



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

TRANSICIÓN DE GOBIERNO
2009 | 2010



Martes 29 de diciembre de 2009



Montevideo, 29 de diciembre de 2009.

También la transición de un gobierno a otro -aunque ambos tengan la misma identidad política- incide en la calidad de la democracia.

Conscientes de ello, y comprometidos con el permanente mejoramiento de la democracia en tanto forma de gobierno y estado de la sociedad, el Poder Ejecutivo ha elaborado este material de trabajo y lo pone a disposición del Presidente y Vicepresidente de la República electos y del elenco ministerial ya designado que asumirán funciones el próximo 1º de marzo.

Este material no es una Memoria ni un Balance de Gobierno, sino un Informe de Gestión Estratégico y de presentación del estado de situación de los asuntos fundamentales de los ministerios, la estrategia de política pública de las autoridades y la definición de sus principales desafíos.

Por cierto que hay relación entre estos informes, la memoria y el balance, pero no son lo mismo. Existen, entre ellos, diferencias de forma, carácter, contenido y alcance.

Al presente material han de sumarse la documentación e información disponibles desde el inicio mismo del actual período de gobierno así como los intercambios propios de la transición que hoy comienza formalmente y para la cual todos tenemos el derecho a recibir y la responsabilidad de ofrecer las máximas garantías y las mejores posibilidades: una transición profunda, transparente, generosa, seria y responsable por respeto a los uruguayos.

Las naciones son proyectos históricos, colectivos y democráticos. El breve lapso de esta transición es tiempo suficiente para demostrarlo. Y así lo haremos.

Dr. Tabaré Vázquez.
Presidente de la República



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTRA
Dra. MARÍA JULIA MUÑOZ

SUB SECRETARIO
Dr. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO



INFORME DE TRANSICIÓN

Diciembre 2009

Por resolución del Sr. Presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez fueron designados como responsables de la coordinación general para la confección de los Informes Ministeriales de Transición de Gobierno 2009 - 2010 a los Sres:

Secretario General de la Presidencia Dr. Miguel Toma.

Prosecretario de Presidencia Sr. Jorge Vázquez Rosas.

Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto Cr. Martín Dibarboure.

La supervisión y compilado general de los informes que confeccionaron los Ministerios respectivos estuvo a cargo del Área de Gestión y Evaluación del Estado (AGEV) dependiente de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia.



Coordinación del Informe

Ec. Daniel Olesker. Director General de Secretaría de Estado.
Pol. Marcelo Setaro. Gerente de Planeamiento Estratégico.

Participantes en la elaboración

Capítulos 1, 2, 3 y 4 del Informe

Ec. Daniel Olesker. Director General de Secretaría de Estado
Pol. Marcelo Setaro. Gerente de Planeamiento Estratégico

Capítulo 4. Cambios Institucionales relevantes

Dr. Feliciano Mauvezin, Director División Jurídica; Dr. Mario Ceruzzi, División Jurídica;
Dr. Jhonny Alemán, Informática Jurídica.

Capítulo 5. Programas y Proyectos

Capítulo 5.1. Programas Prioritarios de Salud, DIGESA

Lic. Sandra Moresino, Coordinadora del Área Programática; Sr. Carlos Nuñez, Responsable Apoyo Administrativo. Responsables de los Programas de Salud del MSP.

Capítulo 5.2. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles

Lic. Héctor Martínez, Coordinador del PPENT; Pol. Martín Sacchi, Responsable de Monitoreo.

Capítulo 6. Cooperación Internacional

Dr. Gilberto Ríos, Subdirector de Salud; Dr. Ricardo Acuña, Responsable de MERCOSUR; Lic. Julio Nuñez, Mercosur.

Dra. Beatriz Rivas, Directora de Cooperación Internacional.

Capítulo 7. Conflictos Legales

Dr. Feliciano Mauvezin, Director División Jurídica; Dr. Mario Ceruzzi, División Jurídica.

Capítulo 8. Recursos Humanos.

Esc. Julio C. Martínez, Gerente de Desarrollo Humano.



Capítulo 9. Recursos Financieros.

Cr. Dante Giménez, Director División Recursos Económico-Financieros. Sra. Adriana Larraza, Adjunta a la DIGESE.

Capítulo 10. Sistemas de Información.

Dra. Teresa Puppo, Gerente Calidad y Gestión del Cambio.

Dra. Alicia Ferreira, Directora de División Informática. A/P Gerardo Abreu, Subdirector División Informática.

Capítulo 11. Mejora de los procesos internos.

Cra. Adriana Álvarez, Gerente de Calidad y Mejora Continua.

Capítulo 12. Organismos con vínculos en el inciso.

Sra. Adriana Larraza, Adjunta DIGESE.

Dr. Feliciano Mauvezin, Director División Jurídica; Dr. Mario Ceruzzi, División Jurídica.

Capítulo 13. Gestión prioritaria y Lineamientos de Política

Ministra de Salud y Gabinete ministerial



TABLA DE CONTENIDOS

1. Cometidos del Ministerio	11
2. Planificación Estratégica Ministerial	14
3 Planificación Estratégica Intersectorial o transversal	20
4. Cambios institucionales relevantes del período de gobierno.....	22
5. Principales programas y proyectos.....	25
6. Principales programas de cooperación internacional	28
7. Conflictos Legales.....	30
8. Recursos Humanos	30
9. Recursos Financieros	38
10. Sistemas de Información Ministerial.....	48
11. Mejora de Procesos	55
12. Organismos de los artículos 220 y 221	91
13. Gestión prioritaria y Lineamientos de Política	93
Anexo 1	97
Anexo 2	102



1. COMETIDOS DEL MINISTERIO

El MSP tiene su origen legal en su Ley de creación, la número 9.202 del año 1934. Se inserta en la estructura estatal como “Órgano Ministerio”, es decir: un órgano des-concentrado del Poder Ejecutivo. Consta de dos Direcciones Generales, la DIGESE y DIGESA. La primera tiene como función la regulación y fiscalización de la estructura administrativa ministerial, y el relacionamiento con los órganos de contralor del Estado. La segunda, el ejercicio de la Policía Sanitaria a través de sus Divisiones especializadas, además de las tareas inherentes a la generación de inteligencia sanitaria.

En la órbita del Ministerio se localizan dos organismos desconcentrados: la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y el Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDT). La JUNASA es el organismo responsable de la administración del Seguro Nacional de Salud. El INDT, por su parte, es el organismo de referencia nacional en materia de donación y transplante de órganos y tejidos¹.

El Ministerio de Salud Pública es el responsable del ejercicio de la Rectoría del conjunto de políticas públicas del sector salud. El concepto de “Rectoría Sanitaria” comprende a los procesos fundamentales de la conducción política. Dentro de esos procesos se cuentan el ejercicio de:

- Conducción: definir las políticas, elaborar las estrategias, definir metas sectoriales, fomentar la participación y la construcción del consenso político y social, alentar la coordinación intersectorial.
- Regulación: realizar la habilitación, acreditación, certificación y fiscalización de profesionales, servicios, tecnologías e insumos sanitarios.
- Funciones Esenciales de Salud Pública (ver el recuadro 1).
- Vigilancia de la cobertura: cumplimiento de planes de atención integral, evaluación de la suficiencia y calidad de los servicios.
- Articulación del Financiamiento: integración de fondos, administración de riesgos sanitarios poblacionales.
- Organización de la provisión de servicios: construcción de un sistema integrado que fomente la complementariedad de servicios y que se organice según niveles de complejidad y mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.

¹ Se anexa a este informe los decretos vigentes que establecen la estructura funcional del MSP. Además, se anexa también el proyecto de decreto de reestructura general del MSP, que en este momento se encuentra a estudio de la OPP.



Para el ejercicio de las funciones de Rectoría Sanitaria, el Ministro de Salud Pública cuenta con apoyaturas técnicas diversas. Para las primeras tres funciones que mencionamos, el papel de la Dirección General de la Salud (DIGESA) es fundamental, porque genera la base de inteligencia sanitaria, ejerce la función de policía sanitaria y, más en general, las Funciones Esenciales de Salud Pública (ver tabla 1).

El Ministro cuenta además con el apoyo de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), para el desarrollo de las funciones de Vigilancia de la Cobertura, Articulación del Financiamiento y Organización de la Provisión de Servicios².

En el recuadro siguiente se muestran las 11 FESP, según la definición conceptual de la OPS. Como se marcó anteriormente, son cometidos de alta especialidad técnica, que son desempeñadas por la Dirección General de la Salud del Ministerio.

Recuadro 1. FESP según OPS

1. Las FESP según la Organización Panamericana de la Salud

- FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- FESP 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- FESP 3. Promoción de la salud.
- FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud.
- FESP 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materias de la salud pública.
- FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9. Investigación en salud pública.
- FESP 10. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

²Se anexa la publicación del MSP (2009): La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009.



Además de estos aspectos conceptuales de las funciones de Rectoría, la Ley 18.211 define los cometidos estratégicos del MSP, que se relacionan con el desarrollo del SNIS y la garantía del derecho a la salud de todos los habitantes residentes en el país. El artículo 5to. de la Ley 18.211 define estas competencias fundamentales del MSP para el desarrollo del SNIS:

Artículo 5º. A efectos de lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley³, compete al Ministerio de Salud Pública:

- Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados en conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.

³ El artículo 2 de la 18211 refiere a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y sus principios rectores.



- Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- Las demás atribuciones que le otorga la presente Ley, la N^o 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA MINISTERIAL

Durante 2005, el MSP realizó un ejercicio de Planificación, en el cual definió sus principales ejes estratégicos. Para ello contó con el apoyo técnico de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Este proceso permitió establecer una clara correspondencia de las líneas de trabajo ministerial con los lineamientos generales del Gobierno Nacional. Durante este proceso participaron de manera activa diversos funcionarios pertenecientes a las áreas sustantivas del ministerio, bajo la conducción del Director General de Secretaría. El proceso se completó con el ajuste final y la aprobación política realizada en el ámbito del Gabinete ministerial, integrado por la Sra. Ministra, el Sr. Subsecretario y los Sres. Directores Generales de las principales áreas ministeriales (ASSE, DIGESA y DIGESE).

El Plan Estratégico ministerial está contenido en el módulo PEG-SEV del SIIF que incluye las principales metas de gestión anual del Ministerio. Durante el quinquenio, se han realizado correcciones en la formulación de metas por ajustes de problemas de diseño metodológico y disponibilidad de datos. Estas metas se actualizan de forma previa a la formulación de la Ley de Rendición de Cuentas.

Durante el quinquenio se experimentaron cambios relevantes en el sistema de salud y en la estructura del Ministerio, que impactaron positivamente en la planificación originalmente realizada por el mismo. El cambio más relevante fue la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con la Ley 18.211 de 2008. Esta ley reposiciona al MSP como el rector del SNIS, además de suponer una ampliación sustantiva de los derechos de acceso a la salud y cambios profundos en el sistema de financiamiento.

Un cambio previo fue la descentralización de ASSE, con la Ley 18.161, que creó la empresa pública de servicios de salud. Esto permitió separar las áreas de política y regulación ministeriales de las áreas asistenciales. La asistencia pública queda así bajo la responsabilidad directa del organismo descentralizado ASSE.



Por otra parte, la Ley 18.211 creó la JUNASA como organismo desconcentrado del Ministerio. Este organismo es responsable de la administración del Seguro Nacional de Salud. La Junta está presidida por el MSP, y cuenta con la participación del MEF y del BPS, además de representantes de trabajadores y usuarios del SNIS.

Durante el período, también se creó el Instituto Nacional de Donación y Transplante (Ley 18.362 de 2008) que pasa a convertirse en un organismo desconcentrado del MSP, y es responsable de implementar las políticas de donación y transplante.

Además, en 2008 se procesó la reestructura de la DIGESA, que plasma un nuevo organigrama acorde a las necesidades de Rectoría de todo el sector salud (Decreto 433/008). Además, en 2009 se concretó la creación de los cargos de Alta Conducción en el ámbito de la DIGESE (Leyes 18.172 y 18.362). Esto se acompañará de un nuevo organigrama general del MSP, que en este momento se encuentra a estudio en OPP y ONSC.

En general, estos planes no logran reflejar la complejidad de la agenda de reformas y de las políticas ministeriales. Sin embargo, el plan ha permitido establecer un documento básico, que explicita los compromisos ministeriales. En tal sentido, el PEG-SEV se muestra como una herramienta que permite establecer un hilo conductor, que le da unicidad a la gestión ministerial.

Es necesario destacar que se debe continuar el fortalecimiento de los sistemas de información de base, que permiten verificar el cumplimiento del Plan y son esenciales para una efectiva gestión por resultados en todo el ministerio. Al respecto, vale la pena mencionar la iniciativa de OPP de impulsar en el MSP una experiencia piloto de Tablero de Control Ministerial (Cuadro de Mando).

