada a valor laudo,
- El costo de los exámenes de laboratorio es el correspondiente al de la AULAC.
- El costo de la fibrocolonoscopia diagnóstica y terapéutica corresponde al arancel de la Sociedad de Endoscopia del Uruguay.
- El valor de la cirugía abierta corresponde al valor promedio GRD SASA para cáncer de colo rectal
- El costo de la capacitación se estima al valor hora laudo FEMI para los médicos a lo que se suman los costos centrales de FEMI (docentes, ediciones, etc.)

<sup>1</sup> "Screening for colorectal cancer in Uruguay with an immunochemical faecal occult blood test". European Journal of Cancer Prevention 2006, 15:384-390

#### 4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el trabajo estima:

- La cantidad de consultas de acuerdo a la población de afiliados del mes de julio informada al SINADI para cada una de las instituciones.
- La cantidad de exámenes de laboratorio de acuerdo a los porcentajes máximos exigidos en la meta previo a la modificación de la misma, aplicados a las poblaciones determinadas.
- La cantidad de FCC esperadas diagnósticas y terapéuticas
- La incidencia de las patologías de acuerdo al siguiente algoritmo.



#### 5. RESULTADOS

- Se expondrán los resultados consolidados deL Sistema FEMI
- A cada institución de FEMI se le entrega el análisis y resultados de cada una en una planilla electrónica.

## 5.1. Resultados Consolidados Sistema FEMI

- Las cifras estimadas son promedios **mensuales**
- Para el N° de consultas se estima un incremento del 7% (3.605), de las cuales el 21% corresponderán a adolescentes y el 79% a la población de 45 a 64 años.
- Se estima la realización de 368 FCC adicionales.
- Se estima el hallazgo de 110 adenomas y 37 Cáncer Colo Rectal (CCR).
- El 100% de los adenomas se podrá resolver por cirugía endoscópica.
- El 75% de los CCR se podrán resolver por cirugía endoscópica, mientras que el 25% requerirán cirugía a cielo abierto.
- El costo adicional de policlínicas para control y screening se situará en \$ 338.000, mientras que el costo de la FCC diagnóstica corresponderá a \$ 2.127.000.
- El costo de enfermería se estima en \$ 423.000.
- Por concepto de exámenes laboratorio (glicemia y colesterolemia) se estima un costo adicional de \$ 544.000.
- Se estima que la realización de FCC terapéuticas (cirugías endoscópicas) para exéresis de los adenomas y cáncer tendrán un costo de \$ 1.000.000 (110 pólipos, 28 CCR) mientras que en la cirugía abierta se estiman \$ 921.000 (9 CCR).
- El costo para la capacitación del 95% de los médicos de referencia en el último trimestre se estima corresponderá a \$ 1.163.000.

## 6. CONCLUSIONES

- Se estimaron los ingresos y costos de la aplicación de la meta 2, componente médico de referencia para el sistema FEMI.
- Se estimó la incidencia de patología colorectal (adenomas y cáncer) de acuerdo al screening propuesto en la meta.
- Se estimaron los costos de capacitación de los médicos de referencia de acuerdo a la propuesta educativa de FEMI.
- El resultado final de la aplicación de la meta va más allá de los objetivos planteados por el regulador.
- En la medida que se cumpla con la meta propuesta, los ingresos a percibir por el sistema FEMI, cubrirían los costos que se estiman que se van a producir en la implementación.
- Es posible de acuerdo a trabajos nacionales estimar la incidencia de patología colorectal en una población definida, por lo menos en el sistema FEMI.
- Entendemos que la meta cumple con el objetivo del cambio del modelo asistencial.

# PROYECTO FEMI SALUD DIGITAL

## ESTADO DE SITUACIÓN DEL PROYECTO

VII ENCUENTRO NACIONAL DE FEMI, PIRIÁPOLIS. 2 Y 3 DE DICIEMBRE DE 2010

Equipo del proyecto:

ROL EN EL PROYECTO	NOMBRE Y PROFESIÓN
DIRECTOR	DR. ÁLVARO VERO
COORDINADOR INTERINSTITUCIONAL	DR. HEBER MACHADO
COORDINADOR GENERAL	LIC. ANA BARBIEL
ASESOR MÉDICO	DR. JULIO LEIVAS
ASESOR INFORMÁTICO	A/P LINO BESSONART
ASESOR ECONÓMICO	CRA. LUCY MARTINS
STAFF MÉDICO	DR. JUAN GIL
STAFF INFORMÁTICO	A/S PABLO PAZOS Y MAGDALENA HOURCADE
CONTABILIDAD	CRA. LOURDES LUSQUIÑOS
SECRETARÍA	ALEJANDRA MELGAREJO

El proyecto **FEMI SALUD DIGITAL** inició su ejecución en marzo 2008 con una duración estimada de cuatro años y con apoyo del BID, a través de su componente FOMIN que dona la mitad de los fondos disponibles.

En oportunidad del 6to encuentro en 2009 se esbozó la necesidad del cambio que lleva adelante el proyecto, a partir de las profundas reformas del sistema uruguayo de Salud y los consecuentes requerimientos de las autoridades sanitarias.

Asimismo se describió el proyecto en general y la Historia Clínica Electrónica en particular, como su principal componente.

En el presente documento se presentan los avances logrados hasta Diciembre 2010 y los futuros pasos.

### Los avances más relevantes del período refieren a las siguientes líneas de acción:

- Los Equipamientos para Telemedicina.
- El SIEC - Sistema de Información Epidemiológico Contable.
- La Historia Clínica Electrónica (HCE):
  - Componentes Imprescindibles: Identificación de Personas, Georeferenciación, Servicios Terminológicos y Autorizaciones.
  - Proceso licitatorio para la contratación de la empresa GEOCOM (empresa ganadora de la licitación).
- Descripción de los Procesos de pre-implantación en las Instituciones piloto, en lo relativo a Capacitación, Identificación de personas, Revisión de Procesos y Tablas Maestras.

### VANGUARDIA EN EQUIPAMIENTO PARA TELEMEDICINA



FEMI Salud Digital realizó Consultorías y Prototipos de Telemedicina que dieron como resultado la necesidad impostergable de la utilización de este tipo de tecnología.

Hoy es una realidad: disponemos de 25 salas de video conferencias en nuestras instituciones de todo el país. Somos capaces de establecer reuniones de todas las instituciones juntas o de grupos de ellas. Nos hemos puesto a la vanguardia del uso de estas tecnologías en el ambiente de la Salud.

El proyecto FEMI Salud Digital está interesado en la Telemedicina, dado que proporciona una comunicación bidireccional que hace al sistema de una constante dinámica que permite resultados más eficientes e instantáneos.

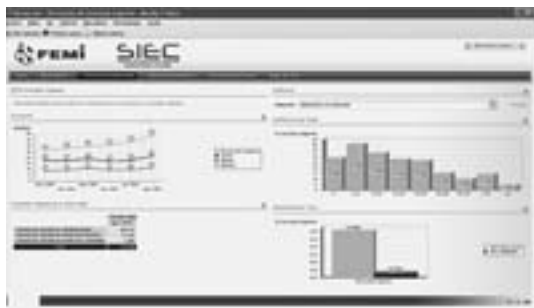
El hecho de que la telemedicina proporcione una comunicación remota, mejora tanto la calidad asistencial como también disminuye los costos del sistema, dado que la instantaneidad que se obtiene, excluye los viajes, la pérdida de tiempo, etc. Ahora contamos con una herramienta que sobre todas las cosas nos permite acceder a más instancias de intercambio con costos para nada elevados (en comparación con lo anterior).



## EL SIEC: OBJETIVOS, IMPLEMENTACIÓN Y POTENCIALIDADES

El Sistema de Información Epidemiológico Contable (SIEC) tiene como objetivos principales:

- Desarrollar un Sistema de Información Gerencial para FEMI y cada una de sus instituciones.
- Consolidar información de producción asistencial de las Instituciones de FEMI y epidemiológica de sus usuarios.
- Contar con información disponible y oportuna para dar soporte a la toma de decisiones, tanto a nivel de la gestión individual para las decisiones Institucionales, como de la gestión global de FEMI, para sus decisiones federales.



La primera etapa ya implementada del SIEC comprende:

- Un datawarehouse (almacén de datos) administrado por FEMI.
- La carga descentralizada de la información en cada una de las Instituciones a partir de información hoy disponible y homogénea.
- La creación de 20 indicadores sobre la base de la información que se envía al SINADI (Asistencial y Financiera).
- La capacitación para usuarios finales (gerenciales) realizada en las 4 regionales de FEMI y para usuarios administradores (informáticos) realizada en FEMI.



Si bien el SIEC se encuentra operativo en la totalidad de las Instituciones utilizando los actuales indicadores, las etapas siguientes comprenden la transformación del sistema en un **tablero de comando** para cada institución, con información de los distintos sistemas como la parte Clínica y Asistencial, la Epidemiológica y la Financiera-contable, teniendo en cuenta que cada institución podrá agregar sus **propios indicadores**, así como el comienzo de una etapa de "planificación estratégica" para la definición de "nuevos indicadores" integrando sistemas "ya existentes" en las instituciones (admisión, farmacia, etc...) y pensando en la "incipiente" HCE, de puerta, ambulatorio y resumen de alta electrónico.

Importa destacar la potencialidad del SIEC en FEMI, tratándose de Uruguay, un

país con 3 millones de habitantes de los cuales 1.8 millones reside en el interior y, de estos, un 40% es asistido por FEMI (más de 715 mil usuarios). Asimismo, las instituciones se encuentran homogéneamente distribuidas a lo largo y ancho del país, pudiendo contar en consecuencia con información de la población asistida en un sub-sector privado de salud, en cuanto al perfil epidemiológico y sanitario representativo (nacional) y producción de servicios y costos asociados.

## HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

### Características básicas

Las características básicas de la Historia Clínica Electrónica como un sistema comprenden, en una primera instancia:

- Emergencia
- Prescripción
- Resumen de Alta de Internación y Ambulatorio

La HCE es un programa muy flexible que acompaña a FEMI en lo que ésta decida en cada uno de los procesos, respetando, tanto las pautas de interoperabilidad que siguen el resto de las instituciones de salud en Uruguay (SUEIIDISS) como la instalación del resto de los sistemas de cada institución: Afiliados, Internación, Camas, Farmacia, Laboratorio, etc.

### Pre – Implantación

La pre – implantación de la HCE, consta entre otros, de la Identificación de Personas, es decir, el Estándar de identificación de personas en el sector salud (EIPS), para que a través de los procedimientos de verificación correspondientes, se la pueda identificar unívocamente. (Para mayor información remitirse a <http://www.sueiidiss.org/> y <http://femisaluddigital.net.uy>).

**Estándar “es un documento, establecido por consenso, aprobado por un organismo reconocido, que provee reglas, guías o características, para la realización de actividades”**

J. H van Bommel & M.A. Musen - Handbook of Medical Informatics.

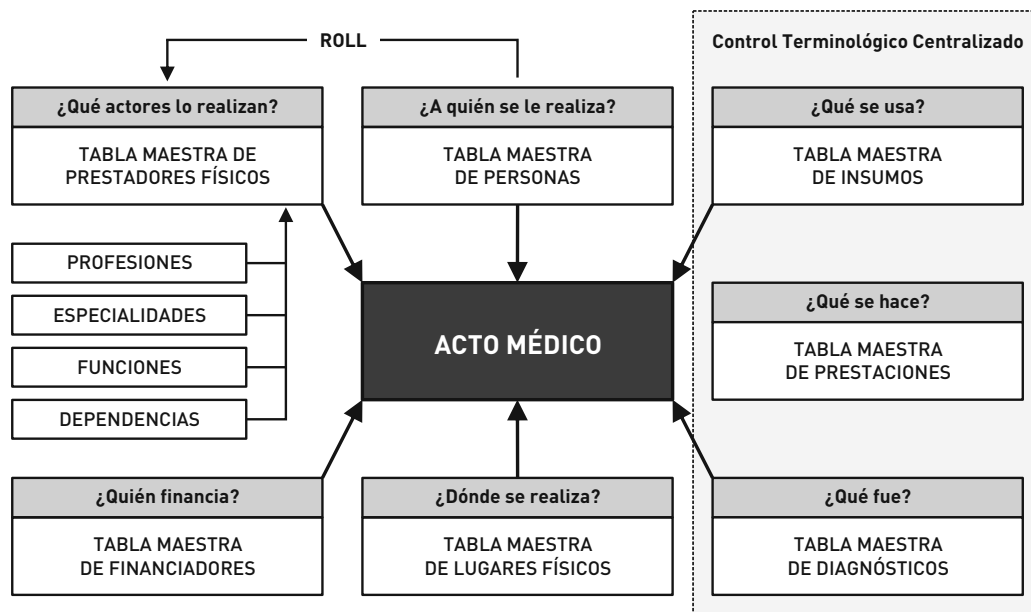
### ¿POR QUÉ NOS BENEFICIA EL USO DE UN ESTÁNDAR?

El uso de estándares simplifica el procesamiento de la información, facilita la interoperabilidad entre los sistemas y mejora la especificidad clínica requerida para medir resultados asistenciales. Los estándares además de definir políticas y procedimientos para proteger la confidencialidad, aportan en la evaluación de los programas de salud y por último pero no menos importante, establecen requerimientos mínimos para la seguridad e integridad de los datos.

