

DIRECCIÓN GENERAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

I) Balance 2008

La reforma de salud iniciada con esta gestión de gobierno puso su énfasis en la transformación del sector salud a través de un cambio en el modelo de atención, un cambio en el modelo de gestión y un cambio en el modelo de financiamiento.

Ello permitió construir las dos herramientas eje de esta reforma, es decir el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Seguro Nacional de Salud (SNS).

Durante el año 2008 continuó o se inició el proceso de implementación de las Leyes Nos. 18.131, 18.161, 18.211 y 18.335 oportunamente sancionadas y promulgadas.

Los principales aspectos a destacar en 2008 han sido:

Inclusión de los hijos de los trabajadores y trabajadoras al SNS. Todos los menores de 18 años y discapacitados sin límite de edad. Resultaron 435.000 menores incluidos.

Pago a los prestadores de salud de un 7,5% de sus ingresos vinculado a su performance, con prioridad en el primer nivel de atención. Por ello dicho pago está asociado a:

Salud del niño hasta los 14 meses

- Promoción de la Salud.
- Lactancia Materna.
- Control de crecimiento y desarrollo.

Salud de la mujer

- Promoción de la salud.
- Captación y control adecuado del embarazo.
- Salud sexual y reproductiva.
- Prevención del cáncer.

Estímulo a la contratación de RRHH médicos en el primer nivel de atención.

Incorporación durante el año 2008 de 20.000 jubilados nuevos al SNS (en los 11 años anteriores se habían incorporado 50.000). Ello fue consecuencia de dos medidas:

- La transformación del seguro de salud en un seguro de por vida ya que, a diferencia de lo que sucedía en DISSE, en el nuevo régimen el asegurado no pierde la cobertura al jubilarse.
- El aumento notorio de los copagos gratuitos para los jubilados FONASA incluyendo órdenes, tickets, estudios, radiografías y electrocardiogramas.

Fortalecimiento de la política de rectoría y contralor que tiene una de sus expresiones mayores en la firma de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios. Dichos contratos incluyen básicamente metas asistenciales ligadas al control, la promoción y la prevención en salud, así como el respeto integral a los derechos de los usuarios.

Incorporación de la participación social como eje clave de la reforma expresado en:

- La Ley 18.161, que crea ASSE como servicio descentralizado e incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y otro de los usuarios.
- La Ley 18.211, que crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.

Por la misma Ley, en cada prestador que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo consultivo y asesor integrado por la propia empresa, usuarios y trabajadores de la misma.

II) Los resultados

Cobertura universal.

Todos los ciudadanos están registrados en un prestador integral (ASSE, IAMC, Seguros privados, Sanidad militar y policial) con 180.000 personas que, previo a la aprobación de las leyes anteriormente mencionadas, no estaban integradas al sistema de atención integral.

Mayor justicia social.

Más de 700.000 personas ingresaron al sistema de salud a través de la seguridad social (totalizando ya 1.410.000 personas). Ello que significa que cada vez más gente aporta por ingresos (signo inequívoco de justicia social) y a su vez incluye a sus hijos en la cobertura. (435.000 menores de 18 años han ingresado al SNS)

Asimismo, cuando se inició este gobierno aquellos que se atendían en salud pública tenían un gasto promedio por mes y por usuario de \$ 280 frente a \$ 880 del mutualismo (una relación de 3 a 1). Con el presupuesto 2009 recibirán \$ 750, siendo ya el 90% del gasto mutua. Y no porque el mismo se reduzca sino, como se expondrá más adelante, por el aumento del presupuesto de ASSE.

Mayor accesibilidad.

A los objetivos de universalidad y justicia social primarios en una reforma sanitaria debe complementarse con la accesibilidad, de manera de no sólo tener el derecho, sino poderlo utilizar.

Para ello, en primer lugar, se desarrolló una política de reducción de tickets y órdenes verdadera barrera de acceso, verdadero impuesto a la enfermedad para lo cual se ha desarrollado:

- Rebaja de 40% de Ticket de medicamentos y no ajuste de dicho precio en el último año.
- Gratuidad de acceso para la población diabética
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo
- Gratuidad de exámenes de preventivos para mujeres (mamografía - Papanicolau)
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa a un máximo de 50 pesos.
- Set de tickets gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA.
- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
- Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para usuarios FONASA
- No aumento de tickets y ordenes en los dos últimos aumentos de cuota.

En segundo lugar, la accesibilidad se potenció a partir de la posibilidad de los usuarios FONASA de elegir ASSE, de manera que esto permite incorporar una opción adicional a la elección de los asegurados por la seguridad social.

Función de regulación.

Un cambio sustantivo fue la de potenciar el rol regulador del estado en el desarrollo de este bien público que es la salud.

Para ello la Ley 18.211 creó la Junta Nacional de Salud, asignándole la obligación de firmar con los prestadores integrales contratos de gestión en que se comprometen a cumplir los programas de salud especialmente priorizados los programas de prevención y promoción de la salud, de dar todas las prestaciones y medicamentos incluidos en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) y a tener una política activa de educación para la salud.

Por otro lado, un conjunto de normas como el máximo de tiempos de espera que debe tener un usuario, el pago por metas asistenciales ligadas a programas de niñez y género y la reestructura del cuerpo inspectivo (en cantidad y nivel de remuneración) la información adecuada y visible a los usuarios entre otras medidas conformar una visión de compromiso con la salud.

Mejora de ASSE .

Un objetivo de este gobierno era mejorar el presupuesto de la salud pública (ASSE).

Dicho presupuesto ha pasado de \$ 5.600 millones a casi \$ 11.000 millones a precios constantes entre 2005 y 2009.

Los salarios han aumentado en valor real 40% para el sector no médico prácticamente igualando el sector privado y el salario mínimo médico se ha multiplicado por 6.

Año	Total	Presupuesto ASSE		Población	Cápita/mes
		Datos a precios constantes de 2008			
		Salarios	Resto		
2005	5.649.428.091	2.869.890.627	2.779.537.464	1.377.267	342
2006	6.877.343.927	3.637.093.193	3.240.250.733	1.440.264	398
2007	7.991.672.286	4.416.716.970	3.574.955.316	1.301.347	512
2008	9.543.637.041	5.494.058.417	4.049.578.624	1.160.395	685
2009 (*)	10.567.487.909	6.579.704.028	3.987.783.881	1.160.395	759

(*) Estimado: presupuesto por rendición de cuentas y población constante

Todo lo anterior ha llevado, como se dice más arriba a un cambio en la desigualdad ASSE - Mutua, igualando hacia arriba tal como muestra el cuadro siguiente:

RELACION DE GASTO ASSE - MUTUAL			
	ASSE	Mutual	Relación
Mar-05	280	880	3,14
Mar-09	760	900	1,18

Consolidación del Mutualismo.

Esta reforma de salud se asentó en la articulación de dos subsectores claves: el sector público y el sector mutua.

Un sector mutua que venía de un colapso generado por las políticas desregulatorias de los años 90 y con un golpe final en la crisis del año 2002.

Hoy dicho sector se ha estabilizado, registra crecimiento en ingresos (23% entre 2005 y 2008) en afiliados (30% entre 2005 y 2008), ha pasado de tener déficit a superávit, ha reducido la

presión de la deuda, ha incrementado los puestos de trabajo tanto médicos como no médicos y todo ello le ha permitido consolidar una mejora en la calidad de su atención en la salud.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

DIVISIÓN PRODUCTOS DE SALUD

Objetivos de gestión planteados para el ejercicio 2008

OBJETIVO 1: CAMBIOS EN LA GESTION

- Desarrollo de nueva base de datos o modificación de la actual
Fundamentos: uniformidad y transparencia en la gestión.
- Aumentar la transparencia y la eficiencia en la gestión técnica.
Fundamento: fortalecer la rectoría del MSP

OBJETIVO 2: CAPACITACIÓN DE PERSONAL TECNICO

- Departamento de Medicamentos: para dar soporte adecuado al personal técnico a fin de acompañar los cambios reglamentarios a desarrollar.
- Evaluación de Costo-Eficiencia de Nuevas Tecnologías: para dar respaldo a la toma de decisiones en materia de equipamiento médico e incluso de autorización de comercialización de nuevos medicamentos.

PRODUCTOS E INDICADORES DE LOGROS 2008

Como parte de la Reforma del Estado, conjuntamente con la OPP y la ONSC, asesores de la DIGESA, la Dirección de la División Servicios y la Dirección de la Div. Productos de Salud, definieron la nueva estructura de la DIGESA la que comenzará a articularse a partir de enero 2009.