Descripción del Plan Estratégico (PEG-SEV)

Misión

Formular los objetivos sanitarios, determinar las políticas y fijar estrategias para el cumplimiento de los cometidos esenciales y sociales en materia sanitaria, de modo de asegurar la salud, en el entendido que es un derecho humano básico, un bien



público y una responsabilidad de Estado. Además el MSP debe: realizar la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y educación en salud; ejecutar la regulación y control de los actores - individuales e institucionales -del sistema nacional de salud y sus acciones, y la incorporación y uso de la tecnología médica; promover, protección de la salud y desarrollar la atención a la enfermedad de las personas beneficiarias de los Servicios de Salud del Estado⁴, con un enfoque biosicosocial y utilizando los recursos disponibles con eficacia y eficiencia.

Visión

- Garantizar la salud de la población sobre la base de una atención que cumpla los principios de universalidad, continuidad, calidad aceptable, equidad, oportunidad, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social, gestión democrática, derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, centralización normativa, descentralización en la ejecución, interdisciplinariedad, trabajo en equipo y sustentabilidad, para lograr un sistema nacional integrado de salud, financiado por un seguro nacional obligatorio, con integración de efectores públicos y privados.
- Fortalecer la red pública de atención, con una administración ágil, centrada en un usuario informado y participativo. Integrar las acciones de salud en su contexto social y económico, a través de la coordinación e interacción de programas y acciones con otros organismos del estado.

⁴ Con la ley 18161, aprobada en 2007, ASSE pasa a ser un servicio descentralizado del MSP, quedando claramente separadas las funciones de provisión de servicios asistenciales, de las de formulación de política y aplicación de regulación.



Tabla 1. Funciones de DIGESE y DIGESA

	Objetivos de Inciso	Indicadores de Impacto
DIGESE	Asistencia Integral	Brindar una cobertura de asistencia integral, de acuerdo a estándares de calidad.
	Junta Nacional de Salud	Suscripción de los contratos de gestión con los prestadores integrales de salud, que integran el sistema
	Revisión Salarial	Revisión de los salarios de los funcionarios Ingreso al Sistema SIRO, readecuación de los distintos objetos de gasto
	Regulación de Prestadores Salud	Número de controles realizados por Institución en el año Número de Instituciones controladas en el año.
	Sistema de Información	Número de Instituciones de salud públicas y privada enviando información en forma electrónica con interoperabilidad
	Fondo de Finan. SNIS	Número de personas con cobertura integral en las Instituciones públicas y privadas financiadas por el Fondo Público
DIGESA	Sist. Vigilancia en Salud	Evolución de la tasa de mortalidad infantil (TMI 0/00)
	Comunicación social	Programas desarrollados y ejecutados
		Campañas desarrolladas y ejecutadas
	Política de Tecnología Médica	Desarrollar un sistema de tecno-vigilancia entre los años 2006 y 2007
		Cantidad de instituciones de tecno-vigilancia entre los años 2006 y 2007
	Política de Medicamentos	Evolución de la prescripción
	Asesoramiento Política Salud	Numero de leyes, decretos y/o ordenanzas aprobadas en el período en materia salud.
		Numero de modificaciones a leyes, decretos y/o ordenanzas existentes.
Habilitación y control Servicios	Servicios de salud acreditados del primer nivel de atención	
	Servicios de salud del país habilitados en relación a los registrados	

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



	Objetivos de la UE	Metas Planteadas	Indicadores de Gestión	
DIGESE	Regulación de los Prestadores de Salud	Presentación de información	Porcentaje de Instituciones con información adecuada y de calidad	
		RUCAF	Porcentaje de registros válidos	
	Sistema de Información	Conexión a la Red	Porcentaje de efectos ingresados en el sistema en la red privada de ASSE al sistema de atención primaria.	
		Mantenimiento del sistema	Asegurar la continuidad del sistema contribuyendo a que el servicio sea utilizado con la seguridad y calidad de información requerida	
	Junta Nacional de Salud	Confección Contratos Gestión	Determinación y acuerdo de los contenidos del contrato de gestión	
		Ingreso hijos menores 18 años	Menores y discapacitados a cargo del cotizante al FONASA	
		Ingreso otros colectivos	Ingreso al seguro de otros funcionarios públicos de acuerdo a lo dispuesto en art. 68 de la Ley 18211	
	Revisión Salarial	Revisión Salarial y puestos	Examinar los distintos puestos de trabajo de los funcionarios dependientes de esta Secretaría de Estado y adecuar remuneraciones en el entendido que a igual función, igual remuneración.	
	DIGESA	Sist. Vigilancia en Salud	Aumento Notif. ECNT	Medir el aumento de las notificaciones anuales de enfermedades no transmisibles, tomando como base el año inmediato anterior.
			Aumento Notificación E.T.	Medir el aumento de las notificaciones anuales de enfermedades transmisibles tomando como base el año inmediato anterior.
Política de Medicamentos		Reducción tiempo registro	Mide la reducción en el tiempo de registro	
		Incrementar inspecciones	Mide el aumento en el número de inspecciones anuales	
Comunicación social		Diseño y desarrollo campañas	Campañas desarrolladas y ejecutadas	
Asesoramiento Política Salud		Vacunación de niños	Mide el porcentaje de niños vacunados menores de un año	
Habilitación y control Servicios		Habilitación de servicios	Mide el número de servicios de salud habilitados sobre registrados del Departamento de Canelones.	
		Oficinas de Atención Usuario	Oficinas de atención al usuario en los Servicios de Salud Privados	
		Ofic de Atención Usuario	Oficinas de atención al usuario en los Servicios de Salud Públicos de segundo y tercer nivel: U.E. de A.S.S.E., H.F.F.A.A., H. Policial, Banco de Seguros, B.P.S. y Hospital de Clínicas.	

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



Otros planes estratégicos

Existe una variedad de planes con grados de concreción y desarrollo variable. Dentro de los mismos, podemos destacar como ejemplos⁵.

- El Plan Director Informático quinquenal (PDI-2005-2009) que establece la política ministerial en materia de TIC y Gobierno Electrónico. Se cuenta con una versión actualizada del PDI, que lleva la planificación al año 2010. (Se anexan PDI 2005-2009 y PDI 2010).
- Las Direcciones Departamentales de la Salud cuentan con planes de desarrollo, referidos al fortalecimiento institucional y al desarrollo de la competencia rectora del MSP a nivel departamental.
- En el área de Vigilancia Epidemiológica de la DIGESA, se cuenta con Planes para hacer frente a: Dengue, Gripe NHN1, Emergencias y Desastres (con el Comité de Emergencias), otros.
- ASSE cuenta con su propio Plan Estratégico 2005-2009 (Ver informe específico de ASSE).

Otra área de particular importancia incluye a los programas prioritarios de salud. Estos están referidos a las acciones programáticas y a los lineamientos de política de salud referidos a las necesidades de salud en grupos poblacionales específicos y de ciertas enfermedades prevalentes en la población. Estos lineamientos se combinan con abordajes territoriales, que buscan plasmar los programas en el territorio y sus poblaciones. Cabe mencionar como ejemplos:

- Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.
- Programa Nacional de Salud de la Niñez.
- Programa Nacional de Salud de la Adolescencia.
- Programa Nacional de Salud de la Población Adulta.
- Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor.

⁵ Estos programas se encuentran disponibles en: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html. Además, el capítulo 5 del Informe de Transición contiene una descripción detallada del área de programas y proyectos de salud.



- Programa Prioritario de Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Salud Cardiovascular (CHLCV); Salud Renal; Diabetes.
- Programa Nacional de Control del Cáncer (CHLCC).
- Programa Nacional de Control de Tabaquismo.
- Programa Nacional de Salud Mental.
- Programa Nacional de Salud Ocular.
- Programa Nacional de Salud Bucal.
- Programa Nacional de Salud de ITS-Sida.
- Programa Nacional de Nutrición.

3. PLANES ESTRATÉGICOS ACTUALIZADOS

Durante el período 2005-2009, el MSP participó de diversas instancias de planificación y coordinación intersectorial. Estas actividades se inscriben dentro de una orientación general de las políticas de gobierno, que apostaron a la búsqueda de un accionar mancomunado de las diversas agencias estatales y a la generación de sinergias con la Sociedad Civil.

El MSP participó activamente de la generación de una estrategia social integrada junto al resto de los Ministerios y agencias gubernamentales de los sectores sociales del país.

A continuación, mencionamos algunos de los ámbitos en los cuales participó el MSP con diversos grados de protagonismo:

- Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, creado por el Decreto 133/005. En este ámbito de participación social amplia, el MSP discutió los principales lineamientos de la reforma de salud. Se



convoca de manera periódica por la Ministra, a fin de informar y consultar respecto a la marcha del SNIS.

- Gabinete Social (Participan: MEF, MIDES, MVOTMA, MSP, MEC, MTD, MTSS). Presidido por el MIDES, reúne a los ministerios que tienen participación más directa en la definición y provisión de políticas sociales.
 - Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidido por el MIDES, es un ámbito que amplía el Gabinete Social para incluir la participación de otras agencias del Estado que no integran la Administración Central.
 - Comité de Coordinación Estratégica de Políticas de Infancia y Adolescencia.
 - Comité Nacional y Departamental de Emergencia. El MSP participa en el Comité Nacional, y en los departamentales a través de los Directores Departamentales de Salud. El MSP tiene un rol importante en la definición de las líneas de política sanitaria en el caso de desastres naturales, epidemias, etc.
 - Comisión Sectorial de Seguridad Social (OPP, MEF, MTSS, MSP, MIDES, BPS). Ámbito presidido por OPP en cual, durante el período 2005-2008, se discutieron diversos proyectos relativos a seguridad social. La Comisión cuenta además con un Plenario con representantes de la sociedad civil, en el cual se acordaron diversas modificaciones al régimen de seguridad social.
 - Diálogo Nacional Sobre Seguridad Social. Ámbito creado por la Comisión Sectorial de Seguridad Social para la discusión y definición de propuestas de reformas al régimen de seguridad social. El MSP participó en el equipo organizador del Diálogo, que contó con el soporte técnico y financiero de la UDELAR y el Sistema de Naciones Unidas.
 - Junta Nacional de Drogas. Depende de Presidencia de la República; el MSP participa como miembro permanente de la Junta (Decreto 463 de 2008).
 - Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). El MSP participa en carácter de asesor de este organismo.
-



- Programas Prioritarios de salud del MSP. Todos ellos cuentan con planes de desarrollo estratégico, que en su casi totalidad implicaron mecanismos de consulta interinstitucional y de participación ciudadana.
- Direcciones Departamentales de Salud. Con grados de desarrollo variable, algunas direcciones departamentales han logrado implementar procesos de planificación estratégica en los cuales se hace partícipe a las comunidades de referencia.

Ver ANEXO referente al punto 3.

4. CAMBIOS INSTITUCIONALES RELEVANTES DEL PERÍODO DE GOBIERNO⁶

La Reforma de la Salud es una reforma estructural que implica por tanto una dimensión de transformación de la institucionalidad del sistema de salud del Uruguay.

La reforma de la salud es una reforma estructural que desde la perspectiva institucional implica la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado por la Ley No 18.161 del 29.07.2007 como servicio descentralizado, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), por la Ley No. 18.131 del 18.05.2007, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por la Ley No. 18.211 del 5.12.2007 y la elaboración de un conjunto de normas que establecen el nuevo rol rector del MSP sobre el conjunto del sistema.

Por orden cronológico se identifica -en el anexo correspondiente al capítulo 4- las principales leyes que definen la fisonomía y el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. Además de una nueva estructura institucional, estas leyes definen nuevas competencias para la Autoridad Sanitaria en materia de Rectoría Sectorial.

⁶ Para un mayor detalle de los cambios institucionales del SNIS, ver: MSP (2009) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009. Disponible en: www.msp.gub.uy.



a. Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por la Ley No. 18.161 del 29.07.2007 como servicio descentralizado

Este servicio descentralizado sustituyó al órgano desconcentrado de igual denominación (que fuera creado en 1987). Es persona jurídica y posee su domicilio principal en Montevideo, sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país. Es dirigido y administrado por un directorio de 5 miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

La Ley permite establecer una clara separación entre las funciones asistenciales de las de conducción de la política sanitaria. La nueva ASSE se especializa en brindar servicios de salud a la población, y se encuentra bajo el contralor del MSP como cualquier otro efector de salud. Por su parte, el MSP puede concentrarse en el desempeño de las funciones relativas a la Rectoría Sectorial (ver capítulo 1 de este informe).

b. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), por la Ley No. 18.131 del 18.05.2007

El FONASA tiene como destino el financiamiento del régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado.

Esta ley es el primer paso hacia la conformación del Fondo de Salud, que se regirá por los principios de la reforma: financiamiento según ingresos de los cotizantes, asignación a los prestadores según riesgo de la población cubierta. Pero además, con esta Ley se incorporaron unos 15 mil trabajadores públicos que carecían hasta este momento de cobertura social de salud.

c. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por la Ley No. 18.211 del 5.12.2007

Esta ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud.