Las Tablas Maestras (TM), son utilizadas en este proyecto como los diccionarios comunes, necesarios para el intercambio de información entre los sistemas y el resto de los componentes.

## REVISIÓN DE PROCESOS

Cuadro 1



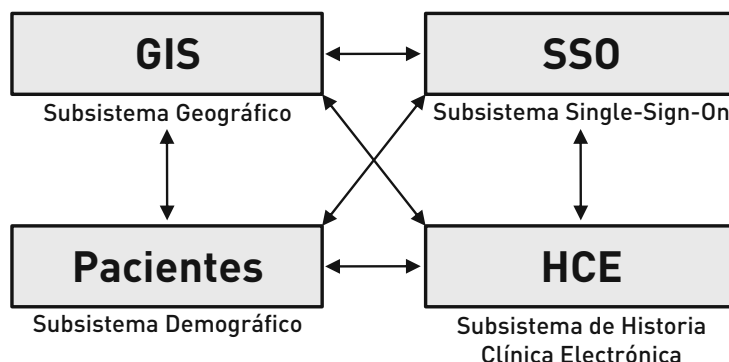
## GEORREFERENCIA

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) permiten la gestión de pacientes y de enfermedades, considerando la componente de la ubicación de cada paciente y de cada caso. Además, permite el cálculo de indicadores que tengan una componente geográfica.

El proyecto FEMI Salud Digital ha desarrollado un prototipo para la ubicación de pacientes en un mapa, la visualización de sus enfermedades crónicas con el nivel de control de cada una de ellas. Este sistema permitirá controlar activamente el estado de salud de los pacientes, evitando episodios adversos por falta de control y agravamiento de las enfermedades, con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención y de reducir las hospitalizaciones, con la consecuente baja en los costos.

La arquitectura está compuesta por Subsistemas con responsabilidades bien definidas e Interfaces de comunicación HTTP/XML, según se ilustra a continuación:

Cuadro 2



En relación a lo anterior, tomamos una definición de la NAHIT para poder explicar un término que es de suma importancia para este proyecto como lo es la Interoperabilidad.

**“Interoperabilidad es la ‘comunicación’ entre diferentes tecnologías y diferentes aplicaciones de software, que permite el ‘intercambio’ de datos en forma precisa, efectiva y consistente, y que permite el ‘uso’ de la información intercambiada”.**

NAHIT (National Alliance for Health Information Technology – EEUU).

## CAPACITACIÓN

El proyecto realizó un proceso de capacitación.

Un curso introductorio de informática médica dictado por integrantes de la unidad de coordinación.

También se participó de los cursos dictados por el Hospital Italiano, “Sistemas de información en los sistemas de Salud, Introducción a la informática biomédica” 10x10 de AMIA. Participaron de este, funcionarios de todos los servicios: médico, enfermería, administrativo, de registros médicos, mediante el mecanismo de educación a distancia con examen presencial en FEMI. Ello ha permitido tener el mismo lenguaje a la hora de trabajar y apoyar más al proceso. Queremos destacar frente a todas las demás instituciones que hemos contado con un fuerte apoyo de las autoridades de FEMI.

## PLAN PILOTO: CAMEC (COOPERATIVA ASISTENCIAL MÉDICA DEL ESTE DE COLONIA)



La HCE Pre y su implementación a través de las Experiencias de CAMEC, son el perfecto ejemplo de la interoperabilidad que se intenta dar entre las instituciones al ejecutar este proyecto.

CAMEC quiere agradecer a las autoridades FEMI Salud Digital por haberla escogido para llevar adelante el plan piloto del proceso de implementación de la HCE de emergencia.

Esto ha llevado todo un proceso que ha ido acompañando a la gente del proyecto.

Todo comenzó con el proceso de identificación de personas por parte de los informáticos. Se seleccionó el auditor, confirmando el algoritmo de verificación, por otro lado los colegas de emergencia, el médico jefe de emergencia, realizaron una revisión del proceso de emergencia para lograr un algoritmo común con las demás instituciones del plan piloto de FEMI, para poder desarrollar la HCE de emergencia.

## ASPECTOS CONTRACTUALES DE LA HCE

Para el armado del Pliego trabajamos en conjunto entre la Unidad de Coordinación, el Dr. Carlos Delpiazzo y los Especialistas del BID/FOMIN, incorporando como innovación del proceso licitatorio junto con el BID/FOMIN, la consideración de una ponderación entre la calidad de lo ofertado y su precio (70% calidad – 30% precio).

La publicación se realizó en junio de 2010 - Licitación Pública Internacional (LPI)- con la no objeción del BID/FOMIN.

El pliego fue armado en base a 13 lotes de los cuales los tres primeros estaban compuestos por la oferta básica de adquisición obligatoria y los restantes como opcionales.

Importa destacar que adquirieron el pliego 6 empresas (uruguayas, españolas y argentinas) de las cuales presentaron ofertas el día 16 de agosto: GEOCOM URUGUAY S.A. y ARNALDO C. CASTRO en consorcio con TELVENT.

La Adjudicación se llevó a cabo luego de la evaluación económico / financiera y técnica y, con la no objeción del BID/FOMIN, se adjudicó la licitación a GEOCOM S.A. en octubre 2010.

Para una mejor comprensión se incluye a continuación un cuadro resumen de los lotes de referencia:

Cuadro 3

DESCRIPCIÓN DE LOS LOTES	MONTO U\$S
LOTE 1 Adecuación, desarrollos e implantación en CAMEC	U\$S 153.720
LOTE 2 Adecuación, desarrollos e implantación en SASA	U\$S 185.440
LOTE 3 Licencias de uso (99 años) y garantía de soporte y actualización tecnológica (3 años), para PILOTOS.	U\$S 475.800
LOTE 9 Licencias de Uso para todas las Instituciones	U\$S 0
<b>TOTAL</b>	<b>U\$S 814.960</b>

El **valor de los productos**, responde a los siguientes criterios de valuación:

- La HCE a valor de mercado, comprendiendo la Licencia de uso, la Garantía de soporte y actualización, la Aplicación de HCE y el Soporte Fomin
- Demás productos (SIEC, TELEMEDICINA y GESTIÓN DEL CAMBIO) según costos del proyecto.

Ello se traduce en el siguiente cuadro:

Cuadro 4

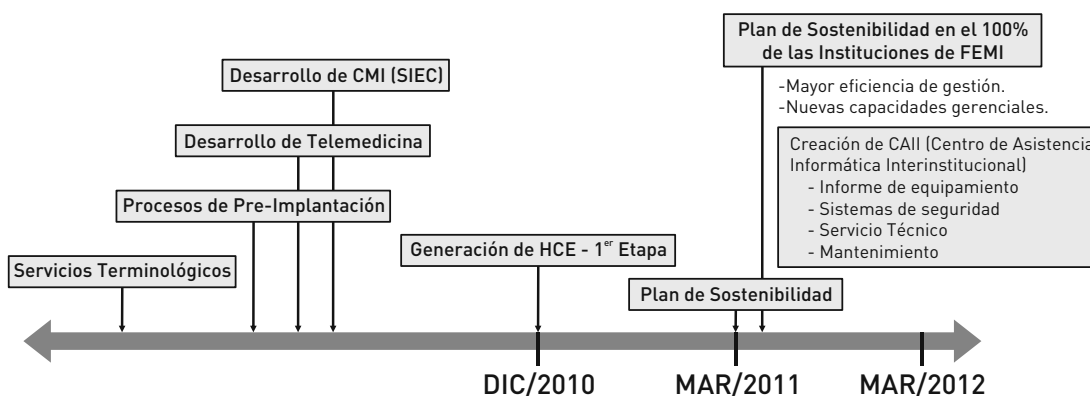
INSTITUCIONES SEGÚN FRANJA DE AFILIADOS	APORTE PROMEDIO U\$S	PRODUCTOS RECIBIDOS U\$S	%
< 20.000	30.032	69.682	132%
> 20.000 y < 30.000	76.153	158.429	108%
> 30.000	121.643	194.629	60%

## ¿CÓMO SEGUIMOS?

La forma en que FEMI Salud Digital está procediendo y cómo piensa seguir avanzando es un tema que a todos interesa. El siguiente esquema muestra:

- Las grandes etapas transcurridas hasta el momento y detalladas al comienzo del documento (desarrollo de Telemedicina, desarrollo del SIEC, Servicios Terminológicos y procesos de pre-implantación).
- La etapa actual con la generación de la primera fase de la generación de la HCE
- Etapas previstas posteriormente: plan de sostenibilidad, implantación en el 100% de las instituciones y plan de replicabilidad.

Cuadro 5



Dr. Álvaro Vero

El Plan de Sostenibilidad se dará un año antes del final de ejecución del proyecto, con el continuo apoyo de los representantes del BID y FEMI.

El Plan de Replicabilidad que implica la implantación de la HCE en el 100% de las instituciones prevé una difusión a través de diferentes medios como los manuales, los seminarios internacionales, la aplicación internacional en sí misma, con expresiones de interés, el compromiso de los hospitales de la región y sin dudas la CEPAL.

Finalmente, para que el CAII sea una realidad, se requiere definir los objetivos generales y específicos; los procesos, actividades y acciones; la estructura física, los RRHH y el equipamiento y; finalmente su financiación.

**“Predecir el Diluvio es muy importante...  
...pero al final lo que cuenta es construir el Arca”**

**Principio de Noé**

Dr. José Luis Monteagudo - Ex Director del Instituto de Salud Carlos III

# **PRESENTACIÓN DEL SANATORIO AMERICANO VII ENCUENTRO NACIONAL FEMI PIRIÁPOLIS, DICIEMBRE DEL 2010**

## **ALGUNOS INDICADORES:**

### **Evolución de la ocupación global en el SASA:**

En piso del SASA, a full del 2005 al 2010.

CTI ADULTOS o polivalente, crecimiento exponencial del 2005 (174) al 2010 (322).

CTI PEDIÁTRICO, ocupación 2005 (194) al 2010 (263).

CTI CARDIOLÓGICO ADULTOS, a full del 2005 al 2010.

### **Ocupación FEMI en el SASA:**

Ocupación Piso, 2005 (505) a 2010 (858).

Ocupación en CTI PEDIATRICO: 2005 (104), en el 2010 (185).

Ocupación en CTI ADULTOS –polivalente–, 2005 (85), en el 2010 (110).

Resonancia Magnética: promedios mensuales Enero – Agosto: 2008 (387); 2009 (612); 2010 (690)

### **Consultas en Emergencia:**

Promedios mensuales Enero – Agosto: 2008 (2042), 2009 (2278) y 2010 (2608).

## **INFORME SOBRE EL RANKING DE HOSPITALES Y SANATORIO DE AMÉRICA LATINA REALIZADO POR LA REVISTA AMÉRICA ECONOMÍA.**

8vo lugar en el 2009 y 10mo lugar en el 2010. Primero en Uruguay. Dos años consecutivos integrando el “top ten”. Primeros en varias actividades, por ejemplo en la relación de cirugías cardíacas respecto al número total de cirugías del sanatorio.

## **GESTIÓN EN ENFERMERÍA.**

Proyecto del Dpto. de Enfermería del SASA para trabajar en conjunto con los Dptos de Enfermería de las Instituciones del sistema FEMI, con el objetivo de mejorar los procesos apostando a la excelencia en dicho servicio.

OBJETIVO: lograr unificar la Gestión Técnico - Administrativa de los Departamentos de Enfermería del Sistema FEMI con el fin de brindar una atención de Enfermería de alta calidad teniendo como pilar la Mejora Continua Intercambiar experiencias con otros Departamentos de Enfermería de FEMI para que sea enriquecedor para ambas partes.

Diagnostico de situación; elaboración de un plan de mejora; aplicación del plan en conjunto en el servicio local; monitoreo de la aplicación del nuevo algoritmo.

Se está trabajando con CAMEDUR. COMTA. AMECOM. CAMDEL

## **PROYECTOS:**

### **Proyectos en Marcha:**

Proyecto "La Torre"  
Case - Mix sistema FEMI.  
ACREDITACIÓN.

### **A INSTRUMENTAR:**

Centro Oftalmológico.  
Neuro radiología invasiva.  
Unidad de STROKE.  
Dpto. de Enfermedades autoinmunes.

## **CONFERENCIA: "VIOLENCIA INSTITUCIONAL", Dr. Julio Álvarez.**

Aspectos relevantes de la conferencia:

VIOLENCIA  
QUÉ ESTÁ OCURRIENDO?  
QUÉ PODEMOS/DEBEMOS, HACER?  
QUÉ HA HECHO EL SANATORIO AMERICANO?  
SEGURIDAD INSTITUCIONAL, UN CAMBIO CULTURAL.

- Violencia: Agresión, violación de acuerdos - convenios, violación de derechos.
- Violencia Institucional: respecto al paciente, relación contractual, regla de oro: "no dañar". Daños evitables -paciente y familia-. Respecto al personal: laudos; acuerdos.

Violación de derechos:

- Del paciente:
- Constitución de la Republica, Artículos 7; 44; 72.
- Ley Nro. 18335 (Decreto Nro. 274 / 10; Comisión de Bioética).
- Voluntad anticipada Ley Nro. 18473.
- Ordenanza 481/2008, COSEPA.
- Habeas Data, Ley Nro. 18331.

