



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INFORME DE LA GESTIÓN
1° de Marzo - 31 de Diciembre 2005**

A diez meses de haber asumido el gobierno resulta pertinente llevar a cabo una primera evaluación general de las actividades realizadas por parte de esta cartera. Esta evaluación primaria tiene por fin contribuir al proceso de rendición de cuentas gubernamental, en el entendido de que la transparencia en la gestión administrativa y política es un principio cardinal para nuestra fuerza política. También resulta necesario en tanto un aporte al aprendizaje de la acción de gobierno, la cual siempre puede ser corregida y mejorada.

Debemos señalar que nuestra gestión al frente de la cartera contó con una importante ventaja desde su arranque. Esto es, un diagnóstico preciso de la situación sanitaria del país, fruto del trabajo de militantes e intelectuales que supieron brindar su aporte desinteresado a la elaboración programática de la fuerza política. Dentro de ese diagnóstico se destacaba la desigual capacidad resolutive y baja eficiencia de los servicios, tanto públicos como privados, y el acceso inequitativo a la atención de la salud, que se traduce en la existencia de importantes sectores de la población sin cobertura real de sus necesidades de atención.

Por esa razón nuestro programa de gobierno se enmarca en el compromiso de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud. Para ello hemos puesto en marcha un proceso de cambios que se encaminan a la **transformación del modelo de atención, el sistema de salud y sus mecanismos de financiamiento. Nuestra meta es que todos los uruguayos reciban atención integral a sus necesidades de salud mediante un sistema nacional integral mixto, financiado por un seguro nacional de salud.**

Para tal fin, hemos comenzado un proceso de cambios, basado en un plan a corto y mediano plazo enmarcado en el Programa de Gobierno, el cual pretendemos plasmar con la mayor participación de todos los actores sociales e institucionales. En este informe presentamos entonces los principales avances en las diferentes áreas de trabajo de este ministerio, de acuerdo al plan de trabajo previamente establecidos.

1) CAMBIOS EN EL MODELO Y SISTEMA ASISTENCIAL DESDE ASSE

La aplicación efectiva de una estrategia de **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD** implica poner en el centro de todo el sistema a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Partiendo de un concepto integral de la salud, dicha estrategia debe abarcar todos los niveles de atención. Pero el énfasis primario debe estar en el Primer Nivel de Atención, utilizando toda la infraestructura existente en los Centros de Salud, las policlínicas, consultorios zonales, etc. Mediante su fortalecimiento, se crea un sistema que coordinará la acción en todos los niveles de atención y de los diferentes efectores de salud, siendo esto decisivo para el cambio de modelo asistencial y el logro de una cobertura universal.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta el aumento de usuarios de salud pública, que ha sido constante durante el 2005, a partir del ingreso de nuevos usuarios captados por el Ministerio de Desarrollo Social en el marco del PANES. El desarrollo del Plan de Emergencia ha contribuido a incorporar nueva población a la atención en salud, que hoy se beneficia de los niveles de acceso, en particular en el primer nivel de atención.

Para el logro de este objetivo han sido fundamentales varias medidas que se han tomado en estos diez meses:

- En primer lugar la regionalización puesta en funcionamiento en todo el país a través del funcionamiento de 22 Regiones, 3 en Montevideo, 2 en Canelones y 17 más, (una por cada uno de los otros Departamentos), con un Coordinador de la red de ASSE, generando un real acercamiento de los niveles centrales con la población de las mismas y su realidad social y sanitaria.
- Esta regionalización ya está posibilitando la puesta en marcha, en un importante número de regiones, de convenios con Intendencias, Instituciones de Medicina Colectiva y Organizaciones Sociales para desarrollar complementación de servicios y/o programas dirigidos a problemas prioritarios en dichas regiones.
- El fortalecimiento de la red ASSE de primer nivel con recursos humanos y materiales, tanto en equipamiento y planta física para aumentar la resolutivez y potenciar esfuerzos como está ocurriendo en muchas regiones con convenios con Intendencias, instituciones de asistencia colectiva y organizaciones comunitarias.
- La remodelación en curso de varios hospitales, en particular el proyecto en proceso de ejecución de obras para transformar el Hospital Saint Bois en un hospital general de segundo nivel con servicios de medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia con 150 camas al servicio de la zona norte de Montevideo.
- La reorganización del Programa Médicos de Familia, donde la unidad centralizada ha sido sustituida por la integración del primer nivel, donde cada médico de familia depende del Centro de Salud de su región y realiza una tarea directa y real de acercamiento a los ciudadanos distribuidos en todo el país urbano y rural.
- La reestructura de la Red de Asistencia del Primer Nivel RAP-ASSE (ex SSAE) y su programa de emergencia que actúa en el primer nivel de Montevideo.
- La coordinación, prevista desde 1987 y nunca desarrollada, entre todos los prestadores de salud del estado (Sanidad militar, Sanidad policial, ASSE, Servicios municipales, Entes Autónomos, BPS, etc.) para optimizar esfuerzos. Pero ahora con el propósito trascendente de conformar un servicio descentralizado público, que cumpla la misión de orientar a todo el sistema en la aplicación del modelo de

atención integral, como articulador del sistema de salud y su descentralización, penetrando en la profundidad del territorio y su malla social, que sea un referente de costos de la atención integral.