La misma norma creó como órgano desconcentrado dependiente del MSP, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con cometidos específicos en la administración del Seguro Nacional de Salud, y cuyo funcionamiento fue reglado por el Decreto 113/2009 del 2.3.2009.

La ley establece un marco normativo complejo, que se viene desarrollando a partir de la reglamentación de sus diversos artículos, y que amplía las potestades de regulación del Estado sobre el sistema de salud.

d. Normas que adecuan la estructura del MSP a su nuevo rol Rector

- Reestructura de la Dirección General de Salud (Decreto 433/2008), establece una estructura adecuada al ejercicio de las competencias de vigilancia y fiscalización del SNIS, además de las de generación de inteligencia sanitaria. Se crean las Divisiones de: Fiscalización, Normalización, Habilitación Sanitaria, Epidemiología y Salud Ambiental.
- Creación de los puestos de Alta Conducción para la Dirección General de Secretaría, en el marco de las leyes 18.172 y 18.362 (SIRO). Las nuevas Gerencias buscan fortalecer las capacidades de conducción del Estado, de cara a la implementación de una gestión por resultados en la Administración Pública. En el marco de concursos abiertos de oposición y méritos, el MSP ha logrado cubrir los siguientes puestos: Planificación Estratégica, Calidad y Control del Cambio, Mejora Continua y Desarrollo Humano.
- Proyección de un nuevo organigrama general del MSP, que regulariza las transformaciones funcionales experimentadas en el período 2005-2009. El proyecto se encuentra a estudio de OPP y ONSC para su aprobación y formulación como anteproyecto de Decreto. Culminada esta etapa, se procedería a su presentación en Presidencia de la República.
- Creación del Instituto Nacional de Donación y Transplante como órgano desconcentrado del MSP (Ley 18.362). El INDT es el responsable de implementar las políticas nacionales de donación y transplantes.

Ver Anexo correspondiente al punto 4: selección de principales normas sobre el SNIS.

5. PRINCIPALES PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD

a. Objetivos de los programas Prioritarios de Salud ⁷

i. Programa Prioritario IT/Sida

Objetivos: lograr que la población uruguaya incorpore prácticas de promoción de salud y prevención de ITS/VIH.; lograr accesibilidad universal de salud integral para las personas viviendo con VIH y el manejo de las ITS.; lograr que los recién nacidos en el Uruguay estén libres de VIH y de Sífilis Congénita; disminuir el estigma y la discriminación al interior de la sociedad uruguaya; generar sistema de información que permita el diseño de políticas en salud, monitoreo y evaluación de las mismas.

ii. Programa de Nutrición

Objetivos: promover hábitos alimentarios saludables en la población uruguaya.; contribuir a la prevención de enfermedades nutricionales tanto por déficit como por exceso; prevenir la deficiencia de micronutrientes especialmente hierro y ácido fólico y vitamina D; establecer un sistema de información nutricional, con fines de diagnóstico y evaluación de programas; promover hábitos alimentarios saludables en la población uruguaya.

iii. Programa Nacional de Control del Cáncer

Objetivos: controlar el cáncer en el Uruguay; disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer en el país; atención Integral de la Salud; desarrollar sistemas de información y de la docencia e investigación.

iv. Programa Nacional de Salud Adolescente

Objetivos: definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con un enfoque de derechos de género; orientar al sector público y privado, y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, que deberán instrumentar estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y respetando las diversas realidades locales; promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena;

⁷ En los anexos se brinda mayor detalle de cada programa de salud.



promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.

v. Programa Nacional de Salud Ocular

Objetivo: contribuir a la disminución de la ceguera evitable.

vi. Programa Nacional de Mujer y Género

Objetivo: contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente.

vii. Programa Nacional de Adulto Mayor

Objetivos: favorecer un envejecimiento activo y saludable de los adultos mayores de la comunidad, prestando especial atención en la mejora de la calidad de atención en residencias y hogares; promover la reglamentación del marco jurídico nacional que regula la atención a las personas Adultas Mayores (ley 17066 y Ley 17796); protocolizar la atención en Salud de los Adultos Mayores y acordar y propiciar la incorporación de Prestaciones Básicas del Adulto Mayor en el SINS y favorecer las Alianzas estratégicas con instituciones que trabajan con el Adulto Mayor.

viii. Programa Nacional de Salud Mental

Objetivos: promoción y Normatización de la Asistencia del Primer Nivel, Centros de Salud Mental y elaboración de la Ley de Salud Mental; priorizar el Primer Nivel, Promoción y Prevención en Salud Mental; promoción de Factores Protectores para enfermedades mentales; implementar a nivel Nacional la Ficha de Registro elaborada por el PNSM, de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP); instrumentación y seguimiento de las Guías Diagnósticas y de Tratamiento en Personas con Trastornos Adaptativos y Mentales Severos, Persistentes y de conductas violentas; culminación del relevamiento de los recursos de los prestadores de SNIS.; actualización del Plan de Salud Mental y constitución de la Perso-nería Jurídica del Programa Nacional de Residencia Asistida; realizar Investigación en Salud Mental mediante Acuerdos y Convenios con la Universidad, Sociedades Científicas y organismos internacionales; desarrollar transversalidad Inter Programas



de Educación, sensibilización e intercambio en Salud Mental; impulsar la creación de instancias de intercambio con otros países de América Latina.

ix. Programa Nacional de Atención a la Niñez

Objetivos: promover la atención Integral del Niño para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo; disminuir la morbi mortalidad infantil; normatizar las intervenciones de control en salud del niño de 0 hasta 14 años.

x. Programa Uruguay Saludable

Bajo el nombre “Uruguay Saludable” se nuclean una serie de actividades de formación y proyectos de promoción y prevención de salud en todo el país, de diseño y ejecución local-territorial, enmarcados en distintos contextos institucionales y de cooperación. Básicamente se aplica la estrategia de entornos y estilos de vida saludables, en particular, comunidades productivas.

xi. Programa de Salud Bucal

Este programa tiene por objetivos la mejora de la situación bucal de la población, incorporando este componente al enfoque integral de la salud que promueve el MSP, utilizando la estrategia de APS y el abordaje territorial con fuerte énfasis en el primer nivel de atención; consistente con el desarrollo de las acciones educativas, preventivas y asistenciales. Busca además generar una estructura asistencial adecuada, mediante la organización de los recursos existentes y los que se aporten, coherente con el nuevo modelo de atención de alcance nacional, normatizado y regulado por la autoridad sanitaria.

xii. Unidad Asesora de Riesgo

Objetivos: promover la capacitación del sector Salud para la prevención, mitigación y respuesta frente a eventos adversos; incrementar la conciencia pública sobre gestión y reducción de riesgo; establecer alianzas estratégicas de cooperación y coordinación multisectoriales e interinstitucionales para la gestión integral del riesgo.



b. Proyectos con financiamiento externo⁸

1. Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PPENT). Banco Mundial. Sus objetivos son: fortalecer las capacidades del sistema de salud del Uruguay para responder a la demanda del nuevo perfil epidemiológico, en el cual las Enfermedades no Transmisibles (ENTs) adquieren una creciente incidencia; expandir la accesibilidad y calidad de la atención primaria en salud relativa a las ENTs; reducir la exposición de las personas a los factores de riesgo de las ENTs y controlar sus efectos nocivos en la salud.

2. Préstamo Italiano. Agencia de Cooperación Internacional Italiana. Proyecto de fortalecimiento asistencial de ASSE, a través de la incorporación de tecnología médica.

6. PRINCIPALES PROGRAMAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL⁹

a. Programas gestionados por Cooperación Internacional

- Programa con la Agencia Brasileña de Cooperación. Este programa tiene por objetivo el fortalecimiento institucional del sector salud y cuenta con diversos componentes.
- Acuerdo de Cooperación Bilateral entre los Ministerios de Salud de Chile y Uruguay. Este programa tiene por objetivo el fortalecimiento institucional del MSP a través de las actividades de capacitación.
- Acuerdo de Cooperación Bilateral entre México y Uruguay en materia de salud. Este programa tiene por objetivo el fortalecimiento institucional del sector salud y cuenta con diversos componentes, como por ejemplo en las áreas de tabaco y resolución de conflictos.
- Memorando de Entendimiento entre Portugal y Uruguay en materia de salud. El objetivo de este programa es el de fortalecer los sistemas de salud de ambos países, a través del intercambio de RRHH y de la capacitación.

⁸ En anexos se incluye una descripción detallada de los proyectos con financiamiento externo.

⁹ El detalle de los diferentes programas de cooperación se pueden ver en los anexos de este informe.



- Proyecto de Cooperación Técnica en Salud entre Países (TCC), impulsado por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS). El TCC-OPS consta de varios componentes, dirigidos a salud bucal, control de Quiste Hidático, salud mental y gestión en salud.
- Acuerdo de entendimiento entre los Gobiernos de Italia y Uruguay en materia de salud. El objetivo de este programa es el de fortalecer el sub-sector público de salud, a través de programas de incorporación tecnológica.
- Acuerdo de entendimiento entre los Gobiernos de Venezuela y Uruguay en materia de salud. El objetivo de este programa es el de fortalecer el sub-sector público de salud.
- Acuerdo de entendimiento entre Israel y Uruguay en materia de salud. El objetivo de este programa es el de fortalecer la Reforma Sanitaria de ambos países.
- Carta Intensión entre el Departamento de Salud de los EUA y el Ministerio de Salud de Uruguay. El objetivo de este programa es el de favorecer el intercambio en materia de investigación y educación sobre Cáncer Mamario.
- Programa UNA-ONU de Naciones Unidas. Este programa tiene por objetivo el fortalecimiento institucional del sector salud y cuenta con diversos componentes, por ejemplo en promoción e investigación en salud, etc.

b. Programas gestionados por la Dirección de Salud (Mercosur)

- Plan de Trabajo Bianual (PTB) MSP-OPS. Este programa tiene por objetivo apoyar la realización de actividades en la marco de las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR, así como del Subgrupo Salud (número 11).
- Acuerdo nº 18/08 de Ministros de Salud del Mercosur. Proyecto de cooperación para la instalación del Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, con participación del grupo Mercado Común y el Comité de Cooperación Técnica (participan también CCT y GMC).



- Proyecto del Fondo de Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM), tiene por objetivo fortalecer las capacidades de respuesta de los sistemas de salud en la zona de frontera Brasil-Uruguay.
- Convenio entre el MSP, OPS e ISALUD de Argentina. El objetivo es el de capacitar a recursos humanos en salud para el trabajo en el primer nivel de atención.
- Acuerdo entre Brasil y Uruguay para permiso de residencia, estudio y trabajo de nacionales fronterizos. Es una ampliación de la ley 18546 que contempla la atención en salud para los nacionales que vivan en zona de frontera.
- Convenio con Agencia Brasileña de Cooperación (ABC). El objetivo de este programa es el de fortalecer el Sistema Nacional de Sangre y Hemoderivados del Uruguay.
- Convenio con la Comunidad Europea, OPS y Escuela Andaluza de Salud Pública. El proyecto apunta al estudio de las migraciones de recursos humanos en salud de Iberoamérica.

7. CONFLICTOS LEGALES QUE AFECTAN AL MSP

Ver Anexo documental correspondiente a este punto.

8. RECURSOS HUMANOS

En este capítulo se describe la situación general de los recursos humanos del Ministerio de Salud. Conviene tener en cuenta que la descentralización de ASSE y la reciente creación del Instituto Nacional de Donación y Transplante, que tuvieron un impacto muy importante sobre los RRHH del MSP.

Debe anotarse además, la creación de la nueva Gerencia de Desarrollo Humano en el MSP, impulsada por la ONSC en el marco de la reforma del Estado. Esta nueva gerencia tiene por objetivo conducir la política de RRHH del inciso, de acuerdo a las orientaciones ministeriales y las que brinda la ONSC en materia de desarrollo de la carrera funcional.

a. Situación del Ministerio en materia de recursos humanos

Entre las principales fortalezas se destaca la implementación de diferentes procesos de regularización de funcionarios, que viene llevando adelante el Ministerio (regularizaciones de Comisiones de Apoyo, Contratados al amparo del Artículo 410 de la Ley 16.170, funcionarios provenientes de ASSE, regularización de Fiscalizadores de Dirección General de la Salud, etc).