#### **Características peculiares de la Violencia Institucional:**

Sensación de soledad;  
Sensación de impotencia;  
Aparece como irracional;  
Actúa bajo la modalidad de descalificación;

#### **Que está ocurriendo?**

Ejemplo del iceberg: lo más grande está oculto.

Visible: demandas por mala praxis, quejas, investigaciones administrativas, evento centinela.

Algunas cifras: 1 de cada 10 pacientes sufre violencia; un tercio de los daños son evitables; costo anual estimado, entre U\$S 17 – 29 billones. Entre 44.000 y 98.000 personas mueren por año por errores médicos. 35% de estos errores son por medicamentos.

#### **Que podemos / hacer, para PREVENIR /EVITAR la VIOLENCIA INSTITUCIONAL?**

CAMBIO DE PARADIGMA.

LA CALIDAD basada en la SEGURIDAD DEL PACIENTE.

#### **Que ha hecho el Sanatorio Americano?**

2008, el Directorio del Sanatorio Americano, decide:

- A. “Desarrollar una POLITICA GENERAL dirigida a lograr una CULTURA de SEGURIDAD ajustada a los estándares internacionales de SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- B. “Implementar los procesos necesarios que permitan culminar en el logro de la ACREDITACION INTERNACIONAL”.

#### **Se crea el Comité de CALIDAD y ACREDITACION.**

Principal desafío: Cambio cultural del Equipo Asistencial y de la Gestión Sanitaria. La ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE.

#### **Metas internacionales de Seguridad.**

3. Identificación correcta de Pacientes.
4. Mejorar la comunicación efectiva
5. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alerta alta.
6. Asegurar cirugías en el sitio correcto, procedimiento correcto al Paciente correcto.
7. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la Atención Sanitaria.
8. Reducir el riesgo daño al paciente por causa de caídas.

**Estándares centrados en la asistencia –paciente–.**

- Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PFR)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU)
- Educación del paciente y de su familia (PFE)

**Estándares centrados en la gestión gerencial.**

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y control de infecciones (PCI)
- Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- Gestión y seguridad de la instalación (FMS)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la comunicación y la información (MCI)

TUTORIA PERMANENTE: QRIntl (Dr. D.Jaimovich).

Evaluaciones preliminares por Inspectores de la JCI. Ya se realizó la primera visita de campo.

Tiempo estimado: 18 – 24 meses.

**SEGURIDAD INSTITUCIONAL, UN CAMBIO CULTURAL, UN CAMBIO DE PARADIGMA.****ALGORITMO:**

- Comité de Calidad y Acreditación.
- Comité de Bioética; COSEPA.
- Definición de políticas de seguridad.
- Implementación de las políticas de seguridad.
- SEGURIDAD del PACIENTE.
- ACREDITACIÓN.

**DR. ANTONIO L. TURNES - SAIP COOPERATIVA**

## **LA SEGURIDAD DEL MÉDICO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL URUGUAY DE HOY**

**CONFERENCIA DICTADA EN EL 7º. ENCUENTRO DE LA FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR (FEMI), ARGENTINO HOTEL, PIRIÁPOLIS, DPTO. DE MALDONADO, 3 DE DICIEMBRE DE 2010.**

Estimados colegas: Permítanme agradecer, en primer lugar, la amable invitación realizada por el Comité Ejecutivo de FEMI para que SAIP Cooperativa pudiera tener este espacio de encuentro con Ustedes para hacerles algunas reflexiones y comentarios sobre “La Seguridad Del Médico y La Seguridad Del Paciente en el Uruguay de hoy”.

Pero no puedo dejar de desearles a todos un muy FELIZ DÍA DEL MÉDICO, recordando que esta fecha se celebra en toda la América Hispana como homenaje al nacimiento del Dr. Carlos Juan Finlay (1833-1915) un médico cubano que descubrió el mosquito transmisor de la Fiebre Amarilla, lo que permitió, entre otras muchas cosas, la construcción del Canal de Panamá.

Ante todo debemos iniciar el tema señalando que estamos ante un nuevo paradigma. Y ella es la SEGURIDAD DEL PACIENTE. Pero ¿qué es la famosa SEGURIDAD? Antes primaba la Inseguridad, que según la RAE es la falta de seguridad. Y qué es entonces seguridad: Siguiendo a la RAE: la define con tres acepciones: 1) Calidad de seguro. 2) CERTEZA (conocimiento seguro y claro de algo); 3) Fianza u obligación de indemnidad a favor de alguien, regularmente en materia de intereses.

Vale decir: es una sumatoria de cosas simples, fáciles de hacer, pero que se omiten, se saltan, se olvidan...

Recordemos el clásico esquema del queso suizo que es atravesado por la flecha del error o daño, cuando puede ella pasar por todos los agujeros que están alineados, sin que ningún obstáculo o control, digamos, se le interponga para evitarlo. Veamos, por ejemplo el simple y poderoso lavado de manos. Es algo que los odontólogos hacen sistemáticamente entre paciente y paciente, luego de darle la mano y una vez el paciente se ubicó en el sillón, se lavan prolijamente las manos, para comenzar su trabajo. Sin embargo, entre los médicos, esto no ocurre de igual modo. A menudo se pasa de un paciente al siguiente, dándole la mano, tocando otros objetos, y luego examinando, palpando o auscultando a ese nuevo paciente, sin que el gesto del lavado de manos, tan simple y sencillo, hubiera pasado por su conciencia. En los Estados Unidos, hace más de diez años hicieron una encuesta entre los médicos para ver qué conducta seguían al respecto, y vieron que un altísimo porcentaje no se lavaba

las manos. Entonces, luego de una intensa campaña, realizaron otra nueva encuesta. Y con sorpresa encontraron que sólo menos del 50% de los médicos hacían la higiene de manos. O sea, que hay mucho que insistir para que las prácticas inveteradas se corrijan. Son fuertes cambios culturales, que llevan tiempo y sudor, aunque a menudo también lágrimas, para efectivizarlos.

En esta imagen vemos a los clásicos tres monos, cada uno en una actitud diferente, pero que resume la postura general que se tiene al respecto: no se ve nada, no se oye nada, no se dice nada.

Ya el académico español, médico, filólogo e historiador de la Medicina, don Pedro Laín Entralgo, escribió hace muchos años "La curación por la palabra en la antigüedad clásica". Figúrense que si en la antigüedad curaban con la palabra, cómo nos haría falta ahora emplear esa misma herramienta terapéutica para darle nuevo valor. Sin embargo, hablamos poco y escuchamos menos, a los médicos me refiero.

Existe, patrocinada por la OMS, desde hace muchos años, la denominada Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, que engloba una serie de pautas y prácticas destinadas a mejorar las condiciones de trabajo en los establecimientos de salud, para que los pacientes no resulten con daños añadidos a los que conlleva su patología. Veamos, por ejemplo, los diferentes factores que existen en el ámbito de un quirófano, como el que muestra la figura: Allí está el cirujano principal, su ayudante, la instrumentista, la anestesista, existen aparatos y equipos: la Mesa de Operaciones; los monitores que controla el anestesista; los tubos de gases anestésicos; la cialítica; el instrumental quirúrgico y su mesa de soporte; los fluidos intravenosos que se transfundirán durante el acto operatorio; la disposición de los elementos blancos sin utilizar y de los utilizados y retirados ordenadamente del campo operatorio, para facilitar el recuento final antes del cierre de la brecha quirúrgica. En cada uno de esos personajes, equipos o implementos, pueden existir faltas de cuidado, descuidos, desperfectos, y de todo eso puede resultar en el éxito de la operación, si son detectados y corregidos, con la atención y diligencia debida, o pueden ser producto de graves problemas ulteriores. Por olvidos, tardanzas innecesarias, mayor tiempo anestésico del que el paciente podría razonablemente tolerar. Y los disgustos consiguientes cuando esto se lleva al plano de las reclamaciones legales, civiles o penales.

Pero aquí tenemos que distinguir dos tipos de RESPONSABILIDADES:

- A. LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES**
- B. LA RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.**

Las INSTITUCIONES tienen obligación de RESULTADOS: en materia de instalaciones; en materia de documentación; en materia de infecciones hospitalarias. Por eso son frecuentemente reclamadas o demandadas y deben por ello responder. Tanto los HOSPITALES como las EMERGENCIAS MÓVILES, deben tener, por ejemplo, desfibriladores actualizados y no viejos, con baterías en buen estado y que funcionen, y no lo que no es raro encontrar, equipos que no responden. En una reanimación (Paro Cardio-Respiratorio), un cardiodesfibrilador que no funciona es igual a una CONDENA.

Los PROFESIONALES tienen obligación de MEDIOS, NO DE RESULTADOS, salvo los CIRUJANOS PLÁSTICOS DE ESTÉTICA.

Para ello deben actuar con diligencia, prudencia, pericia y sin negligencia, cumpliendo además con las normas y reglamentos.

Los cirujanos Plásticos Estéticos que realizan intervenciones, que no son necesarias para corregir una patología o evitar daño a la salud del paciente, a menudo prometen alcanzar resultados, que cuando no se consiguen, originan DEMANDAS.

PARA OFRECER SEGURIDAD, se debería proceder con método y respetar pautas:

- El consentimiento informado, que ahora es obligación impuesta por la Ley 18.335.
- Actuar con calidez humana, educación y tolerancia.
- Emplear la mayor pericia, seleccionando su mejor equipo; velando por que los instrumentos funcionen adecuadamente; hacer un seguimiento oportuno y alerta ante eventuales complicaciones.

EL MÉDICO OLVIDA que no siempre debe intervenir a un paciente; por ejemplo, con psiquismo complicado, para una intervención innecesaria (de finalidad estética) y de riesgo. Es la primera regla para no comprarse un problema, pensando que va a ganarse un dinerillo. Los Cirujanos Plásticos Estéticos, a menudo, resbalan con este piso enjabonado.

EL POBRE MÉDICO OLVIDA... lavarse las manos entre paciente y paciente (que es bueno, bonito y barato). Olvida también colocarse adecuadamente el tapabocas, así sea para salir en la televisión en un spot publicitario, como desde hace años estamos acostumbrados a ver. Dejar la nariz fuera de la cobertura del tapabocas, es estar encendiendo un letrero luminoso diciendo: aquí pueden venir a demandarme, porque por mi nariz puedo contaminar a mis pacientes. Y en lugar de ser publicidad favorable, es un tiro por la culata. Olvidar instrumentos, gasas o compresas, en el interior de las cavidades torácica o abdominal de un paciente operado, que puede documentarse radiológicamente y que además causará posiblemente problemas y reintervenciones, es algo totalmente evitable, si la instrumentista y la circulante hacen un eficaz y ajustado conteo del material quirúrgico y blanco. [Se muestran varias imágenes de resultados insatisfactorios en operaciones de cirugía estética, sobre la nariz, mamas y rostro de diversos pacientes de ambos géneros]. Ivo Pitanguy, nacido en Bello Horizonte, Brasil, el 5 de julio de 1926, es un grande de la Cirugía Plástica Estética. Pero hay que inspirarse en sus acciones para lograr resultados excelentes, como los que él alcanzó.

EL TENER O NO UNA CO.SE.PA. [Comisión para la Seguridad del Paciente] en cada institución: Es la diferencia entre seguir corriendo riesgos, al borde del pretil y la caída libre, o comenzar un nuevo camino. Haciendo un adecuado control de la lista "check-list" antes de una intervención quirúrgica, por ENFERMERÍA, ANESTESIÓLOGO, CIRUJANO.

CON ESTO EVITARÍAMOS: ¡¡¡Operar al paciente equivocado!!! ¡¡¡Operar al paciente indicado, pero del lado equivocado!!! O, todavía, ¡¡¡DESPERTAR AL PACIENTE ANESTESIADO, PARA PREGUNTARLE DE QUÉ LADO ERA LA HERNIA!!!

SI ESTO SUCEDE... ¿De quién será la responsabilidad? ¿De la Institución que no tomó precauciones ni impuso reglas que ya son obligaciones generales? ¿De un defectuoso Departamento de Enfermería, que no cumple con sus cometidos? ¿De los médicos desaprensivos?

## LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Depende de una adecuada y amplia información previa, documentada. No es una pérdida de tiempo, sino comprar la tranquilidad que ese procedimiento terminará como fue planeado, sin que la institución y sus profesionales (médicos y enfermeras) hayan dejado de cumplir con sus obligaciones.

En este rubro, se incluyen:

- Mantener un paciente en AYUNAS en el pre-operatorio.
- No confundir la MEDICACIÓN a administrar.
- No transfundir un suero que es NO INYECTABLE (SUERO CLORURADO HIPERTÓNICO AL 30% PARA MATAR ESCÓLICES EN QUISTES HIDÁTICOS), confundiéndolo con un suero glucosado.
- No inyectar alimentación parenteral por una vía venosa central (caso Hospital Pasteur).
- Utilizar material adecuado cuidando el almacenaje y la dispensación RESPONSABLE.
- La confianza, como se dice corrientemente, mata al hombre y embaraza a la mujer.
- No operar un paciente si no se está 100% seguro que es el que se tiene coordinado, y que se tiene MARCADO el lado de la intervención.
- No utilizar instrumental defectuoso (bisturí eléctrico con electrodo indiferente dañado), por ejemplo, que produce quemadura cutánea.
- No emplear médicos DISRUPTORES, ni habilitarlos para trabajar si tienen o atraviesan procesos de perturbación emocional o mental.
- Recordar el caso del anestesista que no controló a su paciente y ahora está en la cárcel.