- Todo ello se fortalecerá en el futuro a partir del Presupuesto 2006–2010 con la mejora de recursos que tendrá la salud pública. Especialmente en su rubro de inversiones que alcanza en el quinquenio a 1.300 millones de pesos, más de 3 veces la inversión del período del gobierno anterior. Dicha inversión debe priorizar el primer nivel de acuerdo a la política de prioridades anunciada en el programa de gobierno.
- Además, para asegurar el financiamiento de las transformaciones, se han firmado préstamos más que beneficiosos, como el recientemente aprobado por el Ministerio de Economía por 15 millones de Euros, procedente de la cooperación italiana. El mismo está destinado específicamente al fortalecimiento del primer nivel de atención de servicios públicos, estando en pocos días, como corresponde los pliegos de licitación para las respectivas compras.
- Se recibirá también un significativo aporte del Gobierno de Venezuela, por un monto de 17 millones de dólares, para otro de los pilares del sistema de salud de nuestro país como es el Hospital de Clínicas Manuel Quintela. Y 3 millones de dólares para el nuevo Hospital de Cáncer.

2) PROGRAMAS PRIORITARIOS

Un área estratégica, desarrollada de manera insuficiente por las administraciones anteriores, es la referida a los programas de salud.

En el marco del cambio de modelo de atención la Dirección General de la Salud del MSP (DIGESA) impulsó el desarrollo estratégico del Departamento de Programas de la División Salud de la Población. Este desarrollo se realizó bajo la convicción de que la aplicación de programas orientados por la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con un enfoque poblacional, mejoran la capacidad de los equipos de salud en aspectos fundamentales. Por ejemplo, en el diagnóstico precoz, el tratamiento y rehabilitación en forma oportuna y adecuada, así como para la prevención, adquisición de hábitos saludables y el involucramiento de la comunidad organizada.

En este sentido, la DIGESA viene desarrollando con éxito programas de alcance nacional y universal, que rigen tanto para los usuarios del subsector público como del privado. Los mismos se adaptan a cada localidad, apuntando al desarrollo local sustentable, revalorizando las necesidades y los recursos existentes en cada comunidad y promoviendo desde su implantación la estrategia de Localidades Productivas y Saludables.

a) Programa Nacional de Salud Mental

Al inicio de la gestión, se formaron grupos de trabajo para el desarrollo de las líneas de acción definidas en el marco de una Política Nacional en Salud Mental (PNSM) y la atención en el primer nivel. Se encararon desde los aspectos que refieren a las unidades de salud mental de los hospitales generales y hospital psiquiátrico como la rehabilitación y asimilación plena o protegida a la actividad productiva y a la convivencia social. Los focos de atención pasaron desde la revisión de la legislación en salud mental vigente, la coordinación con el subsector privado, la incorporación de las

psicoterapia y las técnicas psicosociales a los servicios de salud y un diagnóstico de situación sobre servicios residenciales, casas de salud y asilos.

b) Programa Nacional para el Control del Tabaco

El propósito consiste en proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición pasiva al mismo. Para ello, este programa viene desarrollando actividades orientadas fundamentalmente a cumplir con los objetivos de disminuir la prevalencia del tabaquismo en la población general e implementar espacios libres de humo.

En este sentido, se han realizado a lo largo del año encuentros, seminarios, mesas redondas y reuniones de trabajo con participantes nacionales y extranjeros, trabajadores del sector público y privado, profesionales de la salud y público en general.

c) Programa Nacional de Prevención de Accidentes de Tránsito

Con un fuerte giro hacia la promoción de la salud, éste programa ha redireccionado sus actividades hacia tres aspectos fundamentalmente: la revisión y actualización de la normativa vigente, la coordinación con la Unidad de Vigilancia en Salud Pública (UVISAP-MSP) y el reposicionamiento en el ámbito interdisciplinario que integra, haciendo énfasis en las funciones esenciales del MSP en general y en este tema en particular.

d) Programa Nacional de Nutrición

Atendiendo a las dos líneas estratégicas que el Ministerio ha definido trabajar para mejorar los indicadores poblacionales de morbilidad (nutrición y actividad física), éste programa ha tenido un desarrollo importante en este primer año.

Su aporte fundamental para cambiar los hábitos de vida de la población de todas las edades, se ha visto reflejado en la reciente edición de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), cuya versión de rápida lectura ya está a disposición de la población en general.

Aporta en forma transversal a todos los demás programas e interactúa con organismos públicos y privados destacando en este sentido el trabajo realizado con ANEP-CODICEN en pos de mejorar la alimentación de niños y adolescentes a través –entre otras cosas- de una oferta saludable en los recreos (trabajo iniciado con los cantineros de todos los liceos de Montevideo que en año próximo se extenderá a Primaria y el interior del país)

e) Programa Nacional de ITS/SIDA

Este programa se ha visto fortalecido por un equipo que ha puesto su mira en aspectos mas relacionados con la normativa, dejando poco a poco aspectos relacionados

estrictamente con la asistencia a otros sectores del MSP. Los roles desarrollados por el equipo del programa en este primer período han sido:

- Rol Rector en el área ITS /SIDA, articulando actores, elaborando y planteando pautas, normativas de carácter nacional.
- Rol de Promoción de Políticas Públicas Saludables desarrollando los componentes educativos y comunicacionales.