La principal amenaza refiere a que dichos procesos pueden no concluir en un plazo prudencial. Dentro de las áreas de potencial conflicto se cuentan:

- Forma de liquidación futura de los “niveles” (compensaciones monetarias).
- Diferencias salariales entre personal médico de ASSE y del MSP.

b. Organigrama funcional

La estructura funcional del MSP está reglamentada, en términos generales, por el Decreto 460/001 de 27 de noviembre de 2001. Debe notarse que muchos cambios han ocurrido en el sector salud y en la propia estructura ministerial. Por ejemplo, la reestructura de la DIGESA (decreto 433/2008), la creación de la JUNASA y del INDT, y la descentralización de ASSE. A continuación se presenta la estructura orgánica funcional del MSP. También la de sus unidades ejecutoras principales. Refieren a la estructura real y en funcionamiento, de acuerdo a las modificaciones generadas por la reforma de salud.



c. Cantidad de cargos ocupados y vacantes por tipo de escalafón y Unidad Ejecutora

Tabla 2. Cantidad de funcionarios en el Inciso, por UE¹⁰

UE	Funcionarios		
	Propios de la UE*	En Comisión Entrante	En Comisión Saliente
UE 001	337		12
UE 102			
UE 103	625	7	2
UE 104	56		
TOTAL Inciso	1018	7	14

* Funcionarios que pertenecen presupuestalmente a la UE, excluyendo los que se encuentren en Com. Saliente.

Aclaración: En el caso de la Junta Nacional de Salud (UE 102), trabajan dos funcionarios presupuestados que pertenecen a la Unidad Ejecutora 001 y luego hay 4 trabajadores más que pertenecen a Comisión de Apoyo (se trata de una persona jurídica de Derecho privado, con vinculación con el Estado a través de ASSE). Hay que recordar que el Ministerio aún está en proceso de separación con ASSE y en trámite varios procesos de regularización.

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

¹⁰ Incluye todos los vínculos contractuales y todas las financiaciones, no incluye vacantes.



Tabla 3. Cantidad de funcionarios trabajando en el Inciso y cantidad de vacantes, por UE y escalafón ¹¹

Escalafón	UE 001			UE 103			UE 102			UE 104		
	Propios de la UE*	Com. Entrante	Vacante	Propios de la UE*	Com. Entrante	Vacante	Propios de la UE*	Com. Entrante	Vacante	Propios de la UE*	Com. Entrante	Vacante
CO3	4		3									
A	50		16	295		32				32		1
B	20			22		1				2		
C	126		18	130		34				19		1
D	27		6	90		7				2		2
E	26		10	19		2						
F	50		6	46		7				1		1
P	2											
Q	1			20								
R	5			1								
J	1											
Sin Datos												
Sin Escalafonar	25			2	7							
Totales	337	0	59	625	7	83	0	0	0	56	0	5

* Funcionarios que pertenecen presupuestalmente a la UE, excluyendo los que se encuentren en Com. Saliente

** Detallar los escalafones que se incluyen

NOTA: Sin Datos: si se desconoce el escalafón de una comisión entrante. Sin Escalafonar: corresponde a aquellos funcionarios que debido a su vínculo contractual no poseen escalafón.

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

¹¹ Referencias para los Escalafones: CO3 – Alta Conducción (SIRO), A - Personal Profesional Universitario, B - Personal Técnico Profesional, C - Personal Administrativo, D - Personal Especializado, E - Personal de Oficios, F - Personal de Servicios Auxiliares, G – Personal Docente, J - Personal Docente de Otros Organismos, K - Personal Militar, L - Personal Policial, M - Personal de Servicio Exterior, N - Personal Judicial, P - Personal Político, Q - Personal de Particular Confianza y R - Personal no incluido en escalafones anteriores.



d. Vínculo contractual de los funcionarios

Cuadro 1. Funcionarios trabajando en el Inciso, por UE y vínculo contractual¹²

Escalafón	Presupuestados*	Contratados									Total
		Función pública	Alta Especialización	Alta Prioridad	Art. 22 DL: 14.189	Eventuales, jornaleros y Zafrales	Pasantes y Becarios	Contratos a término	Cont. de Organ. inter.	Otros**	
UE 001	312	13		1			4	7			337
UE 002											
UE 103	582	41		2							625
UE 104	55						1				56
Total Inciso	949	54	0	3	0	0	5	7	0	0	1018
% de Func. por vínculo	93,2%	5,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%	

* Incluir escalafones Py Q

** Detallar a que tipo de contrato se refiere

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Tabla 4. Otros vínculos contractuales

Cargos de Particular Confianza Denominación	UE 001	UE 002	UE 003	UE 004
Director General de Secretaría	1			
Director General de la Salud			1	
Directores Departamentales de Salud			19	
Total	1		20	

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Contratos de Alta Prioridad Denominación	UE 001	UE 002	UE 003	UE 004
Sub Director General de la Salud			1	
Director de División Planificación de Salud			1	
Director de División Recursos Humanos Económicos Financieros	1			
Total	1		2	

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

¹² Incluye únicamente a los funcionarios propios y en comisión entrante; excluye los funcionarios en comisión saliente.



Contratos a término		UE 001	UE 002	UE 003	UE 004
Denominación	Vencimiento				
	Nov. 2010	7			
Total		7			

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

e. Características de las retribuciones

- Tipos de financiación por los que se pagan las retribuciones:
 - 1.1 Rentas Generales.
 - 1.2 Fondo Libre Disponibilidad.
 - 2.1 Endeudamiento externo (PPENT).

- Retribuciones que se pagan a funciones e identificar dichas funciones.

Aparte del sueldo por escalafón y grado, y dependiendo de la función que se cumpla, existe una escala de “niveles” que se agrega al escalafón y grado por cumplimiento de funciones.

Niveles: 21 escalas salariales.

f. Principales procesos de reestructura que se han implementado en el período de gobierno

- La Ley 18161 de 29 de julio de 2007 modificó la naturaleza jurídica del hasta entonces órgano desconcentrado ASSE, pasando a ser un Servicio Descentralizado. Supuso la transferencia de responsabilidad en la prestación de servicios asistenciales al nuevo organismo. Dicho proceso supuso la División de los Recursos Humanos con que cuenta cada uno de los organismos.
- La Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007 creó la Junta Nacional de Salud como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública.
- La Ley 18.362 transfirió el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Célula Tejidos y Órganos de ASSE a ésta Secretaría de Estado, como órgano desconcentrado.
- Las Leyes 18.172 de 31 de agosto de 2007 y 18.362 de 6 de octubre de 2008 crean los cargos correspondientes al Escalafón CO “Conducción”, correspondientes a los Gerentes de Área.



- Por Decreto 433/008 de 9 de septiembre de 2008 se aprobó la nueva estructura organizativa y de puestos de trabajo de Dirección General de la Salud. Actualmente está en estudio una ampliación de la misma.
- Por último, el MSP ha elaborado una propuesta de reestructura general, que consolida muchas de estas transformaciones, y que se encuentra a estudio de OPP y ONSC.

g. Listado de personas (contactos) claves en el Inciso por área y/o tema

1. Recursos Económico - Financieros: Adriana Larraza.
2. División Jurídico Notarial: Feliciano Mauvezín.
3. Gerencia de Planificación Estratégica: Marcelo Setaro.
4. Gerencia de Gestión del Cambio: Teresa Puppo.
5. Gerencia de Mejora Continua: Adriana Alvarez.
6. Economía de la Salud: Ida Oreggioni.
7. Recursos Humanos: Julios Martínez.
8. Epidemiología: Raquel Rosa.
9. Salud Ambiental y Ocupacional: Cármen Ciganda.
10. Fiscalización: Raquel Ramillo.
11. Director Administrativo de DIGESA: Luis Munúa.
12. Instituto Nacional de Transplantes y Donación de Células, Organos y Tejidos: Dra. Inés Alvarez y Dra. Milka Bengoechea.

h. Gremios existentes a nivel del Inciso; potenciales conflictos (si correspondiese) y áreas o temas en los que es preciso contar con la participación de los mismos

El principal gremio a nivel del Inciso es la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP). La FFSP representa globalmente a los trabajadores del MSP, pero también a los de ASSE, en función de que ésta última era, hasta 2007, una dependencia ministerial. La Comisión Representativa del casco central del MSP es, en este momento, el ámbito más representativo de los intereses de los funcionarios del MSP. El proceso de descentralización de ASSE, en la medida de que se vaya concretando, permitirá ir diferenciando los ámbitos de representación gremial.

Las principales áreas de participación de la Comisión interna, se destaca, en primer lugar, los procesos de selección para el ingreso de nuevos funcionarios¹³. Por otra

¹³ Durante esta administración no se han desarrollado procesos sistemáticos de evaluación de los funcionarios, debido a carencias de marco normativo y a que no han existido directivas de la ONSC al respecto.



parte, de manera más reciente, la Comisión bipartita de planificación y prevención de riesgos laborales (Decreto 291/007), que está en proceso de implementación, y reúne a Funcionarios y Administración.

Por último, dentro de los potenciales temas gremiales, a los que la próxima administración debería prestar atención, se cuentan:

- A raíz de la forma de liquidación de Niveles. La Auditoría de Contaduría General de la Nación ha observado la forma de liquidación de los niveles, forma que ha sido “importada” de ASSE. Se ha solicitado rever la forma de liquidación, lo que podría traer aparejado en muchos casos una disminución del salario percibido.
- Por la diferencia salarial existente entre el personal médico de ASSE y el Ministerio. Aquí hay que tener en cuenta que en el Ministerio hay funcionarios que realizan tarea asistencial o por lo menos asimilable a las mismas e incluso algunos todavía están percibiendo sus retribuciones por ASSE.

Otras consideraciones:

La ley 18381¹⁴ de acceso a la información pública y el decreto 484/2009 prevén la publicación en la página web de su organismo en materia de recursos humanos de los siguientes ítems:

- Estructura orgánica: si. Se cuenta con dicha información y a la brevedad estará disponible en la página web del Ministerio: www.msp.gub.uy
- CV de los jerarcas: si. Se cuenta con dicha información y a la brevedad estará disponible en la página web del Ministerio: [web: www.msp.gub.uy](http://web:www.msp.gub.uy)
- Retribuciones de los funcionarios de todo el inciso (salario nominal más otras retribuciones): si. Se cuenta con dicha información y a la brevedad estará disponible en la página web del Ministerio: www.msp.gub.uy

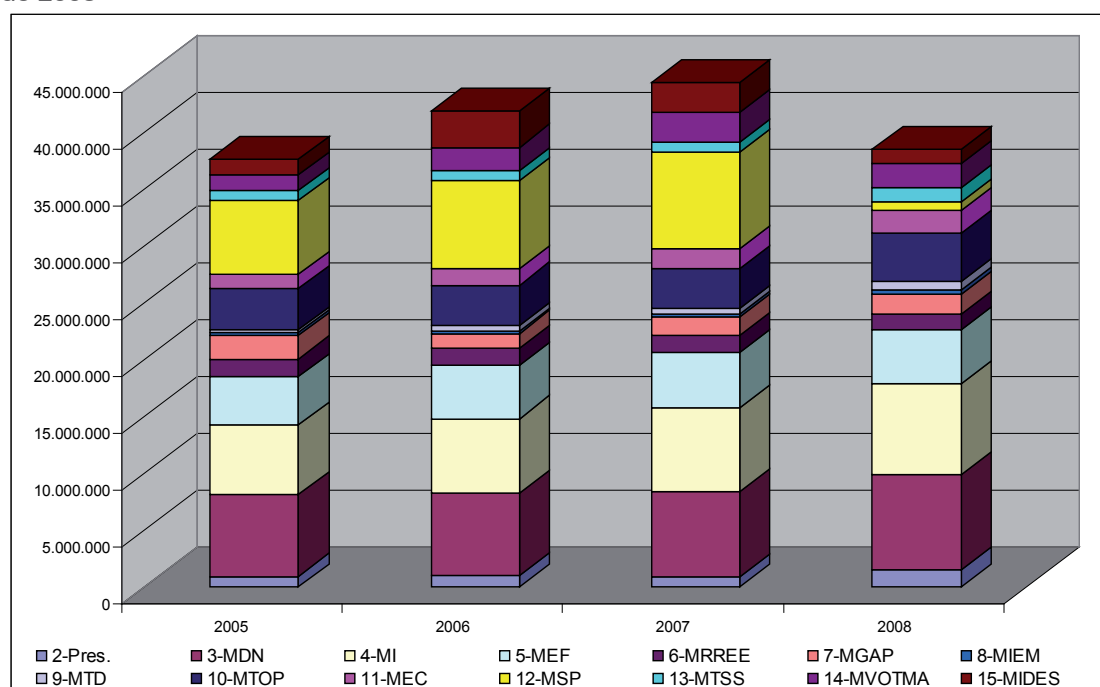
¹⁴ El artículo 5 de la ley obliga a la publicación de estos datos como parte de los deberes de transparencia activa del Estado y el artículo 32 indica que a un año de su promulgación deberán publicarse estos datos. Dicho plazo venció el 7 de noviembre. No existe un efecto jurídico determinado para el caso de incumplimiento.



9. RECURSOS FINANCIEROS

a. Peso del inciso en el contexto general de la Administración y evolución de la ejecución en términos reales

Gráfico 1. Administración Central: ejecución por Ministerio. Años 2005 a 2008, en miles de pesos de 2008



Nota: en 2008 ASSE se constituye como un organismo del Artículo 220 dejando de formar parte del MSP.