Es curioso que en este tiempo LOS DERECHOS DEL PACIENTE VAN POR EL ASCENSOR, en lo que hace al conocimiento por los pacientes. En cambio, los conocimientos del médico sobre sus derechos y obligaciones, VAN POR LA ESCALERA.

## CONSENTIMIENTO VÁLIDO E INFORMADO, QUE AHORA YA ES LEY.

Veamos algo sobre esta importante materia.

Muchas cosas han cambiado en los últimos años.

Antes: la relación médico-paciente era vertical: el médico decidía y el paciente obedecía sin discutir.

Ahora: la relación se ha hecho horizontal: Se reconoce el derecho a la información, que constituye un derecho humano fundamental.

Antes: El médico diagnosticaba, y le decía a su paciente lo que consideraba que debía saber. Le indicaba el tratamiento a seguir. No había opción para buscar otra técnica, otro procedimiento, otro camino. No se reconocía el derecho del paciente a rechazar el tratamiento.

Ahora: Desde hace muchos años, pero desde los años '70, se reconocen los principios de la Bioética: BENEFICENCIA (hacer el bien); NO MALEFICENCIA: *primum non nocere* (primero, no hacer daño); AUTONOMÍA: respeto a la capacidad de decisión, adoptada con libertad;

JUSTICIA: social e individual.

EN MATERIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO estamos en la Edad de Piedra.

La Constitución uruguaya, en su Art. 7º, establece: "Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecen por razones de interés general". En su Art. 10º, se establece: "Las acciones privadas de las personas que de ningún modo atacan el orden público ni perjudican a un tercero, están exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la República será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella ni prohíbe".

El Código Civil (de 1868), establece en su Art. 2º: "La ignorancia de las leyes no sirve de excusa".

Antes había las más diversas opiniones, acerca del consentimiento informado. Pero desde agosto de 2008 hay un mandato legal: La Ley 18.335, de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios de los Servicios de Salud.

Respecto del consentimiento informado, establecen estas sentencias diversos autores:

"Es un presupuesto de la *lex artis* y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Su ausencia cuestiona la legitimidad del acto médico. Es un acto clínico, parte indisoluble del acto médico". Julio César Galán Cortés (médico y abogado español, presidente de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico, SIDEME).

"El deber de informar en el contexto de la relación Médico-Paciente no puede ser sustituido por un acto meramente formal o de carácter administrativo.

El consentimiento informado ha llegado a la Medicina desde el Derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que el Derecho ha realizado a la Medicina". Diego Gracia Guillén (Médico y Bioeticista español).

EL CONSENTIMIENTO ha recorrido cuatro etapas en la evolución del concepto: el CONSENTIMIENTO MÉDICO DEBE SER VOLUNTARIO, INFORMADO, VÁLIDO Y AUTÉNTICO.

Consentimiento voluntario, dejó paso al Informado (desde el proceso de Nüremberg).

Válido, presupone información y capacidad del sujeto (mayor de edad, hábil y autónomo, o su padre, madre o tutor).

Auténtico: expresa la voluntad del sujeto de acuerdo a su sistema de valores. Se ha transformado: "El tradicional esquema autoritario y vertical en otro tipo de relación democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral de código único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona." (Julio c. Galán Cortés).

La Ley 18.335 establece algunos parámetros claros:

**OPORTUNIDAD:** Debe ser PREVIO AL ACTO MÉDICO y además, debe ser mantenido a lo largo de todo el proceso asistencial. Es REVOCABLE por el paciente, en cualquier momento, sin expresión de causa, ni formalidad alguna.

**LA INFORMACIÓN:** Es obligatoria en toda actuación médica, aún en aquellas en que no se exige el consentimiento por tratarse de tratamientos impuestos por la ley (una pericia judicial, por ejemplo). Debe ser la razonable para tomar una decisión válida, comprensible por el individuo afectado.

Requieren información más cuidadosa:

- Alternativas terapéuticas, informando sobre las diversas técnicas disponibles, aunque no las practique el profesional;
- Riesgos: cuanto más riesgoso sea el acto, mayor deberá ser la información, en riesgos típicos.
- Menor necesidad: la cirugía estética y cosmética.
- Tratamientos novedosos: los nuevos sobre los cuales hay menor experiencia, requieren mayor información que los convencionales. El caso extremo son los tratamientos experimentales.

**LA FORMA:** Es una categoría del Derecho Civil, con un gran componente ético. Es un ACTO CLÍNICO.

Ahora la Ley 18.335 exige que sea un CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FIRMADO, PREVIO AL ACTO. En su Art. 11º, establece: "Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante - luego de recibir información adecuada, suficiente y continua - y el profesional de salud. El Consentimiento Informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la Historia Clínica".

## **¿CÓMO DEBERÁ PROCEDER?**

Haciendo una prolija explicación en el lenguaje comprensible para el nivel socio-cultural del paciente o su familiar.

Empleando formularios específicos para cada Especialidad y para cada Procedimiento, en el que se describa prolijamente de qué trata la patología, el tratamiento y los riesgos eventuales.

Existen Bibliotecas de Consentimientos Informados, siguiendo estos criterios, que pueden bajarse de Internet, de nuestro sitio Web:

**[www.saip.org.uy](http://www.saip.org.uy)**

Veamos algunos ejemplos. [Se muestran las bibliotecas de CC. II. De la Junta de Salud de Andalucía, donde existen para cada especialidad un paquete de documentos en formato Word y PDF, que pueden bajarse gratuitamente].

#### **LO QUE NO DEBE HACERSE:**

Hacerle firmar un C.I. sin que medie una amplia y adecuada información.

Hacerlo firmar por una enfermera o auxiliar, o por un administrativo. Forma PARTE DEL ACTO MÉDICO; ES INDELEGABLE.

No creer que con este documento en la Historia Clínica se exonera de responsabilidad al médico. PERO SERÁ UNA PRUEBA A SU FAVOR, EN CASO DE RECLAMACIONES, DEMOSTRANDO SU DILIGENCIA Y PRECAUCIÓN.

En algunos lugares pensaban que el C. I. era como la tarjeta que se le hace firmar al pasajero que ingresa a un hotel, junto con la llave de la habitación y el control remoto de la TV. Ese documento, aunque se guarde en la historia clínica, carece de valor. Porque la explicación dada por el médico no tiene sustituto, además del soporte de papel.

El Narcicismo es una de las mayores causas de Error y Malapraxis entre nuestros colegas. Conocer este problema y tratar de sobreponerse a él, es parte de la buena praxis.

Para finalizar, algunos pensamientos ajenos:

**“No conozco la clave del éxito. Pero la clave del fracaso es querer complacer a todo el mundo”.**

(Leyenda que colocó una secretaria en Maldonado, hace muchos años, para frenar los pedidos impetuosos de los médicos y usuarios)

**“Quien ha cometido un error y no lo corrige comete otro error mayor”.**

(Confucio [551 aC – 430 aC])

**“Investigar sobre seguridad es como cortar una cebolla; cuanto más miras más capas encuentras y más te hace llorar.”**

(Haig K.: One Hospital's Journey Toward Patient Safety a Cultural Evolution. Mdscape Money & Medicine Expert Column. 29/8/2003)

Muchas gracias por vuestra amable atención.



**FOFEMI**

## **UN FONDO CON FUTURO**

FOFEMI (Fondo FEMI) comenzó a funcionar en agosto de 2007, y a partir de julio de 2009 comenzó a ser administrado por el SEPA (Secretariado del Plenario Asistencial).

Tiene 2 coordinadores rotativos, que están por períodos de 1 año cada uno. Al día de hoy los Coordinadores son Dr. Julio Moreno, de la Litoral Oeste, y el Dr. Xavier Camps, de la Regional Este. La rotación se va dando entre las 4 regionales.

Las técnicas financiadas y sus prestadores respectivos son:

- **Litotricias – Extracorpórea y Endourológica**

Prestadores: SASA y COMEPA

- **Radioneurocirugía y Radioterapia Estereotáxica Fraccionada**

Prestadores: CEONSA

- **Leucemia Mieloblástica Aguda**

Prestadores: SASA, COMEPA, CAMS, AMEDRIN, COMECA, CAMEC, CAMOC, A.M.S.J., AMECOM.

Para cada una de las técnicas, se han implementado diferentes Controles, a modo de verificar el buen funcionamiento del FOFEMI.

Para las **LITOTRICIAS**, se realizan Ateneos semanales, en los que se reúnen un médico representante del SASA, un médico representante de COMEPA, un urólogo externo contratado por FOFEMI, el Dr. Fernando Craviotto, y los dos coordinadores del FOFEMI. En los Ateneos se exponen todos los casos nuevos que ingresan con solicitud de financiamiento, y se evalúan los diagnósticos, para autorizar o no cada procedimiento. También en los mismos ateneos, se estudian las altas de los casos ya autorizados, evaluando la documentación e imagenología enviada, que comprueba el estado del paciente luego del tratamiento. En cada Ateneo se elabora un Acta, con todos los datos relevantes, autorizaciones, rechazos, altas, etc.

Para las solicitudes de **RADIONEUROCIROGÍA Y RADIOTERAPIA E. FRACCIONADA**, se envían los casos para que el Neurocirujano Dr. Saúl Wajskopf evalúe el diagnóstico, y elabore un informe autorizando o no el procedimiento.

En el caso de las **LEUCEMIAS MIELOBLÁSTICAS AGUDAS**, se formó un equipo de cuatro hematólogos, que están a la orden frente al surgimiento de un nuevo paciente con diagnóstico. Uno de los hematólogos será quien evalúe telefónicamente el caso con el hematólogo tratante del paciente, y de la autorización para el ingreso del paciente al FOFEMI. Luego al alta del paciente, el equipo de hematólogos designado por FOFEMI se reunirá y evaluará la historia clínica, para determinar si se actuó de acuerdo al protocolo establecido. El equipo de hematólogos está compuesto por el coordinador general, Dr. Pablo Muxi, y los Dres. Cristina Palermo, Graciela Testa, y Juan Zunino.

Hasta el momento, hemos recibido más de 1500 casos de solicitud de Litotricia entre ambas técnicas, de las cuales 986 fueron para Litotricias Extracorpóreas, y 598 para Procedimientos Endourológicos.

De esas solicitudes, se autorizó el financiamiento de 656 Litotricias Extracorpóreas, y 483 Procedimientos Endourológicos.

Se rechazaron 330 Litotricias Extracorpóreas, y 115 Procedimientos Endourológicos.

Las principales causas de rechazo son:

- **Cambio de técnica** – En estos casos, sucede muchas veces que el ateneo médico al evaluar las opciones terapéuticas, decide en conjunto sugerir al urólogo tratante, realizar un cambio de técnica que sea más efectiva y resolutive.

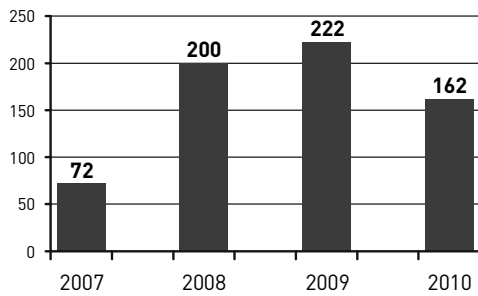
Puede ocurrir también, que luego de iniciado un tratamiento, éste no dé el resultado esperado, y entonces, se suspende el tratamiento iniciado, se da como “rechazado”, y se sugiere realizar el cambio de técnica.

- **Abandono del tratamiento** – Algunos pacientes, que inician el tratamiento, concurren a algunas sesiones, pero luego, dejan de asistir. En estos casos, se toma como un “rechazo” por abandono.
- **Documentación incompleta** – Los trámites son enviados desde las instituciones de origen del paciente, y en la secretaría del FOFEMI son revisados, para ver si se completa la documentación y estudios según protocolo. Muchas veces, hay faltantes, de las que se avisa debidamente a las instituciones, pero de todos modos esos faltantes no son completados, por lo que pasados 2 meses del trámite en espera, se devuelve por esa causa y se toma como “rechazado”.