OTRAS HECHOS RELEVANTES EN 2008: NUEVO SISTEMA DE INSPECCIÓN AL SECTOR FARMACÉUTICO EN EL MERCOSUR

Durante la Presidencia Pro Tempore de Brasil, Uruguay propuso el texto de dos proyectos de Resolución, el P. Res. 10/08. "Buenas Prácticas de Fabricación de Productos Farmacéuticos y Mecanismo de Implementación en el ámbito del MERCOSUR", actualmente en etapa de consulta interna y el P. Res. 11/08 el "Procedimientos Comunes para la Realización de Inspecciones en los Establecimientos Farmacéuticos en el Territorio de los Estados Partes". Ambos proyectos significan un paso fundamental en relación a aumentar la seguridad sanitaria de las prácticas de fabricación de acuerdo al desarrollo tecnológico, promover el acceso a mercados más exigentes de los productos elaborados en la Región, y facilitar acuerdos de reconocimiento mutuo entre los países de la Región.

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2009

Objetivo 1: Implementación de la nueva estructura de la DIGESA.

- Meta 1: Desarrollo de un curso de capacitación/nivelación de los inspectores de la División Fiscalización
- Meta 2: Definición de los compromisos de gestión para la División Fiscalización
- Meta 3: Desarrollo y evaluación de las actividades fijadas por el primer semestre de compromisos de gestión para la División Fiscalización.

Objetivo 2: Actualización de la normativa relacionada con los productos para la salud como soporte para el desarrollo de la rectoría de la DIGESA

- Meta 1: Normativa sobre medicamentos fitoterápicos.
- Meta 2: Normativa sobre medicamentos biológicos de origen biotecnológico.
- Meta 3: Actualización de los requerimientos sobre Buenas Prácticas de Fabricación para medicamentos de acuerdo a la norma OMS 2003.
- Meta 4: Requisitos específicos sobre Buenas Prácticas de Fabricación para medicamentos fitoterápicos
- Meta 5: Requisitos específicos sobre Buenas Prácticas de Fabricación para medicamentos biotecnológicos.

DIVISION SERVICIOS DE SALUD

Objetivos de gestión 2008:

- Completar Plan Nacional de Habilitación con énfasis en el PNA.
- Este objetivo fue cumplido de acuerdo a lo previsto y teniendo en cuenta la política de regulación fijada a l inicio de la administración: incorporación del sector público, priorizar el PNA, establecer acuerdos con los prestadores integrales y mantener coherencia con las otras dimensiones de la reforma. En este último sentido se dio a conocer la necesidad de una importante reestructura de DIGESA para cumplir precisamente con la función de regulación que insumió mucho tiempo del año 2008 junto a los técnicos de OPP y ONSC.
- Incorporar Estándares de Calidad para el PNA incluyendo indicadores intersectoriales.
- Este objetivo fue sustancialmente pospuesto dado los requerimientos que llevó el plan de reestructura de DIGESA.
- Se avanzó en el apoyo y difusión de algunas experiencias de intersectorialidad.
- Avanzar en la conformación del instrumento de análisis del proceso de formación y desarrollo del recurso humano en salud, en la perspectiva de la reforma del sector.
- Se llevó a cabo la planificación y desarrollo de un CENSO NACIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, con el cometido de actualizar los registros existentes, proceder a la identificación de los profesionales que se encuentran habilitados para el ejercicio de las profesiones y contar con un banco de datos para la elaboración de las políticas respectivas.
- Definir competencias y coordinar acciones DIGESA/ JUNASA
- Se contribuyó a reglamentar coordinaciones y competencias, entendiéndose que la reestructura de DIGESA apunta al fortalecimiento del equipo técnico inspector que responderá a los requerimientos de la JUNASA.

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2009:

Consolidar el proceso iniciado con la reestructura de DIGESA, a través del fortalecimiento de acciones que permitan el desarrollo de las Buenas Prácticas de Regulación, en especial sobre establecimientos del PNA.

Principales lineamientos de acción para el logro de los objetivos 2009:

- Capacitación del personal inspectivo de la División Fiscalización.
- Curso para personal inspectivo de inicio (médicos, químicos, enfermeros). Seguimiento de contratos de gestión que respaldan la tarea inspectiva. Diseño e implementación del instrumento de control de calidad de las inspecciones.
- Consolidar el desarrollo informático (2da. Etapa), sobre la base del sistema de información implementado desde el 2006 para las Divisiones de la reestructura que manejan la regulación directa de los prestadores de salud.
- Lograr 70 % de Habilitación de prestadores con énfasis en el PNA

DIVISION EPIDEMIOLOGIA:

Objetivos de gestion 2008 y principales acciones, productos e indicadores de logro 2008

Objetivo 1- Gestionar el programa ampliado de inmunizaciones y definir las políticas nacionales en el área

- Gestión de biológicos utilizados en el Programa Nacional de Inmunizaciones. Adquisición de biológicos para utilizar en el Certificado esquema de vacunaciones (CEV), para las campañas previstas y los insumos para otras acciones de vigilancia y control de enfermedades prevenibles por vacuna.
- Actividades de supervisión en la gestión de biológicos:
 - Incorporación de nuevas vacunas al CEV y realización de campañas de vacunación
 - Incorporación de las vacunas antineumocócica HEPTA valente y antihepatitis A al Plan Nacional de Vacunaciones (PNV)
 - Planificación y ejecución de campaña de vacunación con 2as dosis de hepatitis A a niños inscriptos en el PANES y del sector público de atención que iniciaron su vacunación en el año 2007
 - Campaña de recuperación del CEV en toda la población y en especial en zonas de bajas coberturas
 - Campaña de vacunación en fronteras con Sarampión y Rubéola en el marco de la Campaña Continental de Erradicación de la Rubéola Congénita promovida por la OPS/OMS.
 - Campaña de vacunación antigripal

Vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas (EPV), de las parálisis flácidas (PFA) y de enfermedades eruptivas febriles

Vacunación de bloqueo en situaciones de brotes de enfermedades prevenibles por vacuna:

Vacunación de bloqueo contra hepatitis A (Montevideo, Canelones, Florida y Maldonado).

Vacunación de bloqueo contra varicela (zonas de Tacuarembó y Montevideo)

Objetivo 2- Fortalecer el sistema de ingreso y registro de los datos de las enfermedades de notificación obligatoria.

- Fortalecimiento de la gestión de la Central de notificación de enfermedades y eventos
Capacitación continua del personal de Central de Notificación de Eventos (CNN) en la utilización del nuevo software de la unidad.

Asistencia de los funcionarios de CNN a cursos de capacitación en Windows XP y Ofimática y se realizaron talleres de capacitación a funcionarios de la unidad en Epi Info versión 6.

Capacitación a los funcionarios en herramientas de georreferenciación.

- Utilización del nuevo sistema para notificar por Web
- Colaboración en la interconexión del sistema de gestión de UVISAP con los sistemas informáticos de los notificadores clave
- Mejora de la calidad de las notificaciones

Objetivo 3 - Fortalecer la difusión de la información y retroalimentación a los efectores de salud y notificadores.

- Creación de un espacio de datos epidemiológicos en la página web del Ministerio de Salud Publica
- Publicación mensual en la web de los datos de enfermedades y eventos notificación obligatoria
- Publicación electrónica del boletín epidemiológico

- Difusión de la información de enfermedades priorizadas para el MERCOSUR

Objetivo 4- Mantener y ampliar la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), aportando la información necesaria para el monitoreo del nuevo sistema nacional de salud

Publicación escrita del informe final de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (en prensa)

Participación en la realización de la encuesta GATS (Global Adult Tobacco Survey.)

Vigilancia de las enfermedades y eventos no transmisibles incluidos en el Código

Análisis de morbilidad por egresos hospitalarios:

Objetivo 5 - Fortalecer la vigilancia en Salud Pública en las áreas de detección, evaluación de riesgo, respuesta rápida y cumplimiento de los compromisos de vigilancia que establece el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

- Fortalecimiento de la detección de eventos

Se elaboró un documento escrito con un sistema estandarizado de recolección y verificación de información proveniente de fuentes no formales: prensa, rumores, población general, etc. que debe ponerse en práctica y ampliarse una vez que se habilite y equipe la sala de análisis de UVISAP.

Se designó un referente de vigilancia en salud pública como prueba piloto en el hospital Pereyra Rossell que está llevando a cabo la vigilancia de las enfermedades respiratorias y que ampliará sus funciones para 2009.

En relación al desarrollo del proyecto de conformación de la red de vigilancia de alcance nacional, se elaboró un instrumento de evaluación de la red que resta ser ejecutado por parte de las DDS.

Se ha puesto en práctica del nuevo software on line de notificaciones para las DDS e instituciones piloto.