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP



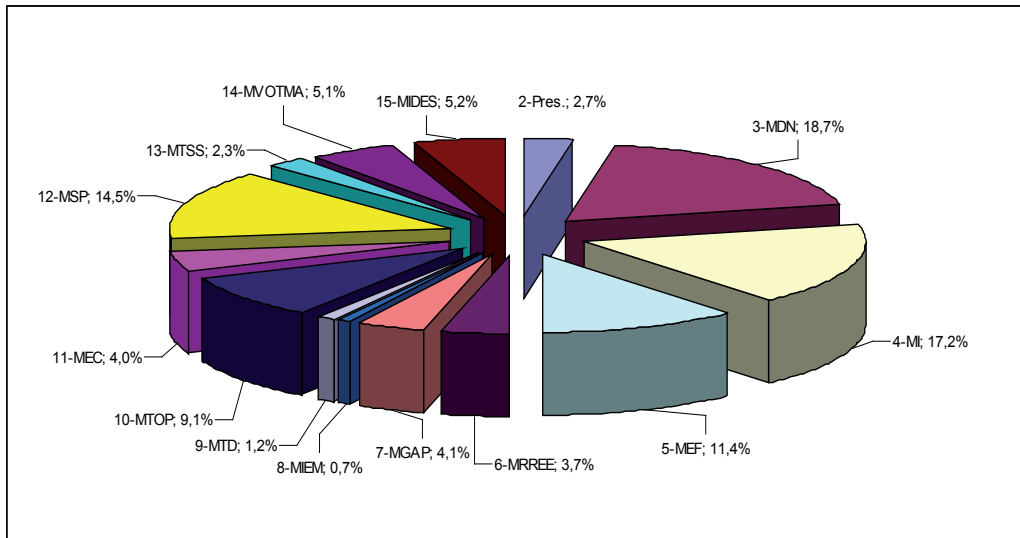
Cuadro 2. Estructura de la ejecución de la Administración Central por Ministerio. Años 2005 a 2008, en porcentaje

	2005	2006	2007	2008
2-Pres.	2,6%	2,4%	2,1%	4,0%
3-MDN	19,1%	17,5%	16,8%	21,8%
4-MI	16,4%	15,6%	16,6%	20,6%
5-MEF	11,2%	11,1%	11,1%	12,4%
6-MRREE	4,1%	3,7%	3,3%	3,7%
7-MGAP	5,5%	3,2%	3,5%	4,5%
8-MIEM	0,6%	0,6%	0,7%	0,9%
9-MTD	0,7%	1,1%	1,2%	2,0%
10-MTOP	9,6%	8,5%	7,7%	10,9%
11-MEC	3,3%	3,4%	4,0%	5,3%
12-MSP	17,1%	18,6%	19,2%	1,9%
13-MTSS	2,4%	1,9%	1,9%	3,0%
14-MVOTMA	3,7%	5,0%	5,8%	5,8%
15-MIDES	3,6%	7,5%	6,0%	3,2%
Total AC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP

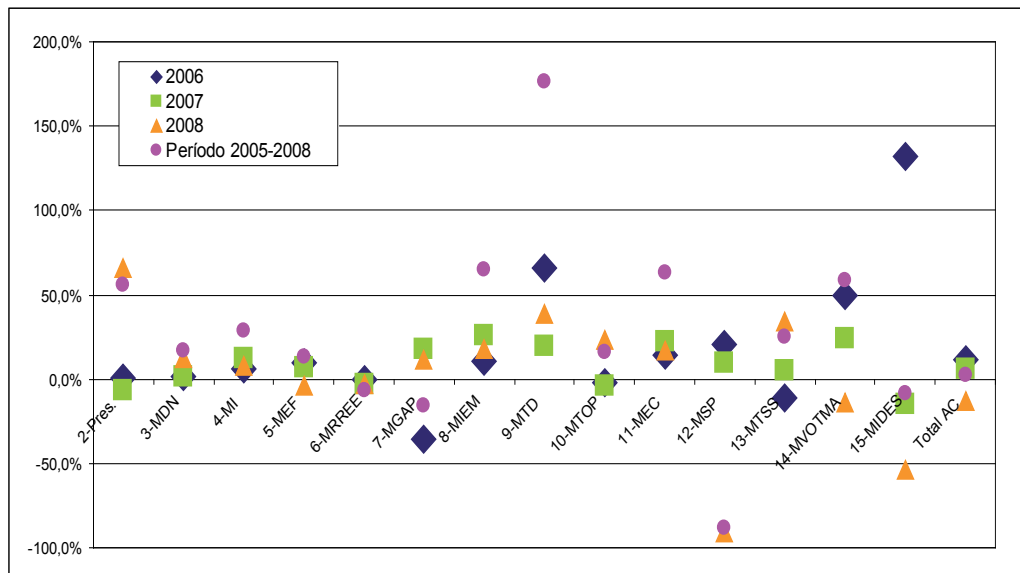


Gráfico 2. Estructura de la ejecución de los Ministerios de la Administración Central. Promedio años 2005 a 2008, en porcentaje.



Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP

Gráfico 3. Administración Central: variación de la ejecución de los Ministerios en términos reales. Años 2006 a 2008 respecto del año anterior y para el total del período 2005 - 2008, en porcentaje



Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP



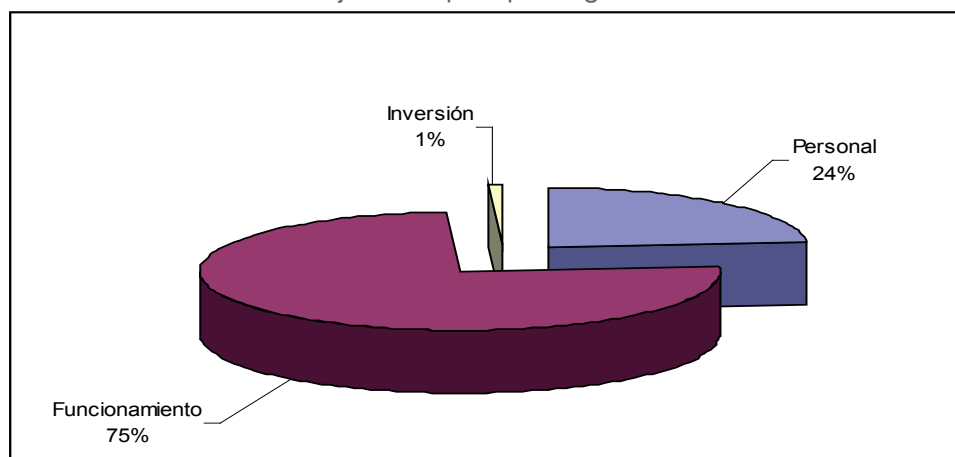
b. Crédito y ejecución por tipo de gasto (Retribuciones, funcionamiento e inversiones)

Cuadro 3. Crédito, ejecución y porcentaje ejecutado por UE y tipo de gasto. Año 2008 en miles de pesos

U.E.	PERSONAL			FUNCIONAMIENTO			INVERSIONES			TOTAL		
	Crédito	Ejec.	% Ej.	Crédito	Ejec.	% Ej.	Crédito	Ejec.	% Ej.	Crédito	Ejec.	% Ej.
001	128.517	80.432	62.59	307.823	284.686	92,5	7.244	874	12.07	443.585	365.992	82,6
002	1.746	1.746	100	0	0	0	0	0	0	1.746	1.746	100
007	774	774	100	0	0	0	0	0	0	774	774	100
015	2.917	2.916	100	0	0	0	0	0	0	2.917	2.916	100
068	368	308	83.7	23.187	23.187	100	0	0	0	23.555	23.495	100
070	121.801	95.241	78.20	293.673	276.280	94.08	5.531	5.283	95,5	421.005	376.803	90,4
103	3.394	0	0	0	0	0	0	0	0	3.394	0	0
104	2.283	0	0	0	0	0	0	0	0	2.283	0	0
TOTAL	261.800	181.417	69.30	624.683	584.153	93,2	12.775	6.157	48,2	899.259	771.726	85.82

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP

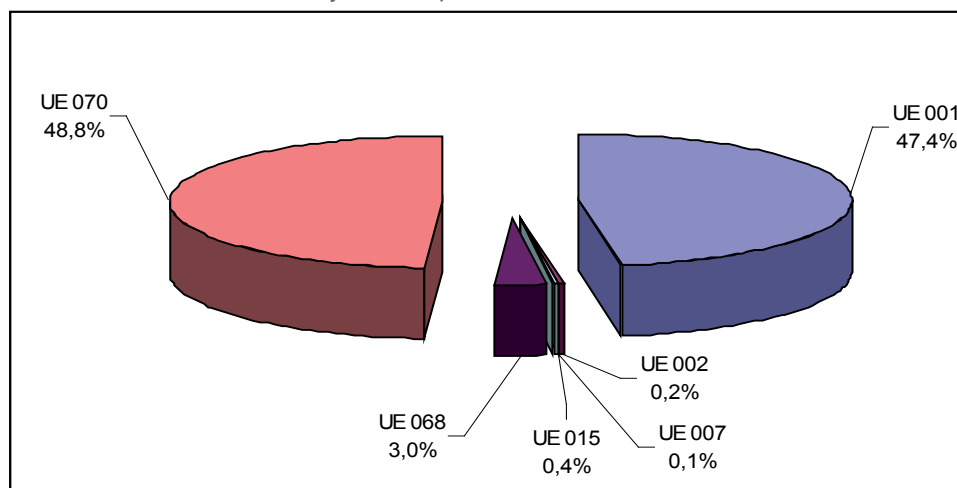
Gráfico 4. Estructura de la ejecución por tipo de gasto. Año 2008



Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP



Gráfico 5. Estructura de la ejecución por UE. Año 2008



Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP

Cuadro 4. Crédito, ejecución y porcentaje ejecutado por UE y tipo de gasto. Año 2009 (enero - octubre para la ejecución) en miles de pesos

U.E.	PERSONAL			FUNCIONAMIENTO			INVERSIONES			TOTAL		
	Crédito	Ejec.	% Ej.	Crédito	Ejec.	% Ej.	Crédito	Ejec.	% Ej.	Crédito	Ejec.	% Ej.
UE 001	151.712	79.419	52	261.297	192.714	73	15.350	1.107	7	428.359	273.240	63
UE 070	92.077	90.721	98	331.572	123.597	37	7.128	2.695	37	430.777	217.013	50
UE 102	307	0	0	50	22	44	0	0	0	357	22	6
UE 103	58.724	0	0	454	0	0	0	0	0	59.178	0	0
UE 104	17.806	0	0	23.707	15.758	66	3.600	420	11	45.113	16.178	35
UE 068	60	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0	0
TOTAL	320.686	170.140	53	617.080	332.091	53	26.078	4.222	16	963.844	506.453	52

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP



c. Crédito y ejecución por fuente de financiamiento

Cuadro 5. Crédito, ejecución y porcentaje ejecutado por UE y fuente de financiamiento. Año 2008 en miles de pesos.

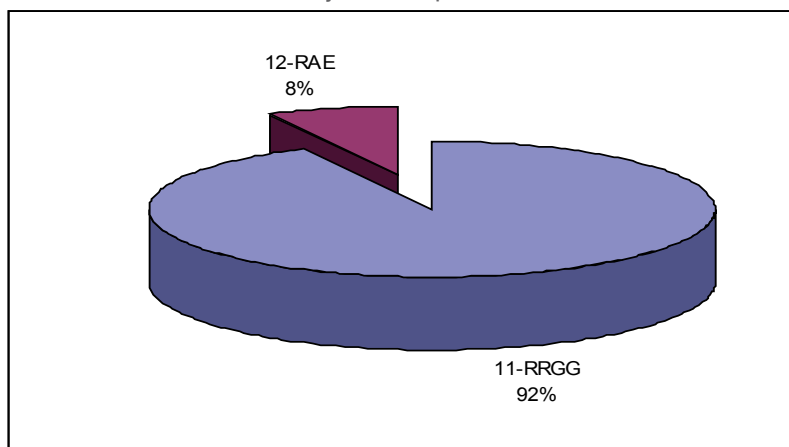
UE	1.1-RRGG			1.2-RAE			3.3-Donaciones y legados internos fuera presup.		
	Crédito	Ejecución	% ejec.	Crédito	Ejecución.	% ejec.	Crédito	Ejecución	% ejec.
UE 001	419.588	348.987	83,18	19.190	17.005	88,6	234	0	0
UE 002	1.746	1.746	100	0	0	0	0	0	0
UE 007	774	774	100	0	0	0	0	0	0
UE 015	2.917	2.916	100	0	0	0	0	0	0
UE 068	23.495	23.495	100	60	0	0	0	0	0
UE 070	376.762	335.608	89,08	42.943	41.196	96	0	0	0
UE 103	3.394	0	0	0	0	0	0	0	0
UE 104	2.283	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	830.959	713.526	85,87	62.133	58.201	93,7	234	0	0