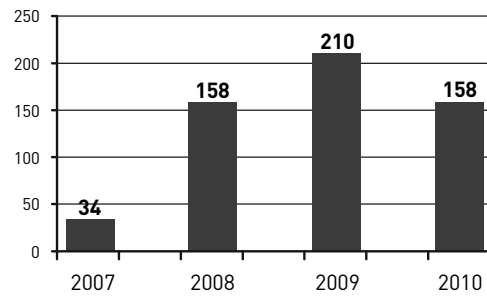
### LITOTRICIAS EXTRACORPÓREAS

EXTRACORPÓREAS	2007	2008	2009	2010
SOLICITUDES	109	302	334	241
AUTORIZADAS	72	200	222	162
ALTAS	34	158	210	158

#### EXTRACORPÓREA AUTORIZACIONES



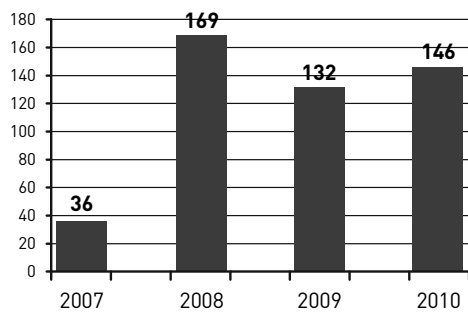
#### EXTRACORPÓREA ALTAS



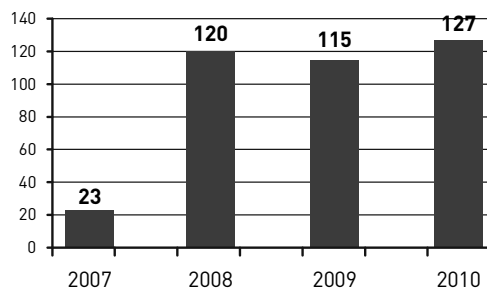
### PROCEDIMIENTOS ENDOUROLÓGICOS

ENDOUROLÓGICAS	2007	2008	2009	2010
SOLICITUDES	53	199	176	170
AUTORIZADAS	36	169	132	146
ALTAS	23	120	115	127

#### ENDOUROLÓGICOS AUTORIZADOS



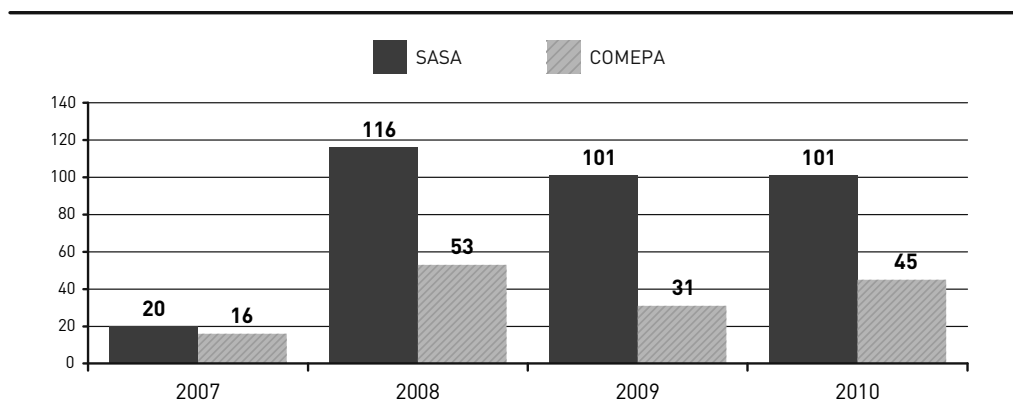
#### ENDOUROLÓGICOS ALTAS



### PROCEDIMIENTOS ENDOUROLÓGICOS POR PRESTADOR

ENDOUROLÓGICAS	2007		TOTAL	2008		TOTAL	2009		TOTAL	2010		TOTAL
	SASA	COMEPA		SASA	COMEPA		SASA	COMEPA		SASA	COMEPA	
SOLICITUDES	35	18	<b>53</b>	137	62	<b>199</b>	136	40	<b>176</b>	118	52	<b>170</b>
AUTORIZADAS	20	16	<b>36</b>	116	53	<b>169</b>	101	31	<b>132</b>	101	45	<b>146</b>
ALTAS	10	13	<b>23</b>	68	52	<b>120</b>	86	29	<b>115</b>	83	44	<b>127</b>

### ENDOUROLÓGICOS AUTORIZADOS POR PRESTADOR



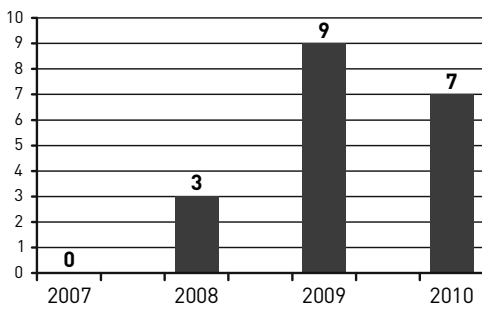
En cuanto a las Radioneurocirugías y Radioterapias E. Fraccionadas se recibieron y autorizaron:

- 26 solicitudes para Radioneurocirugía, de las que se autorizaron 19
- 17 solicitudes para Radioterapia E. Fraccionada, de las que se autorizaron las 17

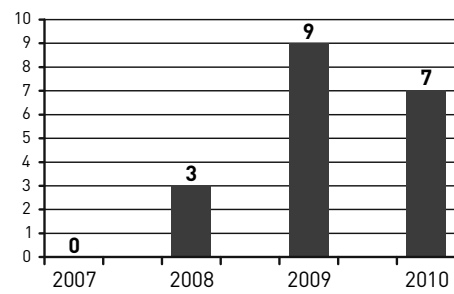
### RADIONEUROCIRUGÍAS

RADIONEUROCIRUGÍA	2007	2008	2009	2010
SOLICITUDES	4	5	9	8
AUTORIZADAS	0	3	9	7
ALTAS	0	3	9	7

#### RADIONEUROCIRUGÍAS AUTORIZADAS



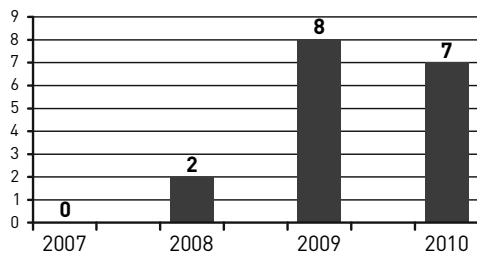
#### RADIONEUROCIRUGÍAS ALTAS



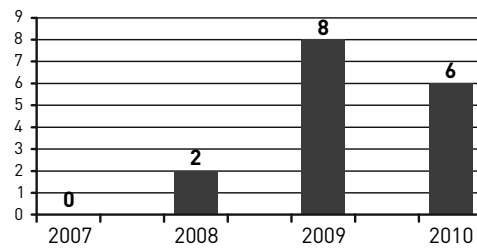
### RADIOTERAPIAS E. FRACCIONADAS

RADIOTERAPIA E. F.	2007	2008	2009	2010
SOLICITUDES	1	1	8	7
AUTORIZADAS	0	2	8	7
ALTAS	0	2	8	6

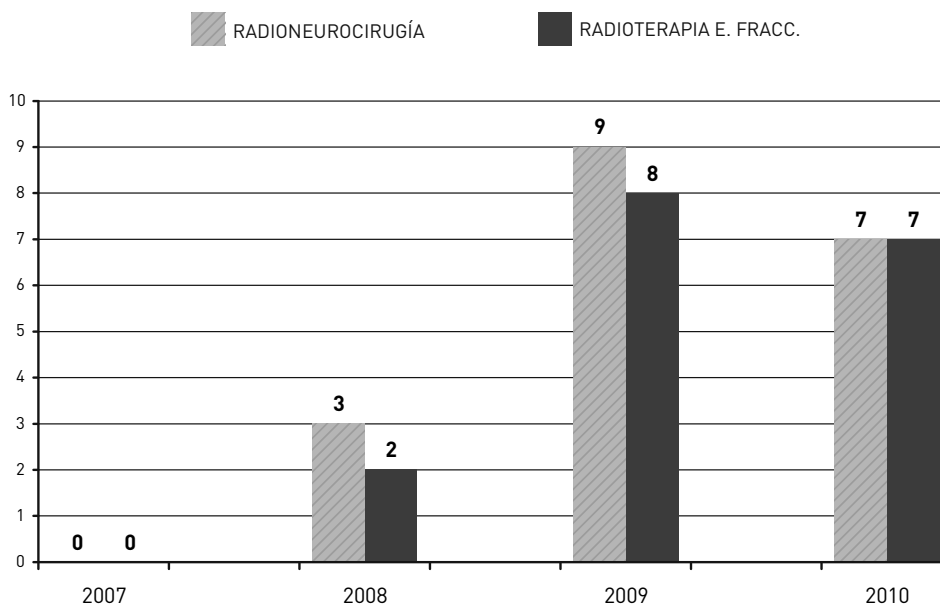
#### RADIOTERAPIAS ESTEREOTÁXICAS FRACCIONADAS AUTORIZADAS



#### RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACCIONADA ALTAS



**COMPARATIVO DE AUTORIZACIONES  
RADIONEUROCIURUGÍAS Y RADIOTERAPIAS E. FRACC.**



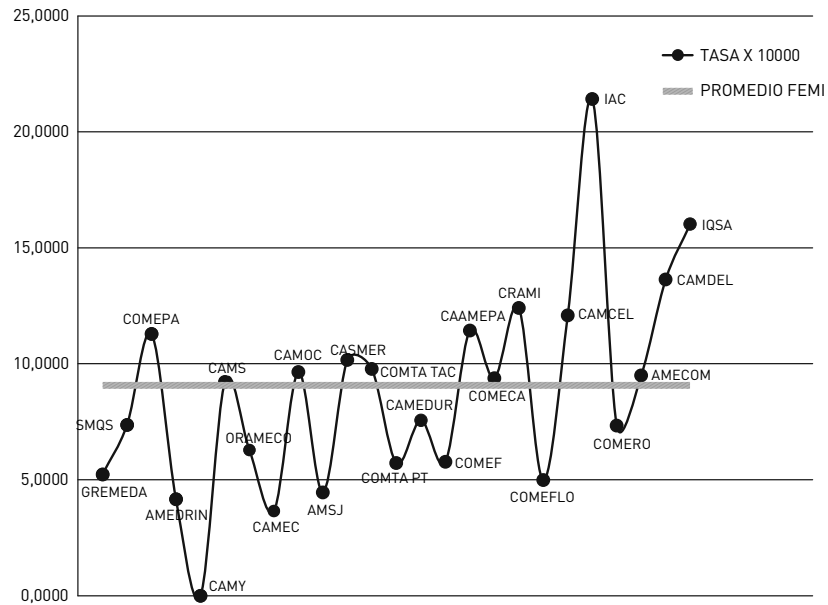
Se elaboraron planillas con los datos de la Tasa de autorizaciones para cada una de las técnicas en cada una de las instituciones.

El dato de la "Tasa de autorización" lo que muestra, es la utilización que da cada institución, de cada una de las técnicas por cada 10000 afiliados. Esto muestra la incidencia en el total de procedimientos, proporcionalmente, más allá de la cantidad de afiliados que pueda tener cada una de las instituciones.

Se grafican todos los datos para cada una de las técnicas, estableciendo la Tasa Promedio de FEMI.

**TASA DE AUTORIZACIONES  
LITOTRICIAS EXTRACORPÓREAS  
2007 - 2010**

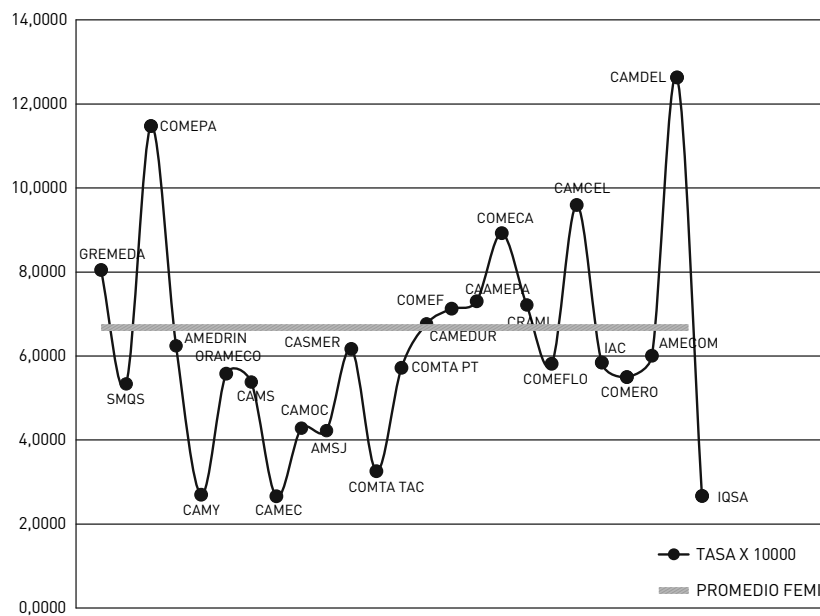
GREMEDA	13
SMQS	40
COMEPA	60
AMEDRIN	4
CAMY	0
CAMS	38
ORAMECO	7
CAMEC	11
CAMOC	18
AMSJ	19
CASMER	28
COMTA TAC	30
COMTA PT	3
CAMEDUR	19
COMEF	17
CAAMEPA	36
COMECA	41
CRAMI	43
COMEFLO	6
CANCEL	34
IAC	44
COMERO	24
AMECOM	68
CAMDEL	41
IQSA	12