- Evaluación de riesgo y respuesta rápida:

Se realizaron actividades de capacitación fundamentalmente en respuesta rápida, con participación del nivel central y niveles locales en los temas Irag inusitada y Dengue

Se realizó un curso de capacitación en respuesta rápida al equipo del nivel central, dictado por expertos de OPS WDC en Montevideo.

Se obtuvieron recursos para la asignación de equipamiento de protección personal.

Objetivo 6. Desarrollar la planificación estratégica de las actividades del Laboratorio de salud Pública en el marco de las actividades de vigilancia en salud

- Traslado del laboratorio con sus instalaciones a una nueva planta física en el edificio del Instituto de Higiene, Facultad de Medicina UDELAR.
- Convenio de trabajo conjunto del DLSP con la Universidad de la Republica para fortalecer las áreas de diagnóstico e investigación aplicada.

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2009

En el programa nacional de inmunizaciones:

- Realizar el plan de acción anual a partir del plan quinquenal realizado por el equipo evaluador del PAI. Evaluar el impacto de la vacunación universal antineumocócica 7 valente y de la vacunación universal antihepatitis A. Planificar y evaluar la campaña de vacunación antigripal. Planificar y evaluar la campaña de vacunación de adultos mayores con vacuna antineumocócica 23 valente
- Coordinación con Habilitaciones para la habilitación de vacunatorios
- Mejorar coberturas de vacunación en zonas o bolsones que tienen bajas coberturas

En el área de vigilancia en salud se proponen los siguientes objetivos:

- Actualizar el marco normativo de la vigilancia en base al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005 y a la situación epidemiológica nacional y regional actual.
- Fortalecimiento de la vigilancia en Salud Pública en las áreas de detección, evaluación de riesgo, respuesta rápida y cumplimiento de los compromisos de vigilancia que establece el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- Fortalecer la difusión de la información y retroalimentación a los efectores de salud y notificadores. Difusión de experiencias de intervención, investigación y prevención de enfermedades.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de las medidas de prevención y control implementadas.
- Fortalecer el sistema de ingreso y registro de los datos.
- Detección de la circulación de nuevos agentes, a través de la creación de un grupo multidisciplinario de expertos para el análisis, estudio y regulación de los casos de presentación atípica y muertes de etiología desconocida.
- Mantener y ampliar la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, con especial énfasis en hipertensión y diabetes.
- Fortalecer la vigilancia del VIH/SIDA.
- Cumplir con los compromisos país en lo que respecta a vigilancia en los ámbitos de MERCOSUR y RSI, a través de la adecuación de la normativa, formularios, guías para la aplicación del RSI 2005, entre otros.

DIVISIÓN SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL:

Durante el año 2008, se consolida el cambio de dependencia funcional de Salud Ambiental y Ocupacional, transformándose en División a través del Decreto 433 del 9/9/08 que reformula la estructura organizativa de la Dirección General de la Salud.

Nuestra Misión: desarrollar acciones desde la Salud Pública para el logro de un ambiente saludable, hacia un modelo de desarrollo sustentable que brinde óptima calidad de vida a la población.

Objetivos estratégicos durante la gestión 2008 : a) Promoción, Protección de la salud y prevención, b) Fomento de la Equidad, c) Planificación de los recursos humanos en salud, d) Fomento de la excelencia sanitaria, e) Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos.

Objetivos generales

1. Desarrollar e implantar Políticas Nacionales sobre Medio Ambiente y Salud.
2. Desarrollar e implantar Políticas Nacionales sobre Salud del trabajador. Dirigido a promover y proteger la salud y seguridad de los trabajadores.
3. Fortalecer la Planificación y Gestión de la División Salud Ambiental y Ocupacional. Dirigido a fortalecer al Ministerio en su rectoría normatizadora y fiscalizadora en aspectos de Salud Ambiental y Ocupacional.
4. Gestión integral de las Sustancias Químicas, Residuos Peligrosos y la Salud Ambiental Infantil.
5. Promover el desarrollo de Laboratorios de Salud Ambiental.

Objetivos específicos

1. Contar con información relacionada a la carga ambiental de las afecciones en poblaciones vulnerables.

Meta 1 – Desarrollar Indicadores de Salud Ambiental.

Meta 2 – Implementar indicadores de Salud ambiental y calidad de aire.

Meta 3 - Implementar indicadores de Salud ambiental y calidad de alimentos.

Meta 4 - Establecer la prevalencia de exposición al plomo de población infantil.

Comentarios: Todas las metas fueron cumplidas en un 100%. Los indicadores desarrollados se aplicaron en dos ciudades del interior, vigilando la función respiratoria de mil niños, correlacionándola con la calidad del aire (Proyecto de monitoreo de la función respiratoria en niños escolares de 3 a 12 años de Fray Bentos y Rocha - 2007- 2012, en el marco del Plan de Monitoreo de la Empresa Botnia).

2 .Mejorar de la Gestión en los procesos de fiscalización de Industrias

Meta 5 - Aumentar en un 5 % las Inspecciones realizadas en materia de Salud Ambiental y Ocupacional.

Meta 6 - Incorporar en las inspecciones los aspectos de salud y seguridad laboral, realizando mapas de riesgo y valoración de las CYMAT (condiciones y medio ambiente del trabajo).

3. Contar con información sobre las condiciones de trabajo, factores de riesgo ocupacional y condiciones sanitarias de los trabajadores asistidos en Clínicas Preventivas.

Meta 7 - Aplicar la Historia Clínica Laboral orientada según riesgos ocupacionales al 5 % de los trabajadores asistidos.

Meta 8 - Valorar al menos dos Grupos de Trabajadores homogéneos, según empresas y ramas de actividad.

Meta 9 - Implementar la determinación de creatinina en sangre en una población determinada de trabajadores, a los efectos de determinar la pertinencia de su inclusión en el carnet básico de salud.

Comentarios: todas las metas fueron cumplidas en un 100%. Se cuenta con un sistema informatizado de ingreso de datos, habiendo valorado más de 40.000 trabajadores en el año

4. Proponer, formular y reglamentar los aspectos que fueran detectados como carentes o insuficientes de norma.

Meta 10: actualizar el Decreto 135/1999 en el seno de la Comisión Interinstitucional de Residuos Sólidos Hospitalarios.

Meta 11: actualizar la Ordenanza 337/2004 “sobre Vigilancia Sanitaria de Trabajadores expuestos a Factores de Riesgo Laboral, por parte de la Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de los Efectos Adversos sobre la Salud Humana de los contaminantes Químicos Ambientales.

Meta 12: elaboración de Fichas y Requisitos para las empresas según Rama de Actividad.

En el ámbito de la Comisión Interinstitucional de Residuos Hospitalarios, se revisó y modificó el decreto 135/99, el cual flexibiliza la gestión de los residuos hospitalarios. En el ámbito de la Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de los Efectos Adversos sobre la Salud Humana de los Contaminantes Químicos Ambientales, se revisaron y actualizaron los Indicadores Biológicos de Exposición a Riesgos Químicos en el ambiente laboral, proponiendo que la Ordenanza 337/04 se transformara en Decreto Ministerial.

5. Fortalecimiento y Capacitación de RRHH en Salud.

Meta 13: incorporar RRHH por concurso y desarrollar programas de formación en servicio.

6. Fomento de la Comunicación del Riesgo, formación y educación.

Meta 14: implementar eventos y talleres Nacionales sobre “Cambio Climático y Salud”, “Agua y Salud”, “Salud del Trabajador”.

Meta 15: implementar la pasantía por la División, de Médicos Postgrados de Salud Ocupacional de la facultad de Medicina.

Comentarios: cumplimiento 100%, al haberse coordinado los aspectos técnicos del Evento conmemorativo del Día Mundial de la Salud “Proteger la Salud del Cambio Climático”. Se implementó el Taller Nacional Agua y Salud con la participación de un Asesor de OPS – CEPIS, se implementó y desarrolló la Jornada – Taller sobre Salud Laboral.

7. Implementar Controles y Planes de Vigilancia de Salud Ambiental.

Meta 16: aplicar la Ordenanza 337/04, solicitando los Controles Biológicos de Exposición a los riesgos químicos y físicos, al universo de Trabajadores de las empresas fiscalizadas.

Meta 17: Implementar el Protocolo de Vigilancia por exposición laboral a Plaguicidas de trabajadores hortícolas y frutícolas del Departamento de Canelones.

Meta 18: Revisar y actualizar las Pautas de Manejo y Seguimiento de Población Pediátrica según valores de Plomo en Sangre.

8. Promover el desarrollo del Laboratorio Toxicológico de la División Salud Ambiental y Ocupacional.

Meta 19: Instalar Tecnologías que permitan el monitoreo biológico sobre agentes químicos del ambiente comunitario y laboral.