En ambos roles se destaca:

- aprobación del *“Reglamento Técnico para Disminuir los Factores de Riesgo, Controlar y Prevenir la Transmisión de Agentes Infecciosos de Cadáveres de Personas Fallecidas a consecuencia o no de dichos agentes...”*
- Realización o culminación de varias investigaciones: Información, representaciones, prácticas de riesgo y protección ante el VIH /SIDA de jóvenes de sectores excluidos de Maldonado, Rivera y Montevideo; Encuesta de Vigilancia de Comportamiento sobre VIH/SIDA, en jóvenes y hombres que tienen sexo con hombres; Prácticas y Gestión de riesgos en el consumo de Pasta Base y conductas sexuales asociadas (con especial acento en VIH-SIDA) en adolescentes y jóvenes de Montevideo y área metropolitana.

f) Programa Nacional de Salud Bucal

Teniendo presente la situación anterior del programa en esta área, fue necesario la reconstrucción del mismo, la que se llevó a cabo con la creación de un equipo interinstitucional integrado por: FODI, AOU, Corporación de Protésicos Dentales, Facultad de Odontología, IMM, INAU, ANEP, RAP.

En coordinación con el MIDES, División Salud IMM, INAU y R.A.P, se realizó un Programa de Salud Bucal para Trabajo por Uruguay.

g) Programa Nacional de Adolescencia

Surge como una necesidad de incorporar en el adolescente todas las actividades de los demás programas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas de esa franja etaria. Se nutre de aportes de casi todos los programas y elabora desde sí, estrategias orientadas a los adolescentes.

En este primer período de creación del área de trabajo se ha logrado, entre otros:

- Reuniones de coordinación con la Comisión intersectorial ANEP – MSP.
- Elaboración y distribución del formulario “Relevamiento de espacios de atención diferenciada para adolescentes” de todo el país.
- Encuentros de trabajo con expertos en adolescencia de diversas disciplinas con el objetivo de delinear los posible caminos de trabajo.
- Jornadas de discusión sobre políticas y lineamientos en salud Adolescente “Lineamientos para la acción”, con técnicos del área de la salud, la cultura, la educación y los deportes. Realizadas los días 9 y 10 de setiembre y 17 de noviembre.
- Promoción de la salud en actividades masivas de jóvenes (Pilsen Rock, Rock en ruedas)

- Reuniones de trabajo para la elaboración del carné de salud adolescente y de las normas básicas para la atención integral, coordinado con representantes de la IMM, SSAE-RAP y CASMU.
- Coordinación con el Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo del MIDES, en el área de formación de promotores juveniles y en la capacitación de profesionales médicos en salud sexual y reproductiva.
- Coordinación de posibles acciones con INJU para la realización de actividades conjuntas con adolescentes.

h) Programa Nacional del Adulto Mayor

Se ha trabajado fundamentalmente en la revisión y actualización de la normativa actual.

A nivel programático y desde que asumió la tarea el PRONAM, se formó un grupo de trabajo conformado por SSAE-ASSE, el SAS de la IMM e instituciones privadas (IAMC), UDELAR, Escuela de Nutrición, y Coordinadora de Psicólogos para la capacitación de RRHH del primer nivel mediante la metodología de talleres interdisciplinarios.

Se elaboró el Carné del Adulto Mayor, actualmente en etapa de impresión.

El programa en coordinación con el Hospital Hogar Piñeyro del Campo ASSE, SAS de IMM trabajó en un documento acerca de la Reconversión del Modelo de Atención a la Salud de los Adultos Mayores

En reuniones de coordinación con ASSE y la IMM, se avanzó en la concreción del primer centro diurno en la zona del Cerro de Montevideo

i) Programa Nacional de Discapacidad

Con una reconversión radical del programa, el equipo que lo integra ha asumido tareas que implican la resolución inmediata de algunos problemas de mediana y larga data en el país. En tal sentido, han actuado en:

- Intervención del Centro de Rehabilitación y Recreación “Casa de Gardel”
- Intervención del Instituto Nacional de Ciegos “Gral. Artigas”
- Comisión para la Reglamentación de los Hogares para Personas con Discapacidad.
- Comisión para la Unificación de criterios de valoración y clasificación de la deficiencia, discapacidad e incapacidad laboral.

Coordina permanentemente con otros organismos como Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (BPS); Ministerio de Turismo y Deporte; Ministerio de Educación y Cultura; Ministerio de Transporte y Obras Públicas; Administración Nacional de Educación Pública - Consejo Directivo Central y Banco de Seguros del Estado.

J) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

Este programa resulta de la separación del anterior Programa Materno - Infantil en dos y el agregado de la perspectiva de género.

Se realizó un diagnóstico sobre la salud de las Uruguayas con datos provenientes del INE y de la OPS así como datos ministeriales. Con ello se priorizan áreas de acción: salud sexual y reproductiva, violencia de género, cáncer en la mujer, condición del varón y de las mujeres, salud mental de las mujeres y gestión, seguimiento y evaluación permanente.

En el área de la salud sexual y reproductiva, se realizaron las guías de anticoncepción, se trabajó en la adquisición y distribución de métodos anticonceptivos. Se elaboró un programa para la atención de la salud sexual y reproductiva y sobre violencia en el marco del Plan de emergencia en Salud.

En violencia familiar se establece la incorporación de datos en la historia clínica sobre diferentes tipos de violencia.

Se concretaron las jornadas de *“Humanización del parto y el nacimiento”* en el mes de diciembre.

Se intervino en el PILSEN ROCK y en Rock en ruedas. En ambos se participó entregando material e información a jóvenes en forma directa y participativa.

Se presentaron las *“Guías de anticoncepción”* dentro del marco de pasaje de los conceptos de salud sexual y reproductiva hacia los derechos de las personas a atención a los mismos en el marco de la Salud.

k) Programa Nacional de Control del Cáncer (PRONACAN)

Se creó el programa que engloba la lucha contra el cáncer en el entendido que la definición de las políticas de salud a nivel nacional se conjugan con la ejecución de estrategias de coordinación eficaces y eficientes que garanticen la racionalización de las actividades de promoción de la salud y prevención del cáncer; optimización de la asistencia, rehabilitación, docencia e investigación en el área oncológica, el desarrollo y coordinación de las distintas unidades a nivel nacional de cuidados paliativos.