**PROMEDIO FEMI: 9,0656**

**TASA DE AUTORIZACIONES  
LITOTRICIAS ENDOUROLÓGICOS  
2007 - 2010**

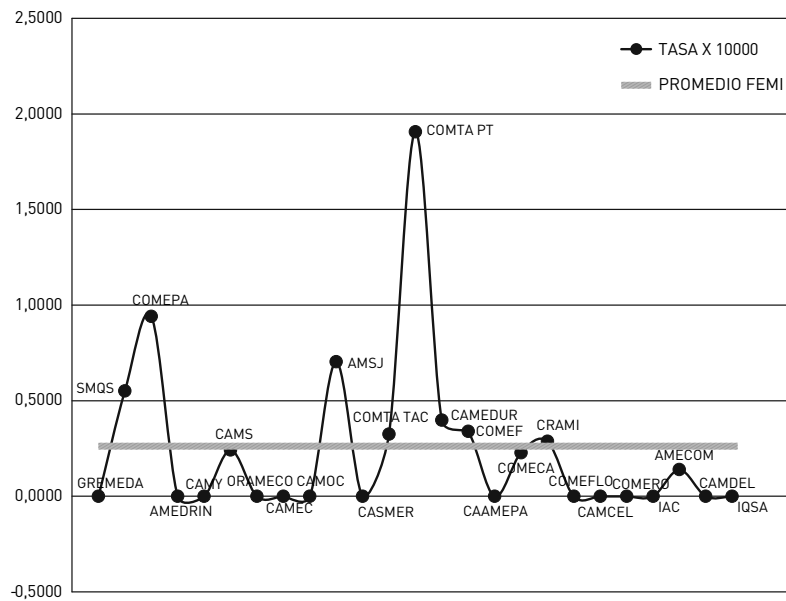
GREMEDA	20
SMQS	29
COMEPA	61
AMEDRIN	6
CAMY	2
CAMS	23
ORAMECO	6
CAMEC	8
CAMOC	8
AMSJ	18
CASMER	17
COMTA TAC	10
COMTA PT	3
CAMEDUR	17
COMEF	21
CAAMEPA	23
COMECA	39
CRAMI	25
COMEFLO	7
CANCEL	27
IAC	12
COMERO	18
AMECOM	43
CAMDEL	38
IQSA	2



**PROMEDIO FEMI: 6,6748**

**TASA DE AUTORIZACIONES  
RADIONEURCIRUGÍAS  
2007 - 2010**

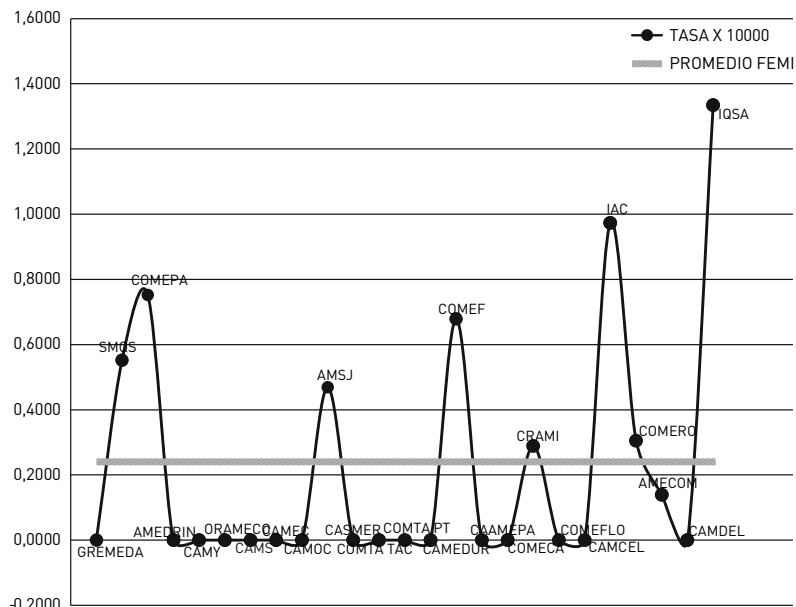
GREMEDA	0
SMQS	3
COMEPA	5
AMEDRIN	0
CAMY	0
CAMS	1
ORAMECO	0
CAMEC	0
CAMOC	0
AMSJ	3
CASMER	0
COMTA TAC	1
COMTA PT	1
CAMEDUR	1
COMEF	1
CAAMEPA	0
COMECA	1
CRAMI	1
COMEFLO	0
CAMCEL	0
IAC	0
COMERO	0
AMECOM	1
CAMDEL	0
IQSA	0



**PROMEDIO FEMI: 0,2626**

**TASA DE AUTORIZACIONES  
RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACCIONADA  
2007 - 2010**

GREMEDA	0
SMQS	3
COMEPA	4
AMEDRIN	0
CAMY	0
CAMS	0
ORAMECO	0
CAMEC	0
CAMOC	0
AMSJ	2
CASMER	0
COMTA TAC	0
COMTA PT	0
CAMEDUR	0
COMEF	2
CAAMEPA	0
COMECA	0
CRAMI	1
COMEFLO	0
CAMCEL	0
IAC	2
COMERO	1
AMECOM	1
CAMDEL	0
IQSA	1



**PROMEDIO FEMI: 0,2349**

El aporte inicial que realizaban las instituciones para financiar el fondo, era de \$ 2.- por afiliado (agosto/2007). Se realizaron los incrementos correspondientes, quedando en julio 2010 un aporte de \$ 2,4580.-

**APORTES Y GASTOS**  
EN PESOS URUGUAYOS

<b>LITOTRICIAS Y RADIONEUROCIRUGÍAS</b>	
FECHA	APORTE
INICIO (AGO/2007)	2,0000
ENERO/2007	2,0800
JULIO/2007	2,0377
ENERO/2008	2,0677
ENERO/2009	2,1091
JULIO/2009	2,2131
ENERO/2010	2,3237
JULIO/2010	2,4580

<b>LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA</b>	
FECHA	APORTE
INICIO (SET/2010)	0,9995

Valores sin el 10% de IVA básico

Durante el año 2007 se recaudó \$ 5.637.929, hubo egresos por \$ 3.024.655, con un saldo favorable de \$ 2.613.274.-

En el año 2008 se recaudó \$ 15.525.758, y egresaron \$ 10.019.978, con un saldo favorable de \$ 5.505.780.

En el año 2009 se recaudó \$ 17.185.759, y egresaron \$ 10.919.492, con un saldo favorable de \$ 6.266.267.

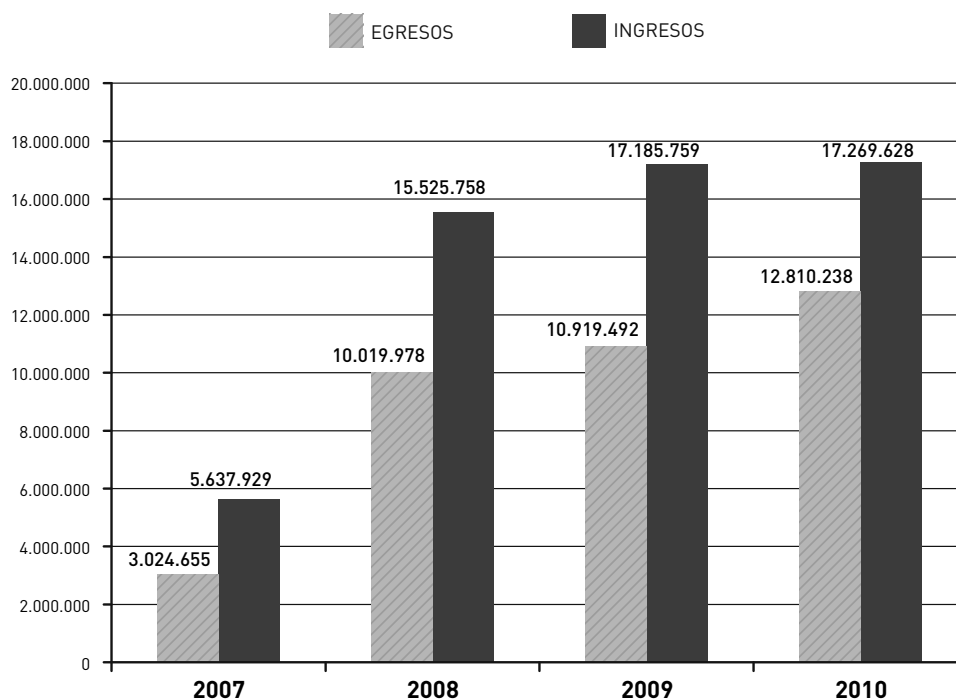
En el año 2010 se recaudó \$ 17.269.628, egresaron \$ 12.810.238, con un saldo favorable de \$ 4.459.390.-

En resumen, para el total del período, se recaudó \$ 55.619.074.-, hubo egresos por \$ 36.774.363.- con un saldo favorable de \$ 18.844.711.-

**APORTES Y GASTOS**  
EN PESOS URUGUAYOS

<b>AÑO</b>	<b>INGRESOS</b>	<b>EGRESOS</b>	<b>SALDO</b>
2007	5.637.929	3.024.655	<b>2.613.274</b>
2008	15.525.758	10.019.978	<b>5.505.780</b>
2009	17.185.759	10.919.492	<b>6.266.267</b>
2010	17.269.628	12.810.238	<b>4.459.390</b>
	<b>55.619.074</b>	<b>36.774.363</b>	<b>18.844.711</b>

**APORTES Y GASTOS**



A partir de Setiembre/2010, se incluyó dentro de la cobertura del FOFEMI la Leucemia Mieloblástica Aguda.

Para dicha técnica, se acordó un financiamiento máximo tope de \$ 642.000.-

Al aporte general del FOFEMI, en Setiembre/2010 se le sumó \$ 0,9995 para cubrir el financiamiento de la Leucemia Mieloblástica aguda.

Se recaudó lo correspondiente a Setiembre y Octubre, un total de \$ 1.351.408.-

Hasta Octubre/2010 se registraron 6 ingresos de pacientes para realizarle el tratamiento.

**DR. SANTIAGO SPADAFORA\***

## **EL ROL DEL MÉDICO EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN EL MODELO SANITARIO DE UN PAÍS**

**\* Director de la Especialización en Administración Hospitalaria de la  
Universidad Isalud de Buenos Aires-Argentina**

Muchas gracias, buenas tardes a todos los presentes, quisiera ante todo agradecer por haberme invitado a participar en este VII Encuentro Nacional de FE.M.I., en la persona del Presidente del Comité Ejecutivo Dr. Egardo Mier, les transmito un afectuoso saludo de parte del Alma Mater de nuestra Universidad como decía el Dr. Luis Noya y el buque insignia de la Fundación cuyo padre está acá presente, don Mario González Astorquiza.

Hoy me decía Don Mario que les enviaba un saludo a todos los médicos, en el Día del Médico, y les comento que en Buenos Aires también hoy se festeja dicho día.

Verdaderamente, estoy muy complacido y los tres estamos complacidos de estar aquí, primero por los temas que este Encuentro ha tratado, el hecho de abordar temas tan importantes como el Trabajo Médico, como los costos de las patologías, como los sistemas de información, creo que habla por sí de la importancia del trabajo que Uds. han desarrollado. En primer lugar quisiera comentarles cuales han sido las actividades desarrolladas a lo largo de mi carrera profesional.

Inicialmente era anestesiólogo y ejercí por muchos años y como me gustaban los pacientes críticos me fui volcando a la terapia intensiva y cuando en un Hospital grande de alta complejidad de Buenos Aires alcancé a ser Jefe de un Servicio de Terapia Intensiva, se me convocó a la Dirección del Hospital.

Yo no tenía ninguna preparación, era Jefe de un Servicio pero entre nosotros es muy habitual que a los Jefes de Servicios se los pueda convocar especialmente si son de la corriente política que gobierna, que se los llame para dirigir las organizaciones más complejas que existen en el mundo.

No hay organización multi- producto como la hospitalaria, porque tiene en la elaboración de productos que son difíciles de definir, la intervención de múltiples artesanos profesionales con largos años de formación universitaria.

¿Qué producto, qué servicio que ustedes conozcan donde interviene directamente el cuerpo de un ser humano está en ese proceso de atención asistido por tantos profesionales, con tanta carga de formación y que se requiere una coordinación muy alta?.

Y no es solo una empresa donde el producto es tan particular y donde se requieren tantas competencias profesionales trabajando en equipos multidisciplinares altamente coordinados, se trata también de una empresa con alta tecnología de punta, con una característica que es una escuela de formación y es un instituto de investigación.

Todo eso no es fácil de gestionar y lamentablemente es tradición en estos países, en nuestros países latinoamericanos que esta gestión caiga en manos de personas que no tiene las competencias y no existen carreras como Francia, en España actualmente o en Italia, donde el que debe acceder a los puestos de conducción requiere de una formación muy particular. Hecha esta pequeña introducción, permítanme focalizar la charla que en cuarenta y cinco minutos voy a desarrollar para luego poder compartir con ustedes alguna inquietud que puedan tener, permítanme centrarme en un concepto que está muy en la jerga, en el argot de la gestión hospitalaria que es la relación de agencia, en mi presentación de hoy quisiera hacer a modo de un mapa conceptual una red de algunos núcleos de estos conceptos que los voy a ir articulando para hacia al final, llegar a alguna conclusión.

Y quiero partir de este concepto, de la relación de agencia que no se si ustedes están muy familiarizados con esto.

Tradicionalmente siempre se ha hablado que los médicos somos doble agentes, porque somos agentes del paciente y somos agentes del financiador.

Que quiere decir esto?