Principales objetivos estratégicos 2009

Avanzar en la transformación de Clínicas Preventivas en el Depto. de Salud Laboral y en la Implementación del Instituto Nacional de Salud del Trabajador, como parte integral del mismo, desarrollando el Laboratorio de Toxicología Ambiental. Fortalecer las acciones de Vigilancia Ambiental y Fiscalización de la Salud Laboral de la División.

PROCESO REESTRUCTURA DE DIGESA

Por las responsabilidades que le corresponden al MSP en el Sistema Nacional Integrado de Salud, y a la necesidad de desarrollarlas de acuerdo a los valores esenciales como son imparcialidad, legalidad e integridad, transparencia, eficiencia y calidad de los resultados, la actuación de profesionales técnicos y administrativos abocados a la función de inspector, fue explícitamente jerarquizada dentro de la administración.

Considerando lo anteriormente expuesto, debemos destacar de la Ley N° 18.172 de 31 de agosto de 2007, en lo siguiente: Con el objetivo de fortalecer el rol normalizador y de fiscalización de la Dirección General de la Salud fue imperativa la necesidad de adecuar el funcionamiento y la organización de la Dirección al nuevo marco normativo y a las exigencias que surgieron principalmente del proceso de Reforma Sanitaria y la constitución del Sistema Nacional Integrado de Salud de acuerdo a la Ley N° 18.211.

En tal sentido, en coordinación con OPP, se trabajó intensamente, en el análisis del conjunto de procesos vinculados a ejercer la rectoría en lo que se denomina las funciones esenciales de la salud pública y en ese marco se procedió a identificar, estudiar y establecer las funciones específicas del sistema inspectivo contralor, la definición de nuevos cometidos y metas, descripción de los puestos de trabajo, creación de cargos, entre otros.

Objetivos:

- Reformulación de la estructura organizativa, en el marco de una revisión de los cometidos estratégicos de la Unidad Ejecutora de referencia, que responda a la necesidad de transformar la modalidad tradicional organizada por una lógica de objetivos, centrada en los resultados de la gestión.
- Creación de un cuerpo único de inspectores, conformando una unidad independiente y especializada – nueva División de Fiscalización. Fortaleciendo así la tarea inspectiva, priorizando sus tareas y logrando adhesión con las mismas.

Se apunta a la creación del cuerpo inspectivo con alta dedicación, especialización, régimen de incompatibilidades y sujetos a la aceptación de compromisos de gestión.

El Decreto 590 de fecha 01.12.2008 aprueba el “Reglamento para régimen de funciones inspectivas en el área de la salud” y el Reglamento para aplicación de compromisos de gestión.

Se han hecho avances significativamente en la preparación del curso de nivelación a ser impartido a los nuevos inspectores que se seleccionen e ingresen a la división; esto permitirá acelerar su incorporación en el proceso de control que realiza este Ministerio.

ÁREA PROGRAMÁTICA.

Misión: La Planificación, Formulación, Ejecución y Evaluación de políticas y programas en el área de la Salud Pública (Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades y Traumatismos) dirigido a la totalidad de la población del Uruguay haciendo énfasis en la población de mayor vulnerabilidad social en todo el territorio nacional.

Apoyar la inserción en el Sistema Nacional Integrado de Salud de una Canasta Básica de Prestaciones y de los indicadores para la evaluación de su cumplimiento para las áreas o programas aún no contemplados.

Visión: Lograr la coordinación del accionar de los Programas Prioritarios integrados en el Área Programática de tal forma de generar una unidad de criterio y una unidad de acción procurando un efecto sinérgico, mediante la conformación de equipos multi-interdisciplinarios que superen las divisiones establecidas en que cada programa se organiza en torno a patologías o grupos etarios.

Objetivos de Gestión 2008:

- Procurar la coordinación, desarrollo integral de los programas prioritarios y la transversalidad de las actividades de planificación.
- Procurar una labor homogénea de los programas integrantes del área en cuanto a las actividades de promoción, prevención y evaluación.
- Definir la Canasta Básica de Prestaciones y sus indicadores de evaluación a partir del aporte de cada programa prioritario no contemplado con anterioridad.
- Normar y protocolizar la atención de los grupos y patologías, mediante la formulación de guías de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Procurar la realización de controles y auditorías regulares en áreas como ITS-SIDA, Salud Mental, Mujer y Género, Niñez, etc., en base a las propuestas e indicadores establecidos por los respectivos programas.

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2009:

- Integrar las políticas, estrategias, actividades, en forma transversal tomando como ejes verticales a las áreas Mujer, Niñez (Materno-infantil), Adolescencia, Adulthood y Adulto Mayor.
- Hacer énfasis en las actividades de Promoción de la Salud, la Estrategia de Participación Comunitaria y la articulación de Redes Sociales.
- Profundizar la integración de equipos multi-interdisciplinarios para realizar actividades de Promoción de la Salud en coordinación con las Direcciones Departamentales de Salud en el Interior del país.
- Difundir todas las herramientas elaboradas: Guías, Protocolos, etc...
- Realizar campañas de información/sensibilización sobre la prevención de patologías prevalentes y de hábitos saludables de vida.

Principales lineamientos de acción para el logro de los objetivos 2009:

- Integración de equipos de trabajo con funcionamiento quincenal obligatorio.
- Apoyados en las Direcciones Departamentales articular desde la DIGESA y la coordinación de Áreas Programáticas la conformación de Redes que impulsen los objetivos expuestos.
- Coordinar difusión con medios de prensa locales, y medios comunitarios y el Movimiento de Usuarios.

URUGUAY SALUDABLE

Es un proyecto de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) administrado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ejecutado a nivel nacional por el Ministerio de Salud Pública- Dirección General de la Salud.

Tiene como propósito contribuir a la mejora de la calidad de vida y el nivel de salud de la población, reduciendo las inequidades en salud y promoviendo una ciudadanía activa y responsable para el cuidado de la salud individual y colectiva en el contexto de la actual reforma sanitaria. Contribuye de esta manera, a los cambios en los modelos de atención y de gestión, a la territorialización de la promoción de la salud y al fortalecimiento del primer nivel de atención.

El proyecto se estructura en dos componentes: uno de formación y otro de comunicación, educación y trabajo en red. En la implementación territorial se aplica la estrategia de entornos y estilos de vida saludables, en particular, la de comunidades productivas y saludables.

Misión.- El Proyecto Uruguay Saludable pretender aportar en los cinco campos de acción recomendados para la promoción de la salud ¹:

Desarrollo de políticas públicas saludables.

Creación de entornos propicios para la salud.

Compromiso de las comunidades para la resolución de los problemas de la salud.

Adquisición de aptitudes personales para promover los hábitos saludables.

Reorientación de servicios de salud mediante la transformación de los modelos de atención.

La estrategia de estilos de vida y entornos saludables, se enmarca en una concepción del trabajo en el área de la salud que privilegia la promoción y prevención a nivel poblacional y que reconoce como ámbitos privilegiados a las instituciones públicas y privadas y a los territorios de las comunidades (urbanas y rurales) como espacios para incidir en el desarrollo sustentable.

Visión.- A nivel estratégico el proyecto jerarquiza el trabajo con Comunidades Saludables, donde las acciones se enfocan más hacia los determinantes de la salud que hacia las consecuencias de la enfermedad.

En este sentido, Comunidades Saludables es una forma de entender la salud “considerando la necesidad de potenciar la autogestión intersectorial de las comunidades, en un marco de derechos ciudadanos garantizados por medio de políticas públicas que viabilicen y sostengan dichos procesos” ²

¹ “Declaración ministerial de México para la promoción de la salud: de las ideas a la acción”, firmada en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, “Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad”, junio 2000.

² “Hacia una Política Pública de Promoción de la Salud basada en Comunidades Productivas y Saludables”. Ministerio de Salud Pública – Organización Panamericana de la Salud. Montevideo, Uruguay, 2006.

Objetivos de gestión 2008.- Para el año 2008 se planteó los siguientes objetivos, con respecto al componente 1, que prevé un programa de formación de 200 horas de duración en modalidad semipresencial, dirigido a equipos de salud del primer nivel tanto público como privados, referentes comunitarios e institucionales:

Finalización del programa de formación previsto en el componente 1 en los departamentos iniciados en el 2007: Treinta y Tres, Rocha, Maldonado, San José, Salto, Paysandú, Florida, Rivera y Cerro Largo.

Realización del programa de formación completo en los siguientes departamentos: Colonia, Río Negro, Durazno, Flores, Lavalleja, Tacuarembó, Artigas y Soriano.

Conformación de la red de referentes territoriales departamentales en materia de promoción de salud.