UE	2.3-Prést. Ext. no Reint.			21 - Endeud. Ext. Proy. Específicos		
	Crédito	Ejecución	% ejec.	Crédito	Ejecución.	% ejec.
UE 001	1.573	0	0	3.000	0	0
UE 002	0	0	0	0	0	0
UE 007	0	0	0	0	0	0
UE 015	0	0	0	0	0	0
UE 068	0	0	0	0	0	0
UE 070	1.300	0	0	0	0	0
UE 103	0	0	0	0	0	0
UE 104	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.873	0	0	3.000	0	0

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



Gráfico 6. Estructura de la ejecución por fuente de financiamiento. Año 2008



Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP

Cuadro 6. Crédito, ejecución y porcentaje ejecutado por UE y fuente de financiamiento. Año 2009 (enero - octubre para la ejecución) en miles de pesos

UE	1.1-RRGG			1.2-RAE			3.3-Donaciones y legados internos fuera presup.		
	Crédito	Ejecución	% ejec.	Crédito	Ejecución.	% ejec.	Crédito	Ejecución	% ejec.
UE 001	401.223	267.194	66	15.797	4.893	30	234	0	0
UE 070	375.212	189.212	50	55.565	27.801	50	0	0	0
UE 102	357	22	6	0	0	0	0	0	0
UE 103	59.080	0	0	99	0	0	0	0	0
UE 104	17.906	0	0	27.207	16.178	59	0	0	0
UE 068	0	0	0	60	0	0	0	0	0
TOTAL	853.778	456.428	53	98.728	48.872	49	234	0	0

UE	23-Prést. Ext. no Reint.			21-Endeud. Ext. Proy. Específicos			17- Transferencias internas recibidas		
	Crédito	Ejecución	% ejec.	Crédito	Ejecución.	% ejec.	Crédito	Ejecución	% ejec.
UE 001	1.573	0	0	9.372	667	7	160	0	0
UE 070	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UE 102	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UE 103	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UE 104	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UE 068	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1.573	0	0	9.372	667	7	160	0	0

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP



d. Detalle de los proyectos en ejecución, tanto de funcionamiento como de inversión

Cuadro 7. Crédito, ejecución y porcentaje ejecutado por UE y proyecto. Año 2009 (enero - octubre para la ejecución) en miles de pesos

UE	Código proy.	Descripción proyecto	Crédito	Ejecución (ene.oct)	% ejec.
UE 001	0	Gastos de Funcionamiento	413.009	272.133	65
	706	Equipamiento informático	816	181	22,2
	707	Obras físicas y equipamientos Asistencia Integral	0	0	0
	708	Obra física y equipamientos varios Dirección General de Secretaria	4.067	210	5,2
	901	Reforma del Sector Salud	10.467	717	6,9
UE 070	000	Gastos de Funcionamiento	423.649	214.318	50
	781	Obra física y equipamientos varios Dpto. de Laborator	1.859	117	6,3
	782	Obra física y equip. de Serv. de Salud y dependencias	581	426	73,3
	783	Obra física y equipamiento de Productos de Salud	581	221	38
	784	Obra física y equip.de Áreas Intervención Programática	995	797	80,1
	786	Obras y Equipamiento en Vigilancia Epidemiológica	2.094	1.035	49,4
	788	Obra física y equipamientos varios Departamentales de Salud	1.018	99	9,7
	789	Aumento de la vida útil de la Flota de Vehículos de DIGESA	0	0	0
UE 102	0	Gastos de Funcionamiento	357	22	6
UE 103	0	Gastos de Funcionamiento	59.178	0	0
UE 104	000	Gastos de Funcionamiento	41.513	15.758	37
	700	Desarrollo del Programa Banco Nacional de Células Madre de C.	100	0	0
	727	Equipamiento medico e informático	3.500	420	12
U.E. 068	000	Gastos de Funcionamiento	60	0	0
Total MSP			963.844	506.454	52,5%

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



e. Objetos del gasto con mayor ejecución

Cuadro 8. Objetos del gasto de funcionamiento del inciso con mayor ejecución. Año 2008 y enero - octubre 2009 en miles de pesos

Objeto del gasto/auxiliar: código y descripción	Año 2008 en miles de pesos			Año 2009 en miles de pesos		
	Monto ejec.	% del gasto de funcion.	% acum.	Monto ejec.	% del gasto de funcion.	% acum.
152/000: Productos medicinales y farmacéuticos	203.614	34,9%	34,9%	84.482	25,4%	25,4%
553/001: Comisión.Hon.Lucha Anti-tuberculosa y Enferm Prevalentes	123.000	21,1%	56,0%	115.000	34,6%	60,0%
551/016: Centro Uruguayo de Imagenología Molecular	48.960	8,4%	64,4%	48.960	15,0%	75,0%
211/000: Teléfono, telégrafo y similares	9.640	1,7%	66,1%	8.924	2,7%	77,7%
154/000: Compuestos químicos, tintas y pinturas	7.802	1,3%	67,4%	8.903	2,7%	80,4%
278/000: De limpieza, aseo y fumigación	7.714	1,3%	68,7%	6.420	1,9%	82,3%
141/000: Combustibles derivados del petróleo	5.475	0,9%	69,6%	3.921	1,2%	83,5%
133/000: Productos de papel, libros e impresos	5.134	0,9%	70,5%	2.850	0,9%	84,4%
221/000: Publicidad	4.282	0,7%	71,2%	3.478	1,0%	85,4%
213/000: Electricidad	4.118	0,7%	71,9%	3.435	1,0%	86,4%
285/000: Servicios informáticos y anexos	3.038	0,5%	72,4%	3.146	0,9%	87,3%
559/000: Transferencias Corrientes A Otras Instit. Sin Fines De Lucro	2.366	0,4%	72,8%	6.627	2,0%	89,3%
251/000: De inmuebles contratados dentro del país	2.082	0,4%	73,2%	1.944	0,6%	89,9%
553/011: Comisión Honor.Salud Cardiovascular A450 L17930	2.016	0,3%	73,5%	4.074	1,2%	91,1%
154/002: Reactivos (UCAMAE)	0	0	0	5.331	1,6%	92,7%

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

f. Conceptos de recaudación: normativa y utilización

Tabla 5. Conceptos de recaudación

Recaudación: Enero – Diciembre de 2008				
Concepto	Código	U.E. 070 (80%)	U.E.001 (20%)	TOTAL
Exp. De Certif. MSP	131103006	59.985.571	14.996.393	74.981.964
Inspecciones	131102001	5.426.272	1.356.568	6.782.840
C. de Salud	211603003	1.805.218	451.304	2.256.522
C. Emigración	211603005	193.309	48.327	241.636
Multas	241101012	528.481	132.120	660.601
Notarial	139101002		9.324	9.324
		67.938.851	16.994.036	84.932.887
Recaudación: Enero – Octubre de 2009				
Concepto	Código	U.E. 070 (80%)	U.E.001 (20%)	TOTAL
Exp. De Certif. MSP	131103006	50.085.982	12.521.495	62.607.477
Inspecciones	131102001	4.812.687	1.203.172	6.015.859
C. de Salud	211603003	1.463.661	365.915	1.829.576
C. Emigración	211603005	234.606	58.651	293.257
Multas	241101012	290.788	72.697	363.485
Notarial	139101002		4.644	4.644
		56.887.724	14.226.574	71.114.298

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Se utiliza la recaudación, para el pago de gastos de funcionamiento y Comisión del 5% de Recaudación. Unidad Ejecutora 104INDT

Tabla 5 (continuación)

	2008	2009
LEY Nº 12072	25.373.787	25.809.980
Pliegos	27.900	18.500
Servicios Médicos y Hospitalidades	554.996	410.432
Total	25.956.683	26.238.912

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Se utiliza lo recaudado, para el pago de gastos de funcionamiento, inversiones y pago de salarios a funcionarios contratados por Comisión de Apoyo.

10. SISTEMAS DE INFORMACIÓN MINISTERIAL

Introducción

En el comienzo de esta administración, la situación de los sistemas de información del MSP se caracterizaba por la ausencia de un Plan Director de Informática (PDI). Por tanto no había orientación explícita en líneas de desarrollo de Tics compatibles con las líneas estratégicas del MSP. Se constataba además una escasa integración de los sistemas en un escenario donde convivían aplicaciones en diferentes plataformas, con desarrollos propios en varios Departamentos, sin coordinación en cuanto al uso de recursos, infraestructura y soporte a los usuarios.

Durante todo el año 2005 se trabajó en el fortalecimiento del equipo de recursos humanos de la División Sistemas de Información y en la elaboración del Plan Director. Este PDI se convirtió en un insumo para el presupuesto quinquenal y logró reflejar los principales desafíos y líneas de acción que luego acompañaron el cambio en la política de salud y en particular el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Además, con la creación de la nueva Gerencia de Calidad y Gestión del Cambio en el MSP, la División Informática consigue un aliado estratégico para encarar en mejores condiciones la próxima elaboración del PDI. Dentro de los cometidos de la nueva gerencia se destaca el impulso de la planificación del desarrollo de los sistemas de información ministeriales, en concordancia con la estrategia que propone el Gobierno para el conjunto del Estado a través de AGESIC¹⁵.

Principales líneas de acción impulsadas y grado de cumplimiento

- i. Priorizar los sistemas de información en salud que apoyan las funciones esenciales del MSP/ASSE, integrando la informática a la atención a la salud de las personas en los procesos asistenciales y de prevención y promoción de salud.
 - Se priorizaron los sistemas que apoyan las funciones esenciales, logrando avances en el área de Clínicas Preventivas y Vigilancia en Salud Pública.
- ii. Profundizar el uso de los sistemas gerenciales, con énfasis en las necesidades de gestión de las autoridades de ASSE para la inserción competitiva en el SNIS, y en el MSP la capacidad de control sanitario de la población.

¹⁵ La División Informática y la Gerencia de Calidad y Gestión del Cambio ya están trabajando en la preparación del próximo PDI quinquenal, con el apoyo de la AGESIC.



- Si bien se avanzó en el diseño e implantación de sistemas tendiendo a su integración, no se ha resuelto la implantación de sistemas gerenciales. Uno de los proyectos que se presentan para el próximo período es la construcción de un Tablero de Cuadro Ministerial, con el apoyo de OPP.
- iii. Promover el uso de la historia clínica electrónica única para cada persona de acuerdo con el Decreto 396/03, con énfasis en el Primer Nivel de Atención.
- Se mantuvieron reuniones y conformaron grupos de trabajo en torno al tema Historia Clínica Electrónica, pero todavía no se alcanzaron productos específicos.
- iv. Avanzar en la definición de estándares de contenido y de interoperabilidad.
- Las actividades con la Sociedad Uruguaya de Estandarización, Intercambio e Integración de Datos e Información de Servicios de Salud (SUEIIDISS) y el trabajo con AGESIC, han permitido un avance sustantivo en los temas referidos al uso de estándares. En particular se destaca el trabajo realizado por el Comité Técnico de Identificación de Personas que logró consenso en el tema considerado prioritario en la construcción de sistemas de información en salud, y que es justamente la identificación unívoca de las personas. Restan otros aspectos esenciales, como son la Seguridad y las terminologías de salud, en las cuales los avances han sido escasos.
- v. Mejorar la comunicación interna entre las divisiones, departamentos y servicios que forman parte del Inciso, a través de tecnologías de correo electrónico e intranet.
- La implementación de un sistema de administración de correo corporativo y la construcción de la intranet fueron relegados y no se han obtenido avances en ese sentido.
- vi. Optimizar y transparentar la comunicación del MSP con la población a través del uso eficiente del Portal web.
- Se logró implementar un sitio Web, diseñado por la empresa Montevideo.com, hosteado por ellos, mantenido con una herramienta de gestión de contenido, a través de la cual Prensa del MSP publica las noticias y los Departamentos y
-



Divisiones publican las novedades y algunos documentos. Es un sitio basado fundamentalmente en noticias y novedades pero ha significado un gran avance en relación a la página Web anterior

- vii. Participar en los proyectos de desarrollo e implantación de sistemas de información con otros organismos del Estado a través de ámbitos de coordinación permanente.
- En cuanto a la integración con otros organismos, un ejemplo sustantivo lo constituye el Sistema de Estadísticas Vitales, Embarazo y Niñez (SEVEN), el cual es un sistema del MSP, en el cual participan los Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y el BPS.

Principales desafíos políticos

Entre las líneas de trabajo que se plantearon para el período, se destaca el fortalecimiento de los recursos humanos de la División Sistemas con la incorporación de recursos humanos calificados permanentes en el equipo de trabajo. Esto se logró en parte en las áreas de desarrollo y soporte a usuarios. Pero en el área de recursos humanos para infraestructura no se pudo alcanzar el objetivo de contar con personal calificado y estable para las funciones de administrador de base de datos, de redes y comunicaciones y servidores. Se contrataron técnicos con experiencia en bases de datos y comunicaciones.