En el propio decreto de creación establece que el cometido sustantivo es la disminución de la mortalidad e incidencia del cáncer en el país a través de la coordinación de actividades y recursos en el campo de la oncología a nivel nacional, siendo el centro de sus acciones la educación, promoción y prevención de salud, así como la asistencia, cuidados y rehabilitación.

Para realizar un efectivo cumplimiento de las potestades rectoras y de control asignadas a este Ministerio también se le encomendó la implementación del Comité Oncológico Nacional como organismo asesor del Programa Nacional del Control de Cáncer.

El PRONACAN contará con la colaboración y apoyo de todas las instituciones del Estado cuando este lo requiera para el cumplimiento de sus fines.

3) VIGILANCIA EN SALUD.

En primer lugar: cambio del enfoque de la función de vigilancia epidemiológica, redirigiéndola al concepto de vigilancia en salud pública. Se creó la Unidad de Vigilancia en Salud Pública (UVISAP).

Se comenzó un proceso de estructuración de la Red de Vigilancia en el país a través de los Directores Departamentales de Salud con implementación de medidas tendientes a facilitar la notificación obligatoria.

Se desarrollaron mecanismos de vigilancia activa que permitieron conocer oportunamente eventos de importancia en salud pública (ejemplo: el brote de paperas a partir de mayo de 2005).

En segundo lugar: implementación de la estrategia de Inmunización para Bloqueo de Brote de Hepatitis A, en Bella Unión, Artigas, un barrio de Rivera, un barrio de Paysandú, Toledo, una guardería de Pando y varios puntos específicos en el departamento de Canelones.

En tercer lugar: informatización de la UVISAP, formándose la base de datos de las notificaciones recibidas por el servicio, a partir de abril de 2005 y puesta en funcionamiento de un software de georeferenciación que había sido adquirido y nunca se había utilizado. Se destaca la puesta en funcionamiento y fortalecimiento del Sector de Enfermedades No Transmisibles.

En cuarto lugar: a través de la coordinación correspondiente con el Servicio de Laboratorio de Salud Pública (SLSP), se incorporó al servicio al proceso de Actividades de vigilancia epidemiológica.

Finalmente: se impulsó una estrategia para el control de la presencia del Aedes Aegypti en el territorio nacional con actividades de descacharrización con activa participación de la comunidad incluyendo el Plan en la órbita del Sistema Nacional de Emergencia. Se descentralizó la vigilancia entomológica de A. Aegypti, y la Unidad de Zoonosis y vectores actúa como centro de referencia y capacitación.

4) AREA DE RECURSOS HUMANOS

a) SALARIOS DE CARGOS DE DIRECCIÓN

A partir del 2 de marzo se hacen efectivas las rebajas de los salarios de cargos políticos y de confianza, en el marco de la aplicación de una nueva estructura salarial en el ministerio. Estos cargos políticos y de confianza recibían, desde hace por lo menos 10 años, una compensación pagada por comisión de apoyo que duplicaba el salario asignado por la ley, como por ejemplo en los cargos de dirección general del ministerio. El criterio actual es que nadie puede ganar más que el Ministro, Subsecretario y Directores Generales.

Por lo tanto, se eliminan las compensaciones por comisión de apoyo que tenían todos estos cargos, retomando la pirámide salarial legal de esta área. Esto significó

reducciones individuales del orden de 20 mil pesos en la mayor parte de estos cargos políticos y de confianza, generando un ahorro global del orden de los 300 mil pesos mensuales.

b) POLÍTICA SALARIAL GENERAL

En primer lugar hemos analizado los casos de funcionarios que percibían mensualmente entre dos, tres y cuatro pagos de salarios. En términos generales, estos funcionarios percibían remuneraciones por el rubro 0 del presupuesto, pero también sumaban pagos adicionales, realizados por Comisión de Apoyo 068, Patronato, guardias retén, Niveles u otras compensaciones.

Este tipo de irregularidades administrativas deben ser corregidas, ya que han generado inequidades salariales muy fuertes, severamente criticadas por el conjunto de los trabajadores. Además, a lo largo de los últimos años, se ha producido un crecimiento sistemático de los pagos mediante comisión de apoyo, utilizándose este sistema para pagar salarios, sin ningún tipo de criterio de evaluación y asignación.

Por tal motivo, se ha tomado la decisión de presupuestar dichos recursos de manera tal que ingresen por el rubro 0, siendo incluidos en la política salarial del ministerio, sujetos a las evaluaciones de desempeño que correspondan. El presupuesto aprobado permite además la transferencia de los fondos de la comisión de apoyo al presupuesto salarial del Ministerio. Esto implica la creación de comisiones paritarias con funcionarios médicos y no médicos, para discutir la estructura salarial que regulará dicha presupuestación, sobre la base de los siguientes criterios:

- Ningún cargo inferior al jerarca podrá percibir un salario superior al mismo.
- En principio los funcionarios no podrán acumular dos o más cargos. Ya hemos aprobado una resolución por medio de la cual las nuevas designaciones en el área asistencial (que son las únicas que ingresan por razones de asistencia) debe verificarse que no sean funcionarios.
- Los horarios deben cumplirse tal como fueron establecidos en la descripción de la tareas correspondiente.
- Las remuneraciones deben incorporar conceptos asociados al presentismo y el cumplimiento de indicadores de desempeño como una parte del ingreso global.

c) CARRERA ADMINISTRATIVA

Otro tema importante que estamos planteando es la recomposición de la Carrera Administrativa. Esta se encuentra severamente distorsionada, producto de Administraciones se han basado en criterios de ascenso de funcionarios basados en el amiguismo y el clientelismo. Sin dudas que esto ha contribuido a la desmotivación y el desprestigio del funcionario público en general.