En relación al componente 2 del proyecto, de comunicación, educación y trabajo en red, en el que se trabaja en la estrategia de comunidades saludables a nivel territorial conjuntamente con organizaciones sociales de base local y equipos técnicos interdisciplinarios, se plantearon los siguientes objetivos de gestión para el año 2008:

Acompañamiento, monitoreo y supervisión de proyectos de promoción de salud licitados en distintos territorios.

Elaboración del manual de comunicación y herramientas pedagógicas para el trabajo en promoción de salud a nivel local-territorial.

Elaboración de mapas intersectoriales e interinstitucionales para el trabajo territorial.

Diseño y elaboración de la sistematización de las experiencias piloto de proyectos de promoción de salud.

Diseño de una matriz de indicadores de Comunidades Saludables, en base a las ya elaboradas y recomendadas por los organismos internacionales (OMS-OPS), adaptándolas a nuestra realidad.

Principales acciones, productos e indicadores de logro 2008.- El programa de formación "Reorientación de recursos humanos en salud", dirigido a equipos de salud del primer nivel de atención público y privado, referentes comunitarios e institucionales completó su módulo dos (implementación programática) en Rivera, Treinta y Tres, Cerro Largo, Maldonado, Rocha, Salto, Paysandú, San José, Florida y se desarrolló en forma íntegra de junio a diciembre de 2008 en : Artigas, Colonia, Río Negro, Soriano, Durazno, Flores y Tacuarembó.

Por la metodología de trabajo, los cupos fueron limitados (cerca de 45 personas por departamento). Culminaron efectivamente el proceso de formación 735 personas, provenientes de 130 localidades de los 16 departamentos y se elaboraron casi 100 proyectos desde la programación participativa local. El 72% de los participantes son integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención y el 67% provenientes del sub sector público.

En cuanto al componente 2, de comunicación, educación y trabajo en red, se desarrollaron 24 proyectos de promoción de salud en 18 localidades de todo el país:

90 técnicos pertenecientes a organizaciones de base local /equipos interdisciplinarios diseñan y ejecutan dichos proyectos, en los que hay involucrados, con distintos grados de coordinación, cerca de 300 instituciones u organizaciones públicas y privadas.

Finalmente, con la participación de los integrantes de los equipos territoriales que trabajan en los proyectos de promoción de salud, se diseñó la guía en comunicación que contiene un relevamiento de herramientas pedagógicas para el trabajo territorial en promoción de salud.

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2009.- Acompañamiento de los proyectos generados en el marco de la implementación del programa de formación del componente 1. Consolidación de la red de referentes territoriales en promoción de salud conformada en el marco de la implementación del programa de formación del componente 1.

Validación y publicación de la matriz de indicadores de comunidades saludables. Publicación, distribución, uso y evaluación de la herramienta guía en comunicación preparada en el marco del componente 2.

Acompañamiento, monitoreo y supervisión de las experiencias territoriales en promoción de salud iniciadas en 2007 y 2008, con línea de continuidad.

Apertura de nuevas experiencias piloto en otros departamentos del país.

Principales lineamientos de acción para el logro de los objetivos 2009.- Dado que, formalmente, el proyecto Uruguay Saludable finaliza sus recursos a diciembre de 2008, la continuidad de las líneas de trabajo señaladas en el ítem anterior están dadas por la articulación con dos programas ya asumidos por el MSP y en particular por la Dirección General de la Salud: el Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles (PPENT) y el Programa Piloto Unidos en la Acción.

UNIDAD DE INFORMACIÓN NACIONAL EN SALUD (UINS)

Misión. _ La Unidad de Información Nacional en Salud (UINS), cumple las funciones de Unidad Coordinadora del sector salud en todo lo relacionado con los nacimientos y las defunciones, enmarcada según el Sistema Estadístico Nacional (SEN), cuyo órgano rector es el Instituto Nacional de Estadística (INE), creado por la Ley 16.616 en 1994. Entre los cometidos de la Unidad se incluye el cumplimiento del Decreto 410/90 establecido desde 1990 sobre el uso del Sistema Informático Perinatal (SIP), recibir, procesar, informar los datos enviados mensualmente por las instituciones públicas y privadas.

Destinatarios. Las estadísticas vitales constituyen parte de la demanda informativa a diferentes niveles, desde los organismos internacionales, gobiernos nacionales y regionales, de investigadores, personal especializado de instituciones académicas, como del público en general puesto que son insumo importante para el estudio, planeamiento y evaluación de acciones en materia de bienestar de la población.

Visión.- Recopilación, procesamiento y análisis de la información sobre estadísticas vitales para la comprensión de la dinámica poblacional y para la planificación e intervención a través de políticas públicas orientadas al desarrollo económico y social que permita a las autoridades del MSP la toma de decisiones sobre políticas de salud.

Objetivos de gestión 2008

Objetivos para el Área de Información Poblacional

Análisis de la Información de nacimientos y defunciones. Depuración y corrección de las bases de datos. Automatización tecnológica de la base de datos. Publicación y difusión de la información

Objetivos Área de Estadísticas Vitales: elaborar y sistematizar los datos concernientes a Natalidad y Mortalidad. Mantener conexión con todos los actores involucrados, funcionarios de los centros asistenciales, médicos, Seccionales Judiciales y Oficinas del Registro Civil

Objetivos Área de Estadísticas Vitales circunscrito al Centro Hospitalario Pereira Rossell

Procesar las Estadísticas Vitales del CHPR, nacimientos y defunciones. Procesamiento de los datos de defunciones y de nacimientos infantiles, perinatales y menores de 15 años. Realización de controles de calidad en el proceso de recolección, análisis y difusión de los datos, elaboración y difusión de informes estadísticos

Objetivos Área del Sistema Informático Perinatal

Dar cumplimiento al Decreto 410/90 establecido sobre el uso del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Indicadores de logros 2008

Indicadores del Área de Información Poblacional

1. En coordinación con el área de Informática se comenzó a utilizar un nuevo programa de ingreso de datos de nacimientos y defunciones que controla el ingreso de variables, para evitar errores prevenibles en la etapa de llenado.
2. Se desarrolló un Programa para automatizar el análisis básico de las bases de datos, en sustitución de la herramienta de software que se utilizaba hasta el año 2006 (un cubo de dataware house elaborado hace años por la empresa Quanam)
3. Se comenzó la implementación del Certificado de nacimiento Electrónico. Se implementa la Mesa de Apoyo al usuario, con la colaboración de dos Técnicas en Registros Médicos. Se brinda capacitación y apoyo telefónico. Se realiza Manual de Preguntas frecuentes, con acceso a la página web. Se continúa ampliando la implantación del Certificado de Nacimiento en todo el país.
4. Se está procesando la combinación de las dos bases de datos de nacimientos para el año 2008, provenientes una del ingreso de datos de los certificados en papel y otra de los certificados electrónicos del nuevo sistema
5. Comisiones: se ha participado durante el 2008 en las Comisión de Medicinas Tradicionales, Alternativas y Complementarias, en la Comisión de reglamento del Medicamento Homeopático, en la Comisión de Seguimiento de Muerte Materna, y en la CISICS (Comisión de Sistemas de Información y Comulación en Salud) del MERCOSUR.
6. Congresos, talleres, Jornadas: se participa con exposiciones en las Jornadas de Técnicos en Registros Médicos, en el Congreso de Informática Médica de la SUEIDISS, en el Taller del Comité de Muerte Infantil.

Indicadores del Área de Estadísticas vitales

1. Mantener el abastecimiento de certificados, remitos y sobres a todas las instituciones del país. Gerenciar la impresión y distribución de certificados mediante licitación y distribución.
2. Recepción por separado de los certificados correspondientes a nacido vivo de los de defunción cumpliendo con los procedimientos establecidos.
3. Publicación de información trimestral sobre el comportamiento de la Mortalidad Infantil.
4. Apoyar con la información necesaria a los distintos programas (Niñez, Programa UNICEM, Comité de Mortalidad).

Indicadores del Área de Estadísticas vitales CHPR

1. Se realizó el procesamiento de los egresos de ginecología y oncoginecología de CHPR, motivos de internación, en el período mayo- noviembre 2600 historias clínicas.
2. Procesamiento de información del Comité de Infecciones Quirúrgicas, en el período mayo- noviembre se han trabajado 800 fichas de intervenciones quirúrgicas, actualmente se está realizando el primer resumen de las mismas para ser presentado ante el Comité de Infecciones
3. Procesamiento de información de exámenes (laboratorio, ecografía) realizados a pacientes de ginecología y oncoginecología cuyos resultados fueran incluidos en la Historia Clínica de los pacientes egresados.