La relación de agencia, la clave de la relación de agencia es la asimetría de la información. Nosotros en la vertiente de la relación médico - paciente se supone y de hecho lo es, que tenemos mayor conocimiento, que podemos tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud de las personas en virtud de conocimiento que tenemos.

De hecho, las personas confían tanto que aceptan lo que nosotros decimos, de cuales son los estudios y los tratamientos que ellos deben hacer, confían en nuestro conocimiento, de cual es el mejor camino para cuidar su salud.

Claramente ese es un aspecto donde el paciente exige lo mejor, todo lo disponible para que se le cure, se le restaure la salud.

Pero a su vez nosotros tenemos otra relación de agencia donde el principal en esta caracterización de asimetría de la información, el financiador deposita en nosotros recursos en el entendimiento de que tenemos el conocimiento de cómo gestionarlos, administrarlos para recuperar la salud de los pacientes para acá con otro criterio, el financiador que se alinea con el administrador de la organización le dice al profesional médico "si pero no mucho, lo necesario, eficiencia" por lo cual el profesional médico en esta doble relación de agencia tiene un tironeo muy importante entre el paciente que le pide todo, y lo mejor y el financiador que dice "si pero no mucho".

Ahora bien porque elegí este aspecto en la gestión hospitalaria, no voy a hablar de la actividad individual médica, si voy a hablar de la colectiva en un hospital.

## **EL ROL DEL MÉDICO EN LOS SERVICIOS Y EN LA MODELACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD DE UN PAÍS.**

Este aspecto de la asimetría de la información, es un aspecto que se está modificando desde los dos lados, desde el lado del paciente cada vez más está el empoderamiento presente y como parte del ese empoderamiento, el mayor conocimiento no solo de su salud sino también de las prácticas que hoy están disponibles, con datos muy precisos que se encuentran fácilmente por Internet, con lo cual es otro paciente que viene a esa relación de agencia.

La asimetría de la información a veces no es tal, pacientes con enfermedades crónicas conocen mucho de esas enfermedades y hoy tienen acceso a información de un modo muy fácil y transparente con lo cual, esa asimetría está cambiando.

### **¿QUÉ PASA CON EL FINANCIADOR?**

También está cambiando. Anteriormente bastaba con decirles a los financiadores que “nuestra misión es salvar vidas, necesito estos recursos” y más o menos todo se encaminaba a conseguir los recursos.

Ahora desde el lado del financiador hay muchas más competencias y mucha más información disponible con lo cual, no es esa asimetría de la información algo que sea tan marcada como lo era antes.

Por eso elegí la información que es clave de esta nueva sociedad que nace del conocimiento, es el eje sobre el cual voy a centrar mi charla y voy a tratar de articular los puntos que siguen.

Mirando críticamente este aspecto de doble agente, que siempre somos y seguimos siendo, pero nada más que en otras condiciones.

Ahora bien, miremos que pasa en el mundo, en todos los sistemas de salud ha habido reformas frente a crisis.

Parece que el sistema de salud está siempre en crisis y que requiere de reformas con distintos matices, con distintas características pero que tienen algunos comunes denominadores que quiero compartir con ustedes.

Todas las reformas de salud y que van varias por número de generaciones, tienen como objetivo central y hoy yo escuchaba a Alvaro diciendo del derecho a la salud.

Ya todos los sistemas de salud consideran que el paciente, el ciudadano es el centro del sistema de salud, que la salud es un derecho y que además es un proyecto de la misma sociedad que impulsa que esto sea un derecho.

Por lo tanto, el hecho que el paciente sea el eje del sistema es clave, desde uno de los aspectos principales.

Un poco parafraseando a Fabián Leiva que decía cuando se presentó el sistema de información, mencionó el qué, cómo, el donde y eso me hizo recordar a un poeta hindú quien tuvo un dicho que decía “cinco sabios me enseñaron todo lo que yo conozco. Esos sabios fueron

que quien, donde, como y por qué”. Yo le agregaría también para quién. Este para quién en todos los sistemas de salud hoy es bien claro. La razón de ser de los sistemas de salud y obviamente de todas las organizaciones que dentro de él están, es el paciente.

Sin paciente no existe sistema de salud y esto lo tenían bien claro los directores de los hospitales de caridad del medioevo, que cuando eran de órdenes religiosas se acercaban al paciente y le decían gracias por permitirme cumplir con la misión.

La misión claramente era el cuidado de la salud de los pacientes.

Esto en todas las reformas empieza por ahí.

En las prestaciones también ha habido un avance en la definición, en tratar que no sea damos de todo, sino decir cuales son las prestaciones, que cada organización tiene como paquete de prestaciones de servicios para brindar. Especialmente en las públicas donde esto no quedaba bien claro, representaba un gran esfuerzo.

¿Quién, quiénes son los prestadores, los públicos, los privados y donde están?

La ubicación geográfica. El gran eje de la reforma es quienes son las redes de servicios. Hoy no se interpreta la atención episódica aislada y desarticulada, sino como un conjunto de prestaciones articuladas con responsabilidades bien claras, en cada uno de los efectores que tienen que brindarlas.

También hubo un gran avance en las reformas, definiendo distintos modelos en el como y también en el con qué (financiamiento).

Con respecto al como, un poco y completando esto de la red de servicios, desde Alma Ata que impulsó la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, lo importante es acercar los recursos allí a donde las personas viven, y hoy inclusive con los sistemas de información llegamos a los hogares de nuestra población.

Ha habido una evolución, se han derrumbado o se ha intentado derrumbar los muros de las organizaciones y hacer que las mismas, claramente interactúen para brindar mejores servicios y que ellos sean continuos.

Esto es bien clave especialmente en la atención de las patologías crónicas.

Ustedes saben que hay estudios hechos por la OMS, donde la carga global de la enfermedad se está desplazando, desde las enfermedades agudas a las enfermedades crónicas.

Para el año 2020 se espera que el 80% de esta carga sea en enfermedades crónicas.

Y a nosotros, los servicios de salud en general, nos ha costado avanzar para organizarnos de modo que podamos enfrentar el principal desafío, que es revertir el bajo grado de adherencia de los pacientes que tienen enfermedades crónicas y que no siguen los tratamientos que les indicamos.

Por ello reafirmo, nosotros damos tratamientos pero los pacientes crónicos tienen baja adherencia.

En los países en desarrollo tienen muy baja adherencia, de un 20%.

En los países desarrollados tienen el mismo problema 50% de adherencia.

O sea 50% de los pacientes en países desarrollados no continúan con los tratamientos que son indicados. Nosotros estamos un poquito peor el 80%....

Con lo cual tratando de articular mi exposición con los sistemas de información cada vez más presentes en el acto médico, la información y la comunicación llegan a tener relevancia. En la relación médico- paciente esta comunicación es clave para convencer de que tiene que hacerse algunas cosas y hoy los sistemas de información y de comunicación, las TICs, nos facilitan la vida como vamos a ver más adelante, también nos generan algunas dificultades o amenazas que tenemos que tener bien presentes.

Con respecto al financiamiento, las reformas de salud lo que han tratado de hacer son dos grandes cosas, tratar de modificar el financiamiento de la oferta por un financiamiento de la demanda.

En general los servicios de salud están financiados de modo tal que existan los servicios, pero no se financia la demanda de esos servicios y mucho menos los resultados de esa demanda. El otro gran eje dentro del financiamiento salir de la fragmentación de los financiamientos.

Todos los sistemas de salud intentan juntar los recursos y tener un financiamiento único o por lo menos más cercano a un gran poder de compras de servicios y no una fragmentación de este poder de compra.

Que lecciones uno ha visto que son las lecciones aprendidas de las reformas de los servicios de salud, tanto europeos como algunos que hemos transitado en Latinoamérica.

Hay muchas lecciones aprendidas, me voy a centrar solamente en dos que aportan más a esta exposición.

Siempre ha existido a partir de la evolución de las organizaciones proveedoras de servicios de salud, una tensión entre quien administra y viene de las disciplinas de la economía de la salud, con los proveedores de servicios especialmente los médicos.

Ha habido una tensión y muchas veces esa tensión ha hecho que haya luchas de poder dentro de la misma organización, enfrentamientos y muchas de las reformas intentaron imponer sobre los médicos instrumentos de gestión para que puedan mostrar mejor que es lo que hacen, como lo hacen y el resultado de lo que hacen. Esto ha fracasado. Estas antinomias administradoras y médicas, y tratar de ir en contra de los médicos o hacer que las reformas logren el objetivo sin la presencia del médico, es un fracaso de algunas reformas de los años noventa.

Hoy, en todo el mundo, se piensa que las reformas, esto de las cuestiones positivas de ir a una mayor cobertura, mayor calidad, mayor eficiencia, que en todos los sistemas de salud están planteados, son grandes valores.

Hay que darle más salud a más cantidad de personas, a toda la población, garantizándoles el acceso a los servicios de salud para que ejerzan sus derechos.

Las prestaciones tienen que ser de calidad, tienen que ir dirigidas al modelo de la Atención Primaria de la Salud, orientadas a la prevención para evitar la enfermedad y cuando están enfermos rehabilitarlos rápidamente, en definitiva curarlos.

Estos resultados que se esperan de los sistemas de salud no pueden lograrse en contra de los médicos. ¿Por qué? Hay una razón esencial.

No hay profesión tan descentralizada como la del cuidado médico. ¿Por qué? Porque en soledad con el paciente, a solas con el paciente es el médico quién decide, a las dos de la mañana si yo tengo que solicitar un estudio o indicar una terapéutica lo voy a hacer en forma totalmente descentralizada y no existen controles coactivos o imposiciones que valgan.

Siempre nos escurrimos y encontramos una alternativa. Si uno quiere que haya una conducta de los profesionales (los sistemas esto lo han aprendido) para que en conjunto con los administradores y los financiadores se logre el objetivo de brindar cuidado de salud de calidad y eficiente, hay que convencerlos.

Los médicos no son fáciles de arriar, al contrario. Y tienen por esta actividad tan descentralizada, la capacidad de generar mayores gastos inútiles o acomodarse a un protocolo, depende que estén convencidos. Por lo tanto, si hay una lección aprendida en las reformas de salud, es que no pueden ser en contra de los médicos, tienen que ser con los médicos. En esta perspectiva el instrumento que más ha sido consensuado y comenzó a expandirse en todas las organizaciones sanitarias es la gestión clínica.

La gestión clínica precisamente trata de superar esta antinomia, administradores- profesionales de la salud especialmente los médicos, ¿de qué modo? otorgándole la responsabilidad sobre los recursos y los resultados y con descentralización hacia los servicios de muchas de las funciones que estaban en los máximos niveles de conducción.

Esta gestión clínica tiene distintos ejes que son estratégicos:

- 1) Siempre está la consideración de que todo lo que uno hace, es teniendo al paciente como centro y como razón de ser del sistema.
- 2) En la descentralización donde se van transfiriendo capacidades y recursos desde los máximos niveles centrales a los periféricos, en este caso son los servicios y dentro de los servicios, los médicos.

Este aspecto importante de la gestión clínica trata de que los profesionales que están en esta actividad tan descentralizada, se involucren en costos de producción y en cual es la producción y la productividad.

En todos los sistemas de salud que han entrado en reforma así como se resaltó que el paciente es el centro del sistema y que el sistema debe funcionar articulado y en red, entrando más abajo y esencialmente en lo que toca al rol médico está el otorgarle esta responsabilidad de gestionar los recursos. Porque como les dije antes es imposible arriar a alguien, que tiene esa capacidad ahí, en la máxima descentralización en la relación médico paciente de generar gastos y productos no adecuados a los que se espera de él. Con lo cual en la reforma de los sistemas de salud y en este concepto, de no ir en contra del médico sino en involucrarlo en la cogestión de los recursos, se han centrado las reformas de los países en la última generación de reformas, porque como les dije anteriormente la generación anterior era un poco más economicista y trataba de arriar de algún modo e inducir conductas.

Evidentemente existen instrumentos de gestión que favorecen estas conductas y sobre eso vamos a hablar ahora.

Uno de los puntos de las reformas de los noventa era la capacitación de los niveles de conducción y esto es muy bueno. Como yo les dije muchos de los que fuimos jefes de servicio, directores de hospitales no teníamos la capacidad, las competencias para gestionar una organización tan compleja y que consume tanto recurso como la de un hospital. Con lo cual las reformas vieron bien y las plantearon de un modo adecuado a la capacitación en gestión de los niveles de conducción. Y muchas de las herramientas que se pusieron a disposición de los niveles de conducción fueron la planificación estratégica y dentro de la planificación estratégica esencialmente la misión.

Hoy es clave conocer cual es la misión de las organizaciones, cual es la cartera de servicios, con que valores voy a prestar un servicio, con que calidad, con que eficiencia, con que solidaridad, con que niveles de eficacia. Con lo cual planificación estratégica, planificación operativa, planes anuales de cada uno de los servicios, En general nuestros servicios están poco habituados a realizar una planificación de actividades dando cuenta de cuales son las horas profesionales que es el principal recurso de estos servicios, más insumos más equipos, etc., que relación tienen con la producción anual de estos servicios.

Un gran problema en Latinoamérica, porque en el mundo está resuelto es como medimos la producción hospitalaria.