Para solucionar este problema será preciso transitar por un camino de reordenamiento, que tiene expresión en la ley de presupuesto, en el marco de los criterios discutidos en el comité interministerial de directores generales que funciona en la órbita de la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSC). Otro aspecto del Plan de recomposición debe ser la capacitación en gestión, teniendo en cuenta los criterios de la ONSC y las Divisiones de Recursos Humanos. Asimismo, a partir de enero de 2006

se priorizarán los concursos de oposición y meritos para la provisión de los cargos técnicos y no técnicos.

5) PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACION CIUDADANA

a) PARTICIPACIÓN DE LOS SECTORES SOCIALES DE SALUD

A partir de la aprobación del decreto del 11 de abril de 2005 se constituyó el Consejo Consultivo para el Cambio, cuya primera reunión fue el día 4 de mayo de este año. Su integración contempla la más amplia participación social e institucional, mediante las siguientes representaciones:

- a) Un delegado del Ministerio de Salud Pública que lo presidirá.
- b) Un delegado titular y un alerno del resto del sistema público de salud.
- c) Dos delegados titulares y dos alternos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo.
- d) Un delegado titular y un alerno de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva del Interior del país.
- e) Un delegado titular y un alerno de las Organizaciones de los trabajadores de la Salud Privada.
- f) Un delegado titular y un alerno de las Organizaciones de los trabajadores del Ministerio de Salud Pública y un delegado titular y un alerno de las Organizaciones de los trabajadores del resto de las Instituciones Públicas de Salud.
- g) Un delegado titular y un alerno de las Organizaciones de médicos de Montevideo y un delegado titular y un alerno de las Organizaciones de los trabajadores médicos del interior del país.
- h) Un delegado titular y un alerno de la Asociación Odontológica Uruguay y un delegado titular y un alerno de la Federación Odontológica Uruguay del Interior por ser ambas organizaciones de profesionales odontólogos las más importantes y representantes del país.
- i) Un delegado y un alerno de las Organizaciones profesionales psicólogos del país.
- j) Un delegado titular y un alerno de la Universidad de la República – Area de la Salud.
- k) Un delegado titular y un alerno del Congreso de Intendentes.
- l) Organizaciones representativas de los usuarios, cuya modalidad de integración se reglamentará posteriormente, mediante el dictado de Resolución Ministerial.

Dicho Consejo ha trabajado durante toda la primera mitad del año, sobre la base de tres grupos de trabajo, referidos a los aspectos clave de la Reforma de Salud que hemos comprometido y que estamos construyendo:

- Seguro Nacional de Salud.
- Estatuto del trabajador de la salud.
- Cambio del Modelo de atención.

Al mismo tiempo, dada la importancia de otros temas relativos a la construcción de la reforma, se han establecido cuatro mesas de trabajo adicionales, que incorporan la presencia de actores representativos de diferentes intereses sectoriales:

- Mesa Sectorial de medicamentos.
- Mesa Sectorial de tecnologías médicas.

- Mesa Sectorial de emergencias móviles.
- Mesa Sectorial de Seguros Privados.

Los resultados de dicho trabajo fueron expresados en numerosos documentos, discutidos en el seno del Consejo Consultivo, a partir de los cuales se ha iniciado una segunda etapa de discusión, en los siguientes grupos de trabajo:

- Definición del plan integral de prestaciones.
- Complementariedad asistencial público - privado.
- Políticas de recursos humanos.

b) PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

Se ha definido una nueva forma de relacionamiento del MSP con los trabajadores médicos y no médicos. La misma supone diversos niveles de participación y relacionamiento con la FFSP y el SMU:

- Una comisión de relacionamiento **centralizada** que incluya los temas reivindicativos y los temas programáticos (que en el transcurso de su trabajo se subdividirá en esas dos dimensiones) que sea el articulador político de las relaciones institucionales entre el ministerio y la Federación de funcionarios por un lado y el SMU y la FEMI por otro. Este ámbito debe discutir los problemas cotidianos y analizar la marcha del proceso de reforma del sistema.
- Una comisión **centralizada** de elaboración, diseño y control de ejecución para el presupuesto 2006 - 2010 con el objetivo de trabajar en conjunto el diseño y la distribución presupuestal y luego controlar su ejecución. Ello implica que, en cada unidad ejecutora se discuta la apertura y diseño de su proyecto de presupuesto en un ámbito participativo local de forma de recibir aportes e inquietudes, en un contexto de resolución final estableciendo prioridades en un ámbito resolutivo único y centralizado. Esta tarea se realizó y continuará con fines de monitoreo de la gestión presupuestal y el análisis para futuras rendiciones de cuentas.
- Ámbitos de relacionamiento **descentralizados en cada unidad ejecutora** que tengan la función de promover la mejora de gestión en cada ámbito de trabajo, rediscutiendo los procesos y generando la participación de todos los involucrados en dichas propuestas tendientes a mejorar la problemática de carácter funcional.