Indicadores del Área del Sistema Informático Perinatal

1. Reforzar el equipo de trabajo y la infraestructura del SIP
2. Evacuar las preguntas e inquietudes con respuestas inmediatas sobre el uso del software del SIP.
3. Capacitar a todo el personal de los distintos departamentos para que estén en condiciones de emplear el nuevo software Versión SIP2007.

4. Compilar la información, para generar información y publicar las estadísticas SIP.
5. Relevamiento de los datos de los certificados de defunción de menores de un año con defectos congénitos con el objetivo de precisar los tipos, frecuencias y caracterización epidemiológica, vinculando la información con los registros del SIP

Principales objetivos estratégicos para el año 2009

1. Mejorar la calidad de los registros y afianzar los procesos de mejora de producción de la información con la elaboración de un Plan Estadístico del Sector Salud y el diseño de un Sistema Nacional de Información en Salud.
2. Acompañar en forma activa, en la implementación de los certificados de nacido vivo y defunción electrónicos. (decretos 249 y 250 del 9 de julio de 2007).
3. Sistematizar la publicación y difusión de la información.
4. Lograr una mejor relacionamiento con los actores involucrados, funcionarios de los centros asistenciales, médicos, Secciones Judiciales y Oficinas del Registro Civil.
5. Establecer mecanismos que permitan las conexiones con otros sistemas de información como el Sistema Informático Perinatal, (SIP), el Plan Aduana (seguimiento clínico de niños de 0 a 2 años) y el Sistema de Profesionales del MSP, entre otros.
6. Se está instrumentando la actualización de la Ordenanza Ministerial N° 624 de 25 de noviembre de 2002 por la que se declara de notificación obligatoria los defectos congénitos de los nacidos vivos; hacia una notificación abarque a TODOS los recién nacidos (vivos y muertos) portadores de algún defecto congénito.
7. Publicar y difundir a los usuarios la información, tanto para fines de evaluación de las metas asistenciales como de los compromisos de gestión asumidos por las Instituciones para 2009

METAS PRESTACIONALES

Misión.- Proporcionar a los niveles de decisión del Ministerio de Salud Pública, a las instituciones y a la población en general cuando ello sea pertinente, la información debidamente procesada, y en tiempo real, contribuyendo a la toma de decisiones en el marco de la Reforma del Sistema de Salud.

Visión .- Esta área produce información a partir de datos ingresados por dos sistemas: Datos vinculados a las Metas Prestacionales de la Reforma del Sistema de Salud.

Datos de Auditorias de los Sistemas de Información de las Metas Prestacionales de las Instituciones de los Sistemas de Salud.

El Sistema Informático Perinatal (SIP), referido al control de la embarazada, del parto y del recién nacido (hasta octubre del corriente año).

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2008

Objetivo 1: Sistema Informático Perinatal

Se elaboro y se implemento un sistema de distribución de la HCPB que logro que el 100% de las instituciones de Asistencia Médica trabajen con la Historia original y se conformó un equipo de trabajo.

Objetivo 2: Metas Prestacionales

Se conformó un equipo de auditorias integrado por 4 funcionarias del MSP y 4 técnicos del CLAEH.

Se elaboraron formularios de auditoria, un acta y un instructivo.

Se elaboro un plan de auditorias de los Sistemas de Información de las Instituciones.

Recepción de datos trimestrales de las instituciones.

Recepción de metas anuales de cada Institución.

Se auditaron las 49 IAMC, los Seguros Privados, El CHPR, la RAP, los 18 Centros Departamentales de ASSE, El Hospital de las Piedras, El Hospital de la Costa y 36 Centros Auxiliares de ASSE.

Objetivo 3: Coordinación, sistematización y difusión.

Se realizaron coordinaciones con: Responsables del Plan Aduana; Programa del Niño; Programa Mujer y Género; CLAP; Uruguay Saludable.

Participación en la organización, coordinación y dictado del Curso – Taller “Certificado de defunción. Aspectos Médicos- legales en la Neonatología y Pediatría Intensiva” en conjunto con el Programa de la Niñez, la SUNPI, y la cátedra de Medicina Legal de la UDELAR

Principales objetivos estratégicos para la gestión 2009

Objetivo 1: Metas Prestacionales

Mejorar la organización de la recepción de los datos, el análisis y la entrega de la información a las autoridades competentes. Implementar un nuevo plan de auditorías de los Sistemas de Información de las instituciones.

UNIDAD TECNICA MERCOSUR:

En el caso del sector salud en el MERCOSUR, la integración al bloque regional se considera que debe estar en sintonía con la reforma del sistema: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El formar parte del MERCOSUR en el área de la Salud implica la coordinación de políticas y normativas sanitarias. Sustancialmente, este Subgrupo tiene como cometido el ocuparse de lo que se refiere a políticas sanitarias regionales, desde la normativa hasta la ejecución de las mismas, atendiendo a las necesidades detectadas en la región y teniendo en cuenta los dinamismos y las novedades de intervención colectiva que se pueden detectar.

El funcionamiento del MERCOSUR–SALUD implica la existencia de dos instancias que agrupan a todas las actividades del sector:

Subgrupo de Trabajo N° 11 (SGT N° 11) dependiente del Grupo Mercado Común (GMC)
Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados (RMSM-EA), dependiente del Consejo Mercado Común. (CMC)

Del trabajo de los diferentes grupos y luego de la evaluación correspondiente de los Coordinadores Nacionales, se elevaron al GMC los siguientes Proyectos de Resolución que finalmente fueron aprobados por ese cuerpo:

- Directrices para la Organización y el Funcionamiento de los Servicios de Diálisis (Derogación de la Res. GMC N° 28/00).
- Procedimientos Mínimos de Inspección Sanitaria en Embarcaciones que navegan por los Estados Partes del MERCOSUR (Derogación de la Res. GMC N 06/03) 01/08
- RTM para los Preservativos Masculinos de Látex de Caucho Natural (Derogación de la Res GMC N° 75/00
- Directrices para la Organización y el Funcionamiento de los Servicios de Servicios de Diálisis (Derogación de la Res. GMC N° 28/00)
- Formulario de Solicitud de Evaluación de Tecnologías en Salud
- Directrices sobre Combate a la Falsificación y Fraude de Medicamentos y Productos Médicos en el MERCOSUR
- Declaración de Salud del Viajero en el MERCOSUR
- RTM de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades priorizadas y Brotes entre los Estados Partes del MERCOSUR

En la Reunión de Ministros se aprobaron los siguientes Proyectos de Acuerdo:

- Fortalecimiento de la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil en el Marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Estrategias Conjuntas para la Implementación del Seguimiento de Donantes Vivos de Órganos del MERCOSUR y Estados Asociados
- APS a 30 Años de Alma Ata
- Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre en el MERCOSUR
- Acuerdo de los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR en relación a Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual
- Acuerdo sobre Intensificación de las Acciones de Prevención y Control de Fiebre Amarilla

Firmaron además una Declaración Conjunta con los Ministros de Desarrollo Social donde manifestaron el compromiso con el proceso de integración y la articulación conjuntas que permitirá evitar la duplicidad de esfuerzos, dando mayor eficacia en los programas y políticas sociales.

Segundo Semestre: Participación en la XXXI Reunión Ordinaria del SGT N° 11 "Salud" y XXV RMS Presidencia Protempore de Brasil. De la reunión del SGT 11, se elevaron los siguientes proyectos de resolución al GMC que finalmente terminaron aprobados por ese cuerpo:

- Directrices para Mecanismo de Intercambio de Aviso de Alerta sobre Eventos Adversos Causados por Productos Médicos Fabricados Intra-Zona
- Requisitos para la Concesión de Libre Plática en Embarcaciones en el MERCOSUR
- Reglamento Técnico MERCOSUR sobre Buenas Prácticas Sanitarias de Transporte de Insumos e Productos Farmacéuticos
- Criterios de Simplificación de Procedimientos de Control Sanitario de Productos de Higiene Personal, Cosméticos e Perfumes Grado 1 Fabricados en el MERCOSUR
- Reglamento Técnico MERCOSUR para Transporte de Sustancias Infecciosas y Muestras Biológicas entre los Estados Partes del MERCOSUR
- Criterios e Mecanismo para la Actualización de Listas MERCOSUR de Sustancias en Productos de Higiene Personal, Cosméticos e Perfumes
- Guía para Elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud.
- Plan Estratégico de Cooperación Técnica en Regulación de Vacunas en el ámbito del MERCOSUR
- Directrices sobre Promoción, Propaganda e Publicidad de Medicamentos en el MERCOSUR

De la RMS surgieron los siguientes Proyectos de Acuerdos:

- Estrategia Relativa a Vigilancia y Combate a Falsificación y Adulteración de Medicamentos y Productos Médicos
- Estrategia Conjunta para a Promoción del Uso Racional de Medicamentos en el MERCOSUR
- Acceso a Medicamentos de Alto Costo
- Plan de Trabajo de las Prioridades Definidas para a Política de Medicamentos del MERCOSUR, Bolivia y Chile
- Reorientación de las Actividades de la Comisión Intergubernamental "Sistemas de Información y Comunicación en Salud"
- Fortalecimiento de las Acciones de Promoción, Prevención, Detección Precoz, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente con Cáncer de Cuello de Útero en el MERCOSUR
- Acuerdo MERCOSUR para Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal
- Plan Integrado de Preparación para la Pandemia de Influenza del MERCOSUR
- Estrategias para intensificar las intervenciones de acceso universal en HIV-SIDA en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad en el MERCOSUR
- Estrategia MERCOSUR de Nutrición para la Salud y Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud

ACTIVIDADES MSP REFERIDAS A INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Objetivo: sistema nacional de investigación en salud.