Hoy seguimos hablando en general, de egresos sin llegar a homogeneizarlos en todo el mundo existen sistemas de clasificación pero no son aprovechados que nosotros también los tenemos. Estos datos ayudarían a medir la producción. Si no somos capaces de medir la producción de un modo homogéneo no podemos conocer el costo de esos productos y no podemos conocer la productividad. Las herramientas de gestión que fueron incorporándose a las organizaciones sanitarias en las reformas de los noventa, también incluía sistemas de información claves para la gestión y su articulación con la planificación estratégica donde los objetivos estratégicos de la organización eran mostrados y sus correspondientes metas a través de indicadores tableros comando y sus indicadores asociados.

Los programas de calidad, los programas de gestión de recursos humanos por competencias.

Todas esas capacitaciones estuvieron más o menos disponibles en la reforma para los niveles de conducción. Pero hoy en esta visión de que hay que involucrar a los médicos en la gestión de lo que producen con nuevas tareas administrativas, está visto que es necesario una formación en gestión para que participen y se comprometan en estos objetivos que nosotros venimos diciendo de que el paciente es el eje y el centro y que las prestaciones deben ser con eficiencia.

Otro de los instrumentos que hoy estuvieron hablando y verdaderamente a nosotros nos da mucha envidia, ver como FEMI ha ido avanzando a pesar de esto que también ustedes veían de las incertidumbres, es el sistema de información.

Claramente si hay algún instrumento de gestión que es clave hoy para avanzar en proceso de tomas de decisión orientados en la dirección que yo les decía, son los sistemas de información con dos o tres patas que hoy también se hablaron.

- 1) Los sistemas de información transaccionales donde todo queda registrado, todas las transacciones del paso del paciente por el sistema.
- 2) La historia clínica electrónica y su anexo que es el repositorio de datos clínicos. Obviamente que a partir de ahí la posibilidad de extraer datos, analizarlos, y agregarlos orientados a las necesidades de quién requiere la información es clave.

Ciertamente que el avanzar hacia una expansión de los sistemas de información informatizados para registrar todas las actividades del sistema de salud en una historia clínica electrónica, en un sistema de información transaccional que luego permita obtener información gerencial para la toma de decisiones, es muy positivo para brindar una atención integrada e integral a los pacientes. Es muy bueno para la atención de los pacientes que los profesionales que lo vayan a asistir puedan tener on line la información que requieren para atenderlo.

Pero a la par que esto es un gran beneficio existe entre comillas una amenaza. Los sistemas de información nos desnudan y nos muestran tal cual como somos. No hay oportunidad para las conductas oportunistas que a veces uno puede llegar a tener porque antes pudieron estar ocultas entre los repliegues de la "no información".

Los sistemas de información, informatizados tienen la capacidad de mostrar en tiempo real y de forma oportuna la realidad de cual es la producción, la productividad y los costos de un modo mucho más fácil que hoy donde estos instrumentos todavía no están disponibles.

Finalmente, uno de los instrumentos que hacen también a la gestión clínica son los compromisos de gestión, los contratos de gestión. Esto que yo les decía, los compromisos que asumen los máximos niveles de financiamiento hacia los proveedores y los proveedores al interno los proveedores institucionales de los proveedores individuales en todos los sistemas de salud han evolucionado hacia una formalización de cuales son los recursos que yo voy a dar, cuales son los objetivos que yo voy a requerir, sea del financiador para el proveedor institucional, el proveedor institucional hacia el proveedor individual. Estos compromisos de gestión si son intra-organizacionales (público- público por ejemplo) o contrato de gestión si son público privados son claves para transparentar esta cuestión de los recursos y de los resultados que se obtienen con la utilización de los recursos: los productos, los costos, la productividad.

Yo creo que cuando ustedes vayan implementando cada vez más el sistema de información que hoy presentaron van a tener una buena oportunidad de poner en práctica estas cuestiones claves que los sistemas de salud del mundo han tratado de avanzar, que es la continuidad de la atención de los pacientes. Los va a ayudar muchísimo a integrar los fragmentos de las diversas atenciones y les va a permitir tener una mirada más integral. Además les va a permitir tener en tiempo real información para la toma de decisiones.

Pero a su vez van a tener información muy precisa de lo que es la producción y la productividad y en situaciones como las nuestras de los países latinoamericanos donde hay situación de pluri empleo, muchas veces sin sistema de información informatizados, no queda bien claro cual es la producción y la productividad. Sin embargo, ahora con estos sistemas de información va a haber una ventaja comparativa que ustedes van a tener por el hecho de conocer tener información clave para la toma de decisiones.

Pero también como les decía al principio esta cuestión de la relación de agencia donde el médico antes detentaba una gran asimetría de la información frente al paciente y frente al

financiador, hoy las modernas tecnologías de la información y de la comunicación así como nos ayudan a gestionar mejor disminuyen esa asimetría de la información, facilitan el empoderamiento de las personas para que ejerzan su derecho a la salud y permiten al financiador tener más control sobre el gasto en salud que es otro de los impulsores de las reformas de los sistemas de salud, el creciente aumento del gasto en salud.

No solo los sistemas de información hoy facilitan estas cosas que yo les vengo diciendo sino que otra estrategia de los sistemas, para tratar de brindar una mejor calidad de la atención y para disminuir la variación de la actividad médica, son las guías de diagnóstico y procedimiento. Esa es otra estrategia que está dentro de la gestión clínica.

Como les había dicho el tema de consideración del paciente como eje, el sistema de información, la descentralización, el empoderamiento de los médicos, de la responsabilización de los médicos en la producción y los costos de producción. Les había hablado también de la gestión integral de los procesos, los sistemas de información dentro de lo que es este concepto, este modo moderno de la gestión clínica nos permite fácilmente avanzar sobre la gestión integral de procesos, esto que les decía y especialmente en las enfermedades crónicas la necesidad que tenemos como sistema de salud de garantizarle al paciente una continuidad de la atención.

Lo esencial es que para cada nivel de la red asistencial existen las responsabilidades claras de que se debe hacer, donde se debe hacer y como se debe hacer. Estos instrumentos que hacen a la gestión clínica junto con los compromisos de gestión los sistemas de información y la responsabilización con incentivos. Retomo un poco lo que dije al principio de la charla, cuando uno quiere implementar modelos de gestión clínica no pueden ser sobre organizaciones hospitalarias poco maduras en la gestión de servicios. Tienen que ser organizaciones que han avanzado hacia la planificación estratégica, la planificación operativa, hacia programas de calidad, con sistemas de información, con experiencia fundamentalmente en todo lo que hace al comportamiento organizacional, comportamiento que hace referencia al liderazgo, a la motivación a la negociación, al clima organizacional, a las condiciones de trabajo que claramente al momento de la implementación de un modelo de gestión clínica son claves, especialmente el liderazgo. Sin liderazgo, sin tener bien claro cual es la misión y como tener la capacidad de encolumnar a los miembros de la organización hacia el cumplimiento de la misión, es imposible. Como síntesis como la información que antes parecía que era un privilegio casi de los semi dioses como somos nosotros los médicos hoy ha cambiado el paciente va a ser cada vez más empoderado, va a tener más conocimientos de las enfermedades, va a participar más no solo en las decisiones respecto a la propia salud sino también en la gestión de los servicios públicos. En este proceso las reformas también han tratado de fortalecer la capacidad del estado de ser rector de los sistemas de salud. Todas las reformas han planteado un estado fuerte y regulador con lo cual se garantice este derecho.

Para cumplir con ese rol los estados están avanzando con sistemas de información poderosos. Con lo cual sea del lado del paciente o sea del lado del principal financiador, esa información en plus que nosotros teníamos, esa asimetría de la información cada vez es menos. Son nuevos escenarios que tenemos que tener en cuenta para la organización de nuestros servicios y para poder alcanzar lo que en esta jornada se estuvo discutiendo acá, como a través de estas herramientas poder la organización cumplir mejor con la misión y atender de un modo más satisfactorio y más eficaz la salud de las personas.

Muchas gracias.

## VII ENCUENTRO NACIONAL DE FEMI - PIRIÁPOLIS 2010

# MENSAJE DEL PRESIDENTE DE FEMI

## DR. EGARDO MIER EN EL ACTO DE CIERRE

“Señor Presidente de la JUNASA, Señor Director de la Unidad de Descentralización, Señores Representantes Nacionales, ilustres y reconocidos visitantes, queridos compañeros, queridos y apreciados compañeros del Comité Ejecutivo, que delegan en mi una vez más la responsabilidad de cerrar este 7mo. Encuentro, Doctor Baltasar Aguilar es un gusto verlo.

No voy a ser muy extenso porque ya he tenido oportunidad en estas dos jornadas de dirigirme un par de veces a ustedes por lo cual van a ser muy pocos los minutos y mis palabras.

Primero quiero darles un apretado y fuerte abrazo a todos porque reivindicamos hoy, en nuestro día el orgullo de ser médicos y digamos que es una satisfacción que nuestro día nos encuentre trabajando juntos, unidos en toda esta temática tan importante que tenemos los médicos del interior pensando nuestra organización, mirándola hacia atrás, mirando lo acontecido durante todo el año y aquí van las primeras gracias por vuestra coherencia, por vuestra firmeza, por vuestro apoyo, por vuestra capacidad de propuesta.

En ese sentido va nuestro enorme reconocimiento hacia todos ustedes y allí quiero atar nuestro primer mensaje, que es el de la unión. La unión de nuestras dos vertientes gremiales y asistenciales que en una fórmula mágica de convivencia, permite que la Federación sea lo que es. En ese mirar hacia atrás hay muchas cosas hechas, pero como siempre pasa, siempre es más lo que queda por hacer que lo realizado. Y queda por hacer mucho. Estuvimos poniéndonos al día con los informes de nuestras distintas herramientas organizacionales, el núcleo central de nuestro trabajo fue el taller y discusión de cómo se va a plantar el médico ante esta profunda reforma que atravesamos, sus nuevos roles, sus nuevas formas de trabajo, su nueva forma de remuneración, tarea a las que nos tenemos que avocar inmediatamente, pero como siempre hay que mirar hacia atrás un ratito y dar vuelta la cabeza y empezar a mirar hacia el horizonte que es un poco lo que ayer nuestra secretaria decía, que quisimos significar en la imagen que representa este 7mo. encuentro.

En el horizonte, allí vemos que nos va a encontrar en un año donde tenemos un profuso trabajo hacia la interna, donde el tema de nuestra reestructuración institucional, nuestras relaciones laborales entre instituciones y nuestros médicos y el resto del personal de la salud, seguramente va a abarcar gran parte de nuestros esfuerzos y tenemos también hacia afuera

la enorme responsabilidad de seguir siendo ejecutores principalísimos de esta reforma en el interior del país.

Y allí Sr. Ministro ya le tiro la primera, capaz que es bueno que Usted haga la fuerza para que ese proceso de sobre cuota de inversión que iba a empezar en el 2013, tirárnoslo un poquito antes para ver si podemos, quizás en el 2012 tener esa herramienta para empezar a gestionar.

Así que desde ya le decimos que siga contando con la Federación Médica del Interior. Entones ya de paso aprovecho y como usted dijo hace unos días y creo que bien, (ahí comparto lo que usted dijo) que en realidad no tuvimos mucho tiempo de prepararnos para esta reforma y lo que ha sido este crecimiento de más del 30%, quizás en algún lado hasta del cuarenta que hemos tenido en nuestra masa de afiliados y en nuestra responsabilidad que tenemos de asistirlos.

Bueno ahora con lo que se viene, tenemos la enorme responsabilidad de prepararnos. Ya estamos pensando en eso y nos imaginamos una Federación que en poco tiempo, en el correr de los meses va a pasar de los setecientos y pico de mil afiliados seguramente al millón de afiliados y quizás algunos más. Y allí Señor Ministro ya le tiro la primera, capaz que es bueno que usted haga la fuerza para que ese proceso de sobre cuota de inversión que iba a empezar en el año 2013, tirárnoslo un poquito más adelante para ver si podemos, quizás que en el 2012 tener esa herramienta para empezar a gestionar.

Queridos compañeros todos, en la unión, en la particularidad de la unión de nuestra organización está nuestra principal arma. Cuanto más fuerte, organizados y cohesionados estén nuestras instituciones más tranquilidad tendrá la gente a la que asistimos y más tranquilidad tendremos los médicos y los compañeros trabajadores de la salud con nuestras fuentes de trabajo. Pero también al revés, cuanto más participación, cuanto más logremos integrar a nuestros colegas, cuanto más los hagamos sentir el sentido de pertenencia, también nuestras instituciones van a poder estar más tranquilas porque el principal recurso, el eje de todo esto que es el tema de la salud, es el recurso humano y no tengan dudas que es el médico.

Y esta noche los convoco y los invito a elevar un brindis por nuestra hermosa profesión tan agredida, tan vilipendiada y hoy tan menoscabada en general por la opinión pública.

Que tengan felices retornos y de corazón en nombre del Comité Ejecutivo y de mis compañeros, feliz retorno y felices fiestas.”

Impreso en Imprenta Boscana SRL  
en el mes de Mayo de 2011



Cufré 1781 C.P. 11200  
Tel.: (598 2) 1750  
Fax: (598 2) 400 5835  
Montevideo Uruguay  
femi@femi.com.uy  
[www.femi.com.uy](http://www.femi.com.uy)