Por otra parte, hemos fortalecido la Asistencia Integral con el fin de brindar mejor atención a los funcionarios y su familia. Para ello se ha convocado, luego de muchos años de inactividad, a la Comisión Honoraria de Asistencia Integral (Decreto 346/02), donde participa un delegado de los usuarios de la Asistencia Integral representado por la FFSP, dos delegados por Dirección General de Secretaria y un delegado por la Ministra.

c) RELACIONES CON LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD

Al tiempo que se desarrollan los mecanismos de participación de los usuarios en el Consejo Consultivo, se han desplegado distintas acciones tendientes a la integración de éstos al proceso de salud y a la reforma.

Por un lado, se ha instalado la línea telefónica 0800 4444 de relación directa con los usuarios. Asimismo, se han puesto en marcha oficinas de atención al usuario (de las cuales existían algunas experiencias, pero con desarrollos desiguales e insuficientes) tanto en el sector público como en el sector privado. Se implantó la página Web-MSP en la que se brinda información actualizada sobre todas las Funciones Esenciales de Salud Pública (vigilancia epidemiológica, rectoría, habilitaciones, etc.).

En otra línea de acción se viene asistiendo a distintas asambleas zonales, con la participación activa de la División Salud de la IMM (en el Cerro, ccz17, ccz9, ccz18). Se están realizando múltiples asambleas zonales en barrios de Montevideo e Interior a los efectos de designar representantes de los usuarios a los diferentes ámbitos existentes y a los que se crearan. Se continúa informando de manera directa a la comunidad, en reuniones de vecinos, sobre los aspectos de la reforma y sobre la participación de los usuarios en dicho proceso. El 4 de enero recibidos representantes de los usuarios de distintas zonas de Montevideo y se incluirán en el próximo consejo consultivo a 2 representantes de los usuarios.

6) AREA DE RELACIONAMIENTO CON EL SISTEMA PRIVADO

a) RELACIONAMIENTO Y REGULACIÓN

Además de lo mencionado en puntos anteriores respecto a la participación de los sectores privados en el Consejo Consultivo, hemos establecido un sistema permanente de relacionamiento con el sector privado. Éste se realiza a partir de las divisiones de Economía de la Salud y de Servicios de Salud, las cuales han incrementando sus actividades de monitoreo asistencial y de seguimiento económico - financiero de las instituciones. Se discute en conjunto el proceso de integración de las instituciones al sistema nacional integrado y al seguro. Especialmente en lo referido a la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención. También se han conformando comisiones de trabajo, con empresas y trabajadores médicos y no médicos, en aquellas instituciones que requieren de especial atención.

Para ello se ha incrementando la dotación del cuerpo inspectivo, factor clave de la política de rectoría, con llamados internos para la redistribución del personal, reorganizando el trabajo a favor del fortalecimiento asistencial y la capacidad de rectoría sobre el sistema. Este proceso de interacción con el sistema mutual persigue el objetivo de fortalecer al mutualismo, tanto desde el punto de vista asistencial (con indicadores de cambios claros y visibles, con integración a un primer nivel de atención coordinado territorialmente jerarquizado y con estrategia APS), como desde el punto de vista económico e institucional (equilibrio económico y rediseño de la estructura de financiamiento).

b) REGULACIONES ECONÓMICAS

En lo referente a los aspectos de costos y precios y en el marco del grupo 15 del Consejo de Salarios (en el que participamos con nuestra directora de la División Economía de la Salud) hemos conformado un grupo MSP-MEF para definir ajustes de cuotas mutuales y buscar una mayor comunión operativa. En particular sobre las políticas dispersas y no reguladas de convenios, o en la reestructuración de la política

de co-pagos, buscando reducir los precios de ticket de medicamentos para casos de alto impacto social. En tal dirección, en el mes de Julio se redujeron en 20% los tickets generales de medicamentos y en enero de 2006 se rebajará un 10% adicional los tickets generales, exonerando totalmente de pago a los reguladores de glicemia y los exámenes de control de embarazo.

7) MARCO INSTITUCIONAL: NUEVO ORGANIGRAMA

De acuerdo con lo anterior, y en particular con el objetivo clave de fortalecer la función de rectoría en el sistema de salud, se han procesado algunos cambios en lo que refiere a la estructura del Ministerio. Se han creado algunos servicios nuevos e integrado otros, a los efectos de comenzar una reestructura organizativa del MSP que apunte a los objetivos de racionalizar recursos y jerarquizar el proceso de la reforma. Dentro de todas esas innovaciones merece destacar:

- ❑ La creación de la División de Economía de la Salud donde reside el desarrollo de la construcción del Seguro Nacional de Salud y los mecanismos de articulación de la red público- privado.
- ❑ La recuperación de los cargos de directores departamentales dependientes de la Dirección General de Salud, como líderes del proceso de articulación público-privado en cada departamento, encargados de aplicar las políticas nacionales de salud, de vigilancia epidemiológica y calidad asistencial.
- ❑ La transformación de varios programas de salud, en el marco del fortalecimiento de una estrategia de primer nivel de atención, fortaleciendo las capacidades de monitoreo sobre los niveles de salud de los uruguayos.

Por otra parte, desde el inicio de la gestión se han realizado auditorias de gestión y resultados en las Comisiones Honorarias así como en varias áreas de la administración del Ministerio, tomándose las medidas correctivas pertinentes.

8) FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR)

La gestión del FNR en los primeros 100 días de la nueva Administración ha estado dirigida a desarrollar nuevas y mejores estrategias de equidad y accesibilidad sin descuidar la consolidación de las fortalezas adquiridas por el sistema. Esas orientaciones se expresan al menos en las siguientes áreas:

a) Reformulación y fortalecimiento de los programas de prevención y manejo de factores de riesgo en la población cubierta por el FNR.