Se comenzó un proceso dentro del MSP, para el abordaje de la INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA. En ese sentido, en primer término se coordinaron acciones con todos los actores del MSP y luego con la UdelaR y la Agencia Nacional de Innovación e Investigación (ANII).

Se realizó un diagnóstico de situación y se recogieron sugerencias de líneas de investigación a ser priorizadas por el MSP, aplicando para la definición de prioridades la matriz de abordaje múltiple del Global Forum.

Se contó con la cooperación técnica de OPS. En el primer trimestre las autoridades deberán validar el primer documento de prioridades de investigación. A tales efectos la ANII generará un Fondo Sectorial para investigación en salud y seguirán los intercambios con la UdelaR y otros actores de la investigación en salud a nivel nacional.

DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO (DPMC)

Objetivo: Compromiso de impulsar juntos la conformación de un Sistema Nacional de Educación Médica Continua y Educación Médica Permanente (Desarrollo Profesional Médico Continuo), con participación interinstitucional, sumando las capacidades de cada uno de los protagonistas y como contribución al mejoramiento de la calidad asistencial.

El Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) integrado por el MSP, Facultad de Medicina, Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Federación Médica del Interior (FEMI) y la Academia Nacional de Medicina (ANM), en diciembre del 2008 presentó su segundo informe de actuación a las autoridades.

En el mismo, además de hacer referencia a los avances en la capacitación de RR.HH, en la conceptualización de la educación permanente en salud (EPS) y el estado de desarrollo de la red de DPMC, el hecho más trascendente fue la presentación del Anteproyecto de Ley para la conformación del Sistema Nacional de DPMC. Las principales autoridades del GTIP, se comprometieron a pasar a la segunda etapa de este proceso enviando durante el 2009 dicho anteproyecto al Poder Legislativo.

SALUD DE FRONTERAS

Objetivo: desarrollo de sistemas de salud en la frontera Uruguay - Brasil, sumando las capacidades locales.

Para este objetivo se trabaja a nivel de los ámbitos correspondientes de MERCOSUR y por intermedio de la Comisión Binacional Asesora de la Salud en la Frontera Uruguay-Brasil, reactivada en octubre de 2007, en la ciudad de Artigas. Luego de una primera propuesta de Brasil de Acceso Recíproco a los servicios de salud en la Frontera, y de contrapropuestas de Uruguay, finalmente en noviembre del 2008, se firmó en el marco de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, un Acuerdo que garantizará mutuos beneficios a las poblaciones fronterizas de Uruguay y Brasil. Actualmente se está en la etapa de reglamentación para comenzar su aplicación en el mes de marzo del 2009. La contraparte brasileña serán los efectores del Sistema Único de Salud (SUS) y por Uruguay los prestadores del SNIS.

Para avanzar en esta estrategia, se elaboró un proyecto de "Fortalecimiento de las capacidades de respuesta en salud a nivel nacional y en particular en zonas de frontera Uruguay-Brasil" para ser presentado al MERCOSUR a cuenta del FOCES (fondo de convergencia estructural

del MERCOSUR). Actualmente se está coordinando una presentación conjunta con Brasil para darle más factibilidad a su aprobación).

MIGRACIONES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

De acuerdo a los compromisos asumidos en la VIII Conferencia de Ministros de Salud de Iberoamérica de Octubre 2006 realizada en Colonia, Uruguay, se establecieron como objetivos:

1. Desarrollar una visión integrada de las migraciones del personal sanitario desde las perspectivas de gobierno, en un trabajo colaborativo con las instituciones formadoras y las asociaciones profesionales.
2. Abordar la temática de las migraciones del personal sanitario tanto en su diagnóstico como en la elaboración de alternativas nacionales y regionales.
3. Mejorar las oportunidades contratación, de desarrollo profesional y de educación continua en los países y servicios de origen.
4. Promover programas que faciliten el retorno del personal de salud mediante ofertas de empleo, reconocimientos de méritos académicos y otras medidas de estímulo.
5. Rechazar el uso de políticas migratorias selectivas de RHS que puedan causar impacto negativo sobre la salud y la vida de nuestros ciudadanos.

Está en desarrollo una experiencia de migración de recursos con contrapartida de compensación entre Uruguay y Portugal. El convenio consiste en el envío de 11 médicos para trabajar en el sistema de salud portugués en el área de emergencia, durante 3 años y por otro lado Portugal capacita a técnicos uruguayos en el área de transplante hepático. Ya pasaron dos grupos de médicos por centros de trasplantes portugueses que son referencia en Europa y se han donado equipos para el Centro de Transplante Hepático que se está conformando a través del Hospital de Clínicas y Hospital Central de las FF.AA.

Finalmente, durante el 2008, se concertó un proyecto con fondos de la Unión Europea, para analizar el fenómeno de la migración de RR.HH en salud: análisis y generación de oportunidades para el desarrollo compartido. Las contrapartes son OPS/OMS; la Escuela Andaluza de Salud Pública y el MSP de Uruguay por su responsabilidad en el Grupo de Trabajo de Migraciones de la Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud.

Durante el 2009 comienza su ejecución, con amplias posibilidades de avanzar en los diagnósticos, financiando investigaciones y en la elaboración de alternativas para la atenuación del impacto de las migraciones.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS (FNR)

Misión y Objetivos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una Institución creada por ley con la finalidad de asegurar cobertura financiera a un conjunto de procedimientos de medicina altamente especializada, para toda la población del país.

Comenzó a funcionar el 1º de diciembre de 1980 en aplicación del decreto ley N° 14897 del 23 de mayo de 1979 y su decreto reglamentario. El marco normativo fue modificado posteriormente con la aprobación de la ley 16.343 de 24 de diciembre de 1992.

La misión del FNR es otorgar financiamiento a un conjunto de prestaciones médicas de efectividad demostrada, cuando existen indicaciones basadas en evidencia científica actualizada, permitiendo que las mismas estén disponibles con equidad para toda la población del país, asegurando que los procedimientos se realicen con alto nivel de calidad y eficiencia y en condiciones de sustentabilidad económica y financiera.

Los objetivos del FNR son los siguientes:

1. Permitir el acceso equitativo de toda la población del país a un conjunto de técnicas médicas de alta especialización, asegurando su financiamiento
2. Evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes, controlando los procesos y los resultados de los actos financiados
3. Mejorar la eficiencia del sistema mediante la aplicación de metodología de análisis de costos
4. Administrar la atención de pacientes en el exterior en los casos en que se justifique.
5. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los uruguayos y abatir la demanda de tratamientos, mediante la aplicación de programas preventivos y la difusión de hábitos saludables.
6. Apoyar el desarrollo y el conocimiento de la medicina basada en evidencias mediante actividades de capacitación, aporte de estudios, evaluaciones y guías de práctica clínica

Cobertura técnica y de medicamentos

La legislación dispone que corresponda a la Comisión Honoraria Administradora (CHA) fijar el listado de afecciones, técnicas y medicamentos que estarán cubiertos por el FNR, requiriéndose el asesoramiento de la Comisión Técnica Asesora (CTA).

Las técnicas médicas cubiertas actualmente son las siguientes:

- Artroplastia con implante de prótesis de cadera y rodilla
- Hemodinamia, Angioplastia coronaria transuminal percutánea, Cirugía Cardíaca, Implante de marcapasos y cardiodesfibriladores
- Tratamiento de Grandes Quemados
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal crónica ambulatoria
- Trasplantes cardíacos, Médula Ósea, Renal y Renopancreático
- Implante coclear

A fines del año 2004, se incorporó como cobertura el suministro bajo protocolo, de medicación de alto costo, inicialmente para el tratamiento de afecciones hemato-oncológicas y hepatitis c. En octubre de 2008, se dispuso incluir bajo la cobertura financiera del FNR los productos incluidos en el Anexo II del Formulario Terapéutico de Medicamentos con vigencia al 1° de julio de 2008.