Se planean los siguientes desafíos para el próximo período:

- Asumir el desarrollo y mantenimiento de sistemas que apoyan funciones esenciales del MSP, en particular los que se vinculan al contralor de los prestadores de salud en el ámbito de la Junta Nacional de Salud
 - Asumir el mantenimiento de los sistemas impulsados por AGESIC y AGEV para el MSP. Entre ellos se destacan: Expediente Electrónico y Tablero de Control Ministerial.
 - Asumir el mantenimiento de sistemas financiados (además de su faz técnica y operativa) por organismos externos una vez que culmine el proyecto. En este sentido, se destaca el Certificado de Nacido Vivo y el Certificado de Defunción que culmina en mayo del 2010.
-



Principales desafíos técnicos

- Uniformizar sistemas operativos, plataformas y tecnologías de desarrollo en el ámbito del Inciso, a los efectos de hacer más eficiente el mantenimiento y la escalabilidad de los sistemas en producción actualmente.
- Utilizar estándares de contenido, de formato y de conectividad, que permitan la interoperabilidad entre diferentes sistemas de información del sector salud (públicos y privados). En este sentido, el MSP ha sido uno de los principales impulsores de la adopción de un estándar internacional específico para el sector salud, para el intercambio de información (HL7) y de la creación de la SUEIIDISS como ámbito de discusión y consenso, donde están representados numerosos actores del sector salud y Empresas de Tecnología nacionales y filiales de empresas internacionales.
- Diseño de sistemas basados en la reutilización del conocimiento (componentes, aplicaciones, patrones).
- Uso de tecnologías no propietarias y estándares abiertos siempre que sea posible (Open Source).
- Apuntar hacia la utilización de arquitecturas multi capa con tecnología web, y desarrollo (propio o contratado) a través de una herramienta de amplia difusión y respaldo en nuestro país (GeneXus).
- Coordinar con otros organismos del Estado el intercambio tecnológico y el uso compartido de recursos disponibles.
- Utilizar servicios de validación, control, datos requeridos, y otros, con los organismos del Estado que gestionan información requerida eventualmente por el MSP.
- Fortalecer la seguridad, integridad y la disponibilidad de información, e implementar planes de contingencia. Este es uno de los aspectos más críticos en la medida en que comienzan a incorporarse sistemas de información con datos sensibles que hacen referencia a la salud de las personas además de que los lugares en que se genera el dato son remotos, están distribuidos por todo el país y requieren trabajar con información en tiempo real.



- Disminuir la obsolescencia del parque informático. Existen actualmente 2800 PC en las distintas dependencias del MSP/ASSE, de los cuales más del 70 % tienen procesadores Pentium III o menos¹⁶. Con respecto a las impresoras, en su mayoría son de matriz de punto o de chorro de tinta.
- Capacitación continua del personal de informática y de los usuarios de las aplicaciones, tanto en el uso de nuevas tecnologías como en la alfabetización informática de los usuarios finales, a los efectos de reducir las necesidades de soporte primario.
- Asegurar el mantenimiento de los sistemas y del hardware asociado. La incorporación de soluciones informáticas en algunos casos conlleva la necesidad de soporte posterior y actualizaciones de licencias o hardware. Se tenderá a minimizar el gasto en estos conceptos a través de la planificación. Al mismo tiempo, en la elaboración del presupuesto se debe tener en cuenta los gastos previstos a tales efectos.
- Bases de conocimiento de sistemas críticos en poder del MSP. Se entiende por sistemas críticos aquellos que tienen la doble condición de soportar las funciones esenciales del MSP, y en los cuales reside información que fue colectada en forma primaria directamente en la base de datos del MSP. Como por ejemplo, el sistema de la Unidad de Vigilancia de Salud de la Población.
- Uso de tecnologías propietarias con alto nivel de respaldo, soporte nacional, probadamente estables a lo largo del tiempo, e implantadas con éxito en otras Instituciones públicas o privadas.
- Contratos con empresas proveedoras de TICs bajo un modelo de “socios tecnológicos”. Esto apunta a cubrir servicios informáticos esenciales, pero también a la transferencia del conocimiento sobre las tecnologías, fortaleciendo la capacidad del MSP para supervisar estos servicios.

Cumplimiento de la puesta en marcha de las líneas tecnológicas

- Se avanzó en la unificación de sistemas, restando algunos como el del SINADI y el sistema de Habilitaciones que se encuentra en proceso de licitación.

¹⁶ Las PC que pertenecen al MSP se estiman en un entorno de 500, según un relevamiento que se está realizando en el momento de la confección de este informe.



- El trabajo en los Comités Técnicos de SUEIIDISS ha permitido avanzar en la concreción de un estándar de identificación de personas y de mensajería a través de CDA (Clinical Document Architecture).
- Las aplicaciones actuales están permitiendo reutilizar componentes aunque no se ha logrado utilizar este recurso en todo su potencial.
- Se ha avanzado en el uso de herramientas de Open Source a nivel de servidores, aunque no se ha logrado introducir el uso de herramientas de Office (Open Office) entre los usuarios.
- Todos los sistemas que se han desarrollado e implantado, y en vías de ejecución utilizan GeneXus.
- La arquitectura que se está utilizando es multicapa, en particular, se adoptó la arquitectura JEE.
- A través de varios proyectos se está tendiendo a trabajar en forma coordinada con los otros organismos del Estado.
- Los temas de seguridad e integridad de la información están pendientes. La instalación de la infraestructura proyectada en el Data Center de Antel, y el desarrollo e implantación de varios sistemas (SEVEN, UVISAP, SCARH) ha significado un avance importante en el cumplimiento de esta línea tecnológica.
- Se incorporaron nuevos PC e impresoras, pero se mantiene un porcentaje de equipos obsoletos.
- Con respecto a la capacitación, en 2006 y 2007 se realizaron cursos de actualización en algunos temas de TI para los funcionarios de la División Sistemas de Información (Tomcat, GeneXus, HL7) a cargo de organismos externos. Desde 2008 se están llevando a cabo cursos de Alfabetización Digital a los funcionarios del MSP, brindados por funcionarios de la DSI, utilizando material estandarizado del Ministerio de Educación y Cultura. La participación de los funcionarios en los cursos ha sido irregular, ya que se realizaron en el horario de trabajo y a veces la carga de trabajo no permitía la asistencia.



- Con respecto al mantenimiento, si bien estaba previsto en el presupuesto, los créditos presupuestales no permitieron mantener el soporte de infraestructura en condiciones. Sí se ha mantenido a nivel de software.
- Ejemplo de la aplicación de la línea tecnológica que planteaba el uso de tecnología con alto nivel de respaldo fue la adquisición de las licencias de Oracle para los servidores de Base de Datos, y de las licencias de GeneXus para el desarrollo de aplicaciones.
- En relación con el trabajo conjunto con las empresas, se ha trabajado adecuadamente con varias de ellas. Un ejemplo de esta modalidad es el trabajo se ha realiza con el proyecto N° 19-SEVEN con la firma SOFIS, para uno de cuyos módulos se contó con Fondos Concursables de AGESIC.

Proyectos presentados

En el Plan Director de Informática del 2010 se plantearon una serie de proyectos, la mayoría de los cuales se plantea continuar en el quinquenio siguiente.



11. MEJORA DE PROCESOS

Tabla 6. Síntesis de líneas de acción de mejora de procesos

Nombre	Descripción	Estado	Fecha prevista de fin
1. Sistema de Gestión de Calidad para el MSP	Implantar un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), que permita la mejora de los procesos internos, adecuado a los requisitos del Ministerio y que contribuya al logro de sus objetivos estratégicos en un plazo máximo de cinco años.	Diseño	7/2014
2. Proyecto de inicio de implantación de SGC	Sentar las bases para la implantación del SGC general del MSP y lograr certificación de tres unidades participantes del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (Psicofármacos, Estupefacientes, y Farmacias; Atención al Usuario y Clínicas Preventivas).	Diseño	7/2010
3. Premio a la Calidad de Atención de la Ciudadanía	El PCAC constituye una iniciativa destinada a impulsar la mejora global de la calidad de atención a la ciudadanía en los Organismos Públicos, mediante la aplicación de modelos de gestión de calidad y programas innovadores. El Premio forma parte de una estrategia basada en un Sistema Integral de Evaluación de la Calidad que fomenta el reconocimiento a quienes se distinguen por la mejora de los servicios que reciben los ciudadanos.		
3.1 Primera edición Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía 2008-2009	El MSP participó con cuatro unidades en la primera edición del PCAC. Una de las unidades obtuvo un premio y otra una mención.	Completado	7/2009
3.2. Segunda edición Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía 2009-2010	El MSP postuló siete unidades y fueron seleccionadas cuatro para participar	Implementación	7/2010
4. Modelo de Madurez de Gobierno Electrónico (MMGE)	El MMGE es una herramienta para diagnosticar la capacidad de la organización para utilizar las TIC, que sirve de guía para mejorar progresivamente las capacidades necesarias para cumplir con los objetivos de Gobierno Electrónico.	Fase de diagnóstico completado	7/2009



5. Expediente Electrónico (EE)	MSP con el apoyo de AGESIC llevó adelante el proyecto de implantación de la aplicación básica sistema de Expediente electrónico (en su versión básica) con el fin de digitalizar los expedientes en el organismo.	Implementación Puesta en Producción Seguimiento y Mejora	12/2008 3/2010
	Implantación de aplicación en su versión avanzada del sistema de Expediente electrónico.	Implantación de versión avanzada	12/2010
6. Proyecto de Mejora de Gestión de procesos a cargo de la DIGESE y DIGESA	Desarrollar un proceso de mejora en unidades y procesos liderados por la DIGESE y DIGESA, que sean prioritarios para el MSP. Se han seleccionado los siguientes procesos: Plan Anual de Inmunizaciones e Importación de Vacunas; Compras en el Exterior y Adquisiciones.	Implementación	6/2010
7. Participación en el Programa 0800-OIDO.	La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) ha colocado a disposición de la población un número telefónico gratuito para recibir quejas, sugerencias y reclamos por parte de la población, en el marco del Programa de Calidad de Atención a la Ciudadanía. El MSP participa del Programa 0800-OIDO, con todas las unidades del mismo.	Implementación	3/2010
8. Participación en la Guía de Trámites y Servicios.	La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) ha desarrollado la Guía de Trámites y Servicios. El MSP cuenta actualmente con un relevamiento detallado de 85 trámites, que fueron relevados a instancias del Proyecto de Expediente Electrónico los cuales se encuentran relacionados a un referente funcional	Implementación	3/2010

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

a. Sistema de Gestión de Calidad para el MSP

Objetivo y alcance

Implantar un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), que permita la mejora de los procesos internos, adecuado a los requisitos del Ministerio y que contribuya al logro de sus objetivos estratégicos en un plazo máximo de cinco años.

Descripción

Para la consecución del objetivo implantación de un SGC para el MSP se propusieron y llevaron adelante algunas líneas de trabajo que contribuyen al objetivo de largo plazo planteado:

- Proyecto inicial de Implantación de SGC con colaboración de LATU y de Certificación en Calidad ISO 9001:2008, de tres Unidades que participaron en la Primera Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2008-2009).
- Participación con la mayor cantidad de Unidades posibles en la Segunda Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2009-2010).
- Utilizar como insumos los resultados del Modelo de Madurez para la Gestión del Gobierno Electrónico, como herramienta de diagnóstico de la Institución, a partir del cual desarrollar un mapa de ruta orientado a la mejora.
- Implantación de sistema de Expediente Electrónico que permita digitalizar expedientes y trámites del MSP.
- Desarrollar un proceso de mejora de procesos prioritarios para el MSP a cargo de la DIGESE y DIGESA.
- Participación en el Programa 0800-OIDO.
- Participación en la Guía de Trámites y Servicios del Portal del Estado Uruguayo.



Tabla 7. Actividades de Gestión de Calidad

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Elaboración de propuesta preliminar para la aprobación de las autoridades.	Gte. Mejora Continua	8/2009	9/2009
Presentación de propuesta para la aprobación a Director de Secretaría.	Gte. Mejora Continua	9/2009	9/2009
Presentación de propuesta para la aprobación del Gabinete.	Gte de Mejora Continua	16/09/2009	16/09/2009
Diseño del proyecto de implantación de un SGC.	Gte de Mejora Continua	01/2010	03/2010
Aprobación del proyecto de implantación de un SGC.	Gabinete	03/2010	03/2010
Implantación del Sistema de Gestión de Calidad.	Gte de Mejora Continua	03/2010	07/2014

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Resultados alcanzados

Los principales resultados obtenidos en este proyecto son la obtención del apoyo del Director General de Secretaría y del Gabinete Ministerial, para llevar adelante el presente proyecto.