El FNR está asignando de manera estable y planificada los recursos necesarios para un mejor funcionamiento del programa de salud cardiovascular y del programa de salud renal que han sido definidos como los ejes de una política facilitadora del acceso de los pacientes a los servicios que necesitan para evitar la reiteración de tratamientos e internaciones. A partir de esos programas, se articulan otros en los cuales se disminuyen las complicaciones y riesgos derivados de la obesidad y el tabaquismo y se controla la correcta programación de los dispositivos implantados.

Como signo visible de ese fortalecimiento y nueva proyección, el FNR ha tomado a su cargo la coordinación con todas las instituciones públicas y privadas que deseen participar en programas contra el tabaquismo. Mediante convenios se están compartiendo acciones y transfiriendo recursos hacia el primer nivel de atención destinados a que la población pueda acceder más fácilmente al tratamiento de la adicción al tabaco como avance de un cambio en el modelo de atención.

De esta forma la articulación entre lo público y lo privado se vuelve cada vez más tangible.

b) Consolidación del equilibrio económico mediante mejora de la calidad en todas las etapas del proceso administrativo

Profundizando el esfuerzo de mejora de la calidad en las prestaciones cubiertas, se han dado pasos para actualizar los sistemas administrativos y de gestión. Se han conformado nuevos equipos de trabajo para el análisis de costos de las diversas técnicas integrando la información y dotando al FNR de mejores condiciones para conveniar o determinar los precios.

Diversos pasos concretos orientados al mejor aprovechamiento de los recursos de la comunidad (baja en precios de insumos y medicamentos, recuperación de dispositivos entre otros) han permitido ampliar algunas prestaciones que anteriormente tenían límites inconvenientes.

c) Adopción de resoluciones pendientes respecto a incorporación de nuevas técnicas

Sobre una amplia y sólida base de informes técnicos, el FNR adoptó resolución respecto a solicitudes de inclusión de nuevas técnicas en la cobertura. Con el respaldo de una amplia mayoría, la Comisión Honoraria Administradora del FNR entendió que por el momento no están dadas las condiciones para realizar trasplante hepático en el Uruguay por lo cual se mantiene el programa coordinado con un centro de referencia regional. Simultáneamente se encomendó a un programa conjunto de dos hospitales públicos la puesta en marcha de un programa de control y seguimiento de estos pacientes.

El procedimiento seguido, constituye una muestra de la forma en que procederá el FNR, con respaldo técnico y autonomía de decisión, en todos los casos en que se presenten solicitudes para agregar nuevas técnicas a la cobertura.

d) Definición de una política respecto al número de IMAE adecuado para la realidad del país

Las Autoridades del FNR consideran que se trata de un tema de particular importancia. Deben existir criterios estables y conocidos por todos sobre la base de los cuales realizar planes e inversiones. Con dicha finalidad, y evitando ceder a presiones no deseables, se ha dispuesto postergar por 6 meses todas las consideraciones de nuevos IMAE.

e) Fortalecimiento de los IMAE públicos

Finalmente, y como parte de las mismas definiciones políticas se están haciendo avances concretos tendientes a que el Sistema Público de Salud, financiado con recursos del conjunto de la sociedad, llegue a estar en igual situación que el sistema privado pudiendo asistir en sus propios IMAE a los pacientes que son de su responsabilidad.

ANEXO: PRESENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LA REFORMA DE SALUD

Los lineamientos elaborados por el Ministerio de Salud Pública han sido presentados en diferentes instancias, como parte del proceso de análisis de la reforma. Entre ellos destacamos:

- en el Consejo de Ministros del Gobierno Nacional
- en el Parlamento Nacional
- en la Facultad de Medicina
- en la Facultad de Ciencias Sociales
- en la Facultad de Ciencias Económicas
- en el PIT-CNT
- en diferentes ámbitos de organizaciones sociales.

Estas actividades no han sido fáciles de desarrollar y en parte las dificultades que hemos tenido, están vinculadas a la gran cantidad de irregularidades encontradas, heredadas de administraciones anteriores y fruto del clientelismo y acomodo político que incurrieron.

Así como a las inequidades generadas en lo referente a niveles salariales, manejo discrecional de los recursos de las Comisiones de Apoyo, Niveles, Guardias a Retén etc. pagando más de un salario a funcionarios con cargos de especialidades o adjuntos y haciendo un uso indebido de dichos recursos pagando compensaciones a quienes no realizaban ningún trabajo de responsabilidad.

Por otra parte, en esos años han reducido al máximo las funciones de rectoría del Ministerio, dejando prácticamente un sistema de salud sin regulaciones ni controles de parte de la autoridad sanitaria.

Al mismo tiempo, durante años pese al aumento de la población que se atendía en salud pública sistemáticamente se le recortaba los gastos de inversión. Recibimos un Ministerio que, respecto al año 2000 tenía, en términos reales, 20% menos de presupuesto y atendía a 20% más de población, es decir contaba con 40% menos de recursos para cada usuarios de la salud pública, recibiendo en marzo de 2005, poco más del 1% sobre el PBI.

Estas situaciones desarrolladas en administraciones anteriores son difíciles de corregir de manera inmediata, ya que para esto es necesario estudiar caso por caso para prever las consecuencias que los cambios puedan generar en el funcionamiento de los servicios, pero además es necesario corregir las normas existentes para que esto no vuelva a suceder.