Actos en el exterior

En casos especialmente justificados, el FNR puede convenir la atención de pacientes en medios sanitarios del exterior, cuando se trate de patologías que no puedan tratarse en el país, por carecerse de recursos.

Los actos que actualmente se cubren en el exterior incluyen trasplante hepático, trasplante pulmonar, casos muy excepcionales de cardiopatías congénitas

Programas

Programas de prevención, seguimiento de resultados y evaluación de las instalaciones de los IMAE

En los últimos años, el FNR dispuso poner en marcha diferentes Programas de trabajo orientados a:

1. La prevención y control de factores de riesgo.

Estos programas se articulan con las políticas sanitarias dirigidas a la prevención y constituyen además una herramienta de administración del riesgo.

Los mismos incluyen el Programa de Prevención Secundaria de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica en pacientes coronarios, el Programa de Cesación de Tabaquismo, el Programa de Salud Renal, el Programa de Control y Abatimiento de los Factores de Riesgo Nutricional y el Programa de Vacunaciones.

2. La evaluación y seguimiento de resultados de las técnicas cubiertas

El FNR lleva a cabo un programa de evaluación de resultados mediante diferentes actividades de seguimiento.

Este programa incluye el programa de detección de complicaciones en los actos cubiertos por el FNR, el programa de detección de reacciones pirógenas y otras complicaciones en pacientes en tratamiento dialítico, el programa de control y seguimiento de marcapasos y cardiodesfibriladores y el programa de seguimiento de pacientes con implante coclear.

El FNR lleva a cabo además, un programa de evaluación de resultados alejados sobre diversas técnicas que permite comparar resultados entre IMAE y con los estándares internacionales.

3. La evaluación de las instalaciones de los IMAE.

El objetivo del programa es evaluar la calidad de los procesos más significativos. A través de visitas programadas a los IMAE, se recoge información sobre las condiciones actuales de los IMAE con énfasis en la dotación de personal, instalaciones, equipos, principales procesos asistenciales y registros médicos. Se realiza en el momento de la visita, educación incidental.

El grupo técnico de seguimiento realiza también visitas a los IMAE que presentan casos de eventos adversos

Datos Básicos de Gestión de Actos Médicos

Hasta la fecha, el FNR ha permitido que más de 200 000 personas recibieran tratamientos y asistencia médica altamente especializada.

A continuación se resume la actividad de cobertura de actos médicos realizada por el FNR entre el 1º de enero y 30 de noviembre de 2008.

En el período, el FNR autorizó la cobertura financiera de 13.819 procedimientos.

Según el tipo de técnica se observó la siguiente distribución: correspondieron al área cardiovascular 8707 actos (63%), al área traumatológica 3327 (24.1%), a tratamientos con medicamentos 871 (6.3%), a trasplantes 237 (1.7%), a tratamientos de grandes quemados 157 (1.1%), a ingreso a diálisis 510 (3.7%) y a implante coclear 10 casos (0.07%).

El total de pacientes dializados en el período ascendió a 2.934. Del total, 2.665 (90.8%) correspondieron a pacientes en hemodiálisis y 269 (9.2%) a pacientes tratados con diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

La distribución etaria mostró que 7810 usuarios (56.5%) tenían 65 o más años al momento de la autorización de la cobertura, y 7575 (54.8%) pertenecían al sexo masculino.

Según la distribución por origen de cobertura, se mantiene un uso diferenciado, ya que 66% de los actos financiados se hicieron a pacientes de instituciones privadas y 32% a pacientes de ASSE-MSP. Correspondieron 202 actos (1.5%) a pacientes procedentes del SSFFAA y 43 (0.3%) del BPS.

El número de actos con cobertura autorizada según la procedencia geográfica del paciente tiene un interés especial. Debe destacarse que mientras Montevideo tiene una tasa de utilización de 51.4 actos por 10 000 habitantes, Artigas tiene menos de la mitad de esa tasa.

La distribución por IMAE mostró que en el período analizado se autorizaron 3312 actos (24%) al IMAE Sanatorio Americano, 2321 (16.8%) al INCC, 2237 (16.2%) a la Asociación española 1ª de Socorros Mutuos, 1456 (10.5%) al Banco de Prótesis, 1376 (9.9%) a Casa de Galicia, 564 (4.1%) al ICI, 561 (4.06%) al Hospital de Clínicas, 121 (0.9%) al CENAQUE y 1871 (13.5%) al conjunto de IMAE con menos de 100 actos autorizados.

Proyectos 2009

Las principales actividades proyectadas para el año 2009 se centran en tres áreas:

1-Medicamentos de alto costo.

En los últimos años, el Fondo Nacional de Recursos ha iniciado un proceso de incorporación de medicamentos a su cobertura financiera, que incluyó una variedad de patologías de diversas Especialidades Médicas, en determinadas condiciones que se establecieron en normativas correspondientes.

En octubre de 2008, la Comisión Honoraria Administradora del FNR, resuelve incorporar a la cobertura financiera del FNR los productos incluidos en el Anexo II del Formulario Terapéutico de Medicamentos.

La incorporación de medicamentos a un sistema de cobertura universal, como es el caso del FNR en Uruguay, requiere contar con estrategias bien definidas para el control de las indicaciones y la evaluación de los resultados.

La misma comprende:

- Revisión periódica de la normativa de cobertura (pautas diagnósticas, criterios de terapéutica y de seguimiento clínico y paraclínico), a efectos de adecuarla a la evolución de la evidencia científica disponible, así como al contexto específico del sistema de salud de nuestro país.
- Evaluación de resultados de los tratamientos financiados a través de estudios de seguimiento.

De acuerdo a las políticas de cobertura definidas y en el marco de una adecuada gestión de medicamentos, el FNR continuará aplicando estas herramientas que permiten contar con la información suficiente y objetiva para tomar decisiones fundamentadas para sostener la cobertura a lo largo del tiempo. Esta estrategia permite establecer una relación estrecha entre la calidad, la equidad y la sustentabilidad.

2-Programa de Trasplante hepático

El Fondo Nacional de Recursos incorporó la cobertura financiera del trasplante hepático en el año 1993, realizándose el procedimiento en el Hospital Italiano de Buenos Aires, situación que se mantiene hasta la actualidad, realizándose los controles pre y post-trasplante en nuestro país.

En el año 2004 la Comisión Honoraria Administradora del FNR aprobó la realización de un llamado para implementar un Programa de Trasplante Hepático en el Uruguay.

Posteriormente, resolvió seleccionar para la suscripción de un convenio, en base a los informes de evaluación recibidos y a la relevancia que la función docente tiene para el desarrollo de este programa, al Programa Conjunto "Hospital de Clínicas - Hospital Militar".

En el año 2008, en el marco del Convenio Biinstitucional existente entre el Hospital de Clínicas y la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, se firmó un acuerdo

preliminar entre el FNR y la Dirección Nacional de las Fuerzas Armadas, dirigido a realizar actividades de seguimiento pre y postrasplante enmarcadas en el Programa de Trasplante Hepático.

Es prioridad para el FNR, impulsar la implementación y desarrollo del Programa de Trasplante Hepático en el Uruguay.

Se están analizando los aspectos estructurales, recursos materiales, humanos y cobertura financiera con los integrantes de la Unidad Biinstitucional y el FNR.

Estas instancias se encuentran en una fase avanzada proyectándose el inicio del mismo a corto plazo durante el año 2009.

3. Programas de prevención, seguimiento de resultados y evaluación de las instalaciones de los IMAE

Durante el año 2008, se mantuvo la propuesta de Programas de trabajo aprobada en 2007 orientada a:

- la prevención y promoción de salud (Prevención Secundaria Cardiovascular, Salud Renal, Cesación de tabaquismo, Control y abatimiento de factores de riesgo nutricional, Vacunaciones)
- detección de complicaciones (reacciones pirógenas en pacientes dializados, complicaciones en pacientes del área cardiovascular, traumatológica y otras, control de cardiodesfibriladores y marcapasos)
- seguimiento de resultados a largo plazo de los actos médicos financiados
- evaluación de las instalaciones de los IMAE.

Estos programas deben ser entendidos en el marco de la medicina preventiva, de la mejora de los procesos asistenciales y, además, como una herramienta de administración del riesgo del FNR, porque permiten abatir la incidencia de gastos controlables o reiterados.

Se propone mantener y desarrollar estas líneas de trabajo en tanto se orientan a mejorar la calidad y a optimizar los resultados de las técnicas financiadas por el FNR.