LINEAMIENTOS DE LA REFORMA DE SALUD

Estos Lineamientos de la reforma de salud surgen a partir de las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia y se desarrollaron en el marco de la discusión amplia del Ministerio de Salud Pública con los actores involucrados, nucleados en el Consejo Consultivo para el Cambio en Salud. Esta versión síntesis constituye un avance en la profundización de la reforma y un antecedente para la construcción de la ley sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud que el gobierno nacional tiene intención de enviar al Parlamento Nacional en el mes de marzo de 2006.

Principios

La reforma se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema.

Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la más adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporcione cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.

Un segundo eje se refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y control de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.

Un tercer eje refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.

Derechos de los usuarios

El Sistema Nacional Integrado de Salud dará acceso universal a todos los residentes en Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley. Desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Los usuarios tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud.

Fondo Nacional de Salud

Los cambios propuestos en el actual sistema de financiamiento de la salud se basan en la justicia distributiva. A tales efectos se ha decidido la creación de una comisión conjunta de los Ministerios de Salud y de Economía para analizar las formas de la integración y convergencia de los aspectos de aportación del Seguro Nacional de Salud y el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas de la Reforma Tributaria.

Desde el punto de vista de la implementación del Seguro Nacional de Salud (SNS) se definirá la creación de un Fondo Nacional de Salud (FNS)

Dicho FNS recibirá y administrará los recursos que se destinan al pago de los prestadores integrales para dar cobertura del Plan Integral de Prestaciones (PIP).

En primer lugar, lado aportarán al FNS, de manera obligatoria, todos los residentes del país mayores de 18 años, aportando un porcentaje de sus ingresos con un mínimo no imponible y a partir de dicho valor tasas progresionales, es decir crecientes según el tamaño de la familia y el nivel de los ingresos. En el caso de los hijos menores de 18 años, éstos se adscribirán a la afiliación del padre que aporte mayores ingresos al Fondo.

En segundo lugar el gobierno nacional aportará al FNS a través de las asignaciones presupuestales previstas en los organismos que tienen hoy asignado gasto en salud.

En tercer lugar las empresas privadas y públicas, así como la administración central aportarán al FNS un % sobre su masa salarial, tomando como referencia el actual aporte patronal a la ex - DISSE del BPS.

Etapas de la transición

Para el proceso de integración de usuarios de salud al FNS, se entiende necesario recorrer un camino de transición basado en:

- a) Ampliar la cantidad de beneficiarios del seguro de enfermedad del BPS (ex DISSE), extendiendo el mismo a los trabajadores del sector público y sus familiares, a los familiares de los activos cotizantes, jubilados, trabajadores de otras cajas como la bancaria y otros. En este proceso se debe dar flexibilidad a la asignación de esos nuevos usuarios a diferentes prestadores de salud. En esta etapa se unificarán dichos fondos con los que surgen del gasto público en salud detallados en el punto anterior.
- b) Reducir el valor de todos lo copagos existentes en la actualidad. En virtud de la situación económica en la que se encuentra el sector, esta medida debería en una primera etapa implementarse bajo la forma de sustitución de ingresos y no de reducción de los mismos, tal como se hizo cuando se determinó el último aumento de cuota.
- c) Unificar en el FNS los diferentes fondos públicos destinados en la actualidad a la salud.

Reembolso del Fondo a los prestadores de salud.

El Seguro reembolsará a través del FNS, mediante el sistema de pre - pago a los prestadores integrales definidos en los sistemas de regulación.

El reembolso se hará sobre la base una cuota salud que estará constituida por los siguientes elementos constitutivos:

- a) el número de personas que refieren como usuarios de cada institución de prestación integral.
- b) una prima de riesgo según la edad y el sexo de los usuarios.
- c) un mecanismo de premio por el cumplimiento de metas asistenciales, a través de trazadores de resultados que se valorarán a efectos de componer el pago de la prima por desempeño y resultados

Sistemas de regulación de prestadores integrales y parciales.

La definición de prestadores integrales se encuentra en la norma presupuestal a ser aprobada en el presupuesto nacional e incluye a todos aquellos que hoy prestan el servicio integral (mutuales, cooperativas de profesionales, los seguros privados integrales) y por otro lado los prestadores públicos actuales en un marco de descentralización administrativa y técnica respecto al Ministerio de Salud Pública.

Los prestadores integrales deben habilitar sus servicios ante el MSP y ser acreditados ante la Superintendencia del Seguro para constituirse en un prestador del SNIS.

Plan Integral de Prestaciones (PIP)

El PIP debe garantizar:

- Actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.
- Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados,
- Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

Las prestaciones definidas en el PIP contarán con indicadores de calidad de sus procesos y resultados que permitirán al MSP evaluar la atención recibida por los usuarios y la calidad de la asistencia brindada. A los usuarios les permitirá conocer los resultados a través de su publicación en la página WEB del Ministerio de Salud Pública.

Superintendencia de la Salud

El Seguro Nacional de Salud será dirigido por una superintendencia de salud que será una persona pública no estatal presidida por un delegado del Ministerio de Salud Pública, en cuya integración tendrá la mayoría el Poder Ejecutivo con presencia del MEF y BPS y en su seno tendrán participación empresas prestadoras integrales del servicio de salud, usuarios del sistema y trabajadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La misión de la Superintendencia será asignar recursos en el sistema y regular los aspectos esenciales del funcionamiento, especialmente lo relativo a la definición de las cápitras y su ajuste según riesgo de la población cubierta y a los trazadores de resultados y sus indicadores, es decir a los sistemas de premios y castigos por el cumplimiento de las metas asistenciales.