Tabla 8. Impactos negativos

Descripción del Impacto	Estado	Acción tomada / Acción a tomar
No se cuenta con presupuesto para la contratación de una consultora para apoyar en el diseño e implementación del proyecto.	Pendiente de resolución.	Posibles acciones: -Conseguir financiación extra-presupuestal (OPP, fondos concursables) - Incluir en el presupuesto los fondos necesarios para financiar el proyecto
No se cuenta con personal dependiente de la Gerencia para implantar el proyecto. Está pendiente la realización de un concurso para la provisión de un cargo grado 15 para el Área de Mejora Continua.	Pendiente de resolución por ONSC.	Acciones tomadas: - Se realizó una reunión preliminar con ONSC para analizar la posibilidad de provisión de un cargo grado 15.

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



b. Proyecto de inicio de implantación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

Objetivo general

Sentar las bases para la implantación del SGC general del MSP y lograr certificación de tres unidades participantes del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (Psicofármacos, Estupefacientes, y Farmacias; Atención al Usuario y Clínicas Preventivas).

Este proyecto se llevaría adelante con la consultoría de LATU, con la contraparte del MSP de esta gerencia y con tres unidades del MSP. Se adjunta en Anexo 1 Propuesta de Trabajo del LATU.

Alcance general

El SGC a desarrollar en el MSP, prevé que todos los aspectos generales del sistema (Representación de la Dirección, Elaboración y Control de Documentos y Registros, Auditorías Internas de calidad, Sistema de no conformidades, Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, Revisión por la Dirección) sean encarados por la Gerencia de Mejora Continua. De esta forma el SGC estaría centralizado, logrando así no repetir en cada unidad aspectos que pueden ser asumidos en forma conjunta, con el consiguiente ahorro de recursos y darle una mayor coherencia al sistema.

Alcance específico

Diseño e implantación de SGC en los procesos de las siguientes unidades que participaron el PCAC: Psicofármacos, Estupefacientes, y Farmacias; Atención al Usuario y Clínicas Preventivas.

Descripción

El proyecto prevé tres fases que se detallan a continuación.

Fase 1: Evaluación inicial, para lo cual se desarrollaron las siguientes actividades:

- Encuentro de Gerencias con unidades participantes del PCAC.
- Reunión inicial con LATU para definir objetivos del proyecto.
- Visitas a las unidades por Gerencia y LATU para evaluar situación de partida.
- Presentación de propuesta por LATU.
- Presentación para la aprobación de propuesta para la aprobación de DIGESA y DIGESE.

Fase 2: Diseño e implantación, que prevé las siguientes actividades:

- Taller con Direcciones del MSP, para definir procesos prioritarios.
- Mapa de procesos e interrelaciones.
- Definición de sistema y documentos de apoyo.
- Seguimiento e implantación de operación.
- Medida de conformidad del sistema.
- Mejora del Sistema.

Fase 3: Evaluación de conformidad del sistema de acuerdo a las normas ISO 9001:2008.



Tabla 9. Diseño e implantación de SGC

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Encuentro con las unidades que participaron de la 1ra edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía, donde se detectó el interés de tres de las cuatro unidades participantes en continuar el proceso de mejora hasta la certificación	Gte. de Mejora Continua Unidades participantes de la 1era edición del PCAC	30/06/2009	30/06/09
Reunión con representante del LATU para evaluar la viabilidad del proyecto	Gte. de Mejora Continua LATU Responsables de unidades participantes del PCAC	08/07/2009	08/07/2009
Visita a todas las unidades que participan del PCAC, para evaluar el grado de avance logrado.	Gte. de Mejora Continua LATU Unidades participantes del PCAC	15/07/2009	17/07/2009
Presentación de una propuesta de trabajo y un presupuesto de proyecto.	Gte. del Sector Público - LATU	27/07/2009	27/07/2009
Presentación de la propuesta de trabajo y presupuesto a los Directores de DIGESA y DIGESE, para su aprobación	Gte. de Mejora Continua	3/08/2009	07/08/2009
Presentación de la propuesta de trabajo al Gabinete	Gte. de Mejora Continua	16/09/2009	16/09/2009
Obtener presupuesto para la financiación del proyecto	Director de DIGESE Gte. de Mejora Continua	12/2009	12/2010
Ejecución del proyecto	LATU Gte. de Mejora Continua Áreas involucradas	01/2010	7/2010

(*) Observación: sujeto al cumplimiento de los supuestos establecidos

Fuente: MSP Elaborado por AGEV-OPP.

Resultados alcanzados

Los principales resultados alcanzados a la fecha fueron:

- Integrar en una propuesta de trabajo en común orientada a la mejora continua, a todas las unidades participantes de la 1era edición del PCAC.
- Obtener una propuesta de trabajo concreta y presupuestada para llevar adelante el proyecto.

- Obtención del apoyo político por parte de los directores de DIGESE y DIGESA y del Gabinete Ministerial.

Situación actual: Este proyecto está en fase de diseño pendiente de implementación por aspectos presupuestales.

Tabla 10. Impactos negativos

Descripción del Impacto	Estado	Acción tomada / Acción a tomar
No se cuenta con presupuesto para la contratación del LATU para llevar adelante el proyecto.	Pendiente de resolución	Posibles acciones: -Conseguir financiación extra-presupuestal (OPP, fondos concursables) - Incluir en el presupuesto los fondos necesarios para financiar el proyecto. - Realizar un Convenio con LATU, para financiar el proyecto a través de un intercambio de servicios (Carné de Salud para funcionarios de LATU)
Perdida de interés por parte de Unidades que participaron del PCAC.	Pendiente de resolución	Una vez concretado el financiamiento volver hacer un encuentro entre todas las Unidades participantes del PCAC para lanzar el proyecto

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

c. Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía

Objetivo y alcance

El PCAC constituye una iniciativa destinada a impulsar la mejora global de la calidad de atención a la ciudadanía en los Organismos Públicos, mediante la aplicación de modelos de gestión de calidad y programas innovadores. El Premio forma parte de una estrategia basada en un Sistema Integral de Evaluación de la Calidad que fomenta el reconocimiento a quienes se distinguen por la mejora de los servicios que reciben los ciudadanos.

Referente general por MSP: Gerente de Mejora Continua.

Referentes por unidad: cada unidad participante cuenta con un referente (se detallan en el Anexo 11-d).

Contraparte: AGEV-OPP.

Descripción

A continuación se detallan las principales etapas del proyecto:

- Selección interna de Unidades que se inscribirán en la segunda edición del PCAC.
- Inscripción de Unidades al PCAC.
- Selección de unidades por AGEV .
- Desarrollo de Actividades de mejora. (2 consultores por 4 meses).
- Evaluación de las unidades participantes.
- Inclusión de las Unidades Participantes en el SGC del MSP.

Actividades realizadas: El MSP participó con cuatro unidades en la Primera Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2008-2009) y está participando con tres unidades en la Segunda Edición (2009-2010).

d. Primera Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2008-2009)

Objetivo y alcance

Contribuir a la mejora global de calidad de atención a la ciudadanía en el MSP, participar con el máximo de unidades posibles en la Primera Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2008-2009).



Tabla 11. Primera Edición PCAC MSP

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Postulación de seis unidades para el PCAC (ver en resultados alcanzados).	Dirección General de Secretaría del MSP	10/2008	12/2008
Selección de cuatro unidades para participar en el PCAC (ver en resultados alcanzados).	Autoridades del PCAC – AGEV - OPP	11/2008	11/2008
Firma de Compromiso.	Unidades participantes Directores de UE MSP Director General de Secretaría de MSP.	12/2008	12/2008
Participación del proceso de trabajo por parte de las unidades seleccionadas, con el apoyo de un Consultor Senior y un Consultor Junior financiados por el PCAC.	Unidades participantes Consultores del PCAC	1/2009	6/2009
Proceso de evaluación de las unidades participantes.	Unidades participantes Consultores del PPCAC Evaluadores del PCAC	7/2009	7/2009
Selección de unidades premiadas.	Autoridades del PCAC	7/2009	7/2009
Entrega de premios a dos unidades del MSP (ver en resultados alcanzados).	Autoridades del PCAC	27/7/2009	27/7/2009

Fuente: MSP Elaborado por AGEV-OPP.

Resultados alcanzados

A continuación se detallan los principales resultados alcanzados en este proyecto.

- Unidades postulantes: el MSP postuló las siguientes seis unidades pertenecientes a la Dirección General de Salud y a la Dirección General de Secretaría:

Por la UE 03 Dirección General de Salud:

- Unidad de Información Nacional en Salud.
- Departamento de Clínicas Preventivas.
- Departamento de Control de Calidad.
- Sector Farmacias, Estupefacientes y Psicofármacos.

- Departamento de Comunicación con el Usuario.

Por la UE 01 Dirección General de Secretaría.

- Departamento de Administración Documental.
- Unidades seleccionadas: fueron seleccionadas por las autoridades del Premio para su participación las siguientes cuatro Unidades pertenecientes a la Dirección General de Salud:
 - División de Clínicas Preventivas.
 - Departamento de Control de Calidad.
 - Sector Farmacias, Estupefacientes y Psicofármacos.
 - Departamento de Comunicación con el Usuario.
- Unidades Premiadas: luego de participar del proceso de trabajo y de evaluación las siguientes dos unidades del MSP premiadas fueron:
 - Sector Farmacias, Estupefacientes y Psicofármacos: obtuvo uno de los cinco premios
 - Departamento de Comunicación con el Usuario: obtuvo una de las menciones.

Tabla 12. Impactos negativos

Descripción del Impacto	Estado	Acción tomada / Acción a tomar
Retraso en la entrega de la partida monetaria a entregar a las unidades participantes	Resuelto	
Retraso en la entrega de los premios monetarios y en becas a las unidades que fueron premiadas.	Pendiente de resolución	Se reclamó ante los representantes del PCAC

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



d. Segunda Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2009-2010)

Objetivo y alcance

Contribuir a la mejora global de calidad de atención a la ciudadanía en el MSP, participar con el máximo de unidades posibles en la Primera Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2009-2010).

Tabla 13. 2ª edición PCAC

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Difusión interna al MSP de lanzamiento de la 2da edición del PCAC, a través de la realización de dos reuniones informativas, con la participación de las Unidades que participaron en la 1ra edición del premio.	Gte. de Mejora Continua	3/08/2009	20/8/2009
Postulación de siete unidades para el PCAC (ver en resultados alcanzados).	DIGESE DIGESA Unidades postulantes Gte. de Mejora Continua	20/08/2009	2/09/2009
Selección de cuatro unidades para participar en el PCAC (ver en resultados alcanzados).	Autoridades del PCAC – AGEV - OPP	3/09/2009	15/09/2009
Participación en taller de lanzamiento de la 2da. Edición del PCAC.	Autoridades del PCAC Unidades seleccionadas Gte. de Mejora Continua	16/09/2009	16/09/2009
Firma de derecho y obligaciones.	Unidades seleccionadas Directores de UE MSP Gte. de Mejora Continua	16/09/2009	20/09/2009
Participación en cursos obligatorios del PCAC.	Unidades seleccionadas Consultores del PCAC	10/2009	12/2009
Participación del proceso de trabajo por parte de las unidades seleccionadas, con el apoyo de un Consultor Senior y un Consultor Junior financiados por el PCAC	Unidades participantes Consultores del PCAC Gte. Mejora Continua	3/2010	7/2010
Proceso de evaluación de las unidades participantes	Unidades participantes Consultores del PPCAC Evaluadores del PCAC	7/2010	7/2010
Selección de unidades premiadas	Autoridades del PCAC	7/2010	7/2010
Entrega de premios a dos unidades del MSP (ver en resultados alcanzados)	Autoridades del PCAC	7/2010	7/2010

Fuente: MSP . Elaborado por: AGEV/OPP

Resultados alcanzados

A continuación se detallan los principales resultados alcanzados hasta la fecha.

- Unidades postulantes: el MSP postuló las siguientes siete unidades pertenecientes a la Dirección General de Salud y a la Dirección General de Secretaría:

Por la UE 03 Dirección General de Salud:

- Departamento de habilitaciones y control de profesionales de salud.
- División Fiscalización.
- Departamento de evaluación de la conformidad (anteriormente Dpto. de Control de Calidad) participando por segunda vez.
- Departamento de Laboratorios de Salud Pública.
- División de Salud Ambiental y Ocupacional, participando por segunda vez.
- Departamento de Vigilancia en Salud.

Por la UE 01 Dirección General de Secretaría:

- Departamento de Adquisiciones.
 - Unidades seleccionadas: fueron seleccionadas por las autoridades del Premio para su participación las siguientes tres Unidades pertenecientes a la Dirección General de Salud:
 - División de Salud Ambiental y Ocupacional
 - Departamento de evaluación de la conformidad.
 - Departamento de Laboratorios de Salud Pública.
-

e. Modelo de Madurez de Gobierno Electrónico (MMGE)

En el período comprendido entre el 4 de junio a 17 de julio de 2009 el MSP llevó adelante la aplicación de la herramienta de diagnóstico organizacional Modelo de Madurez. El MMGE es una herramienta para diagnosticar la capacidad de la organización para utilizar las TIC, que sirve de guía para mejorar progresivamente las capacidades necesarias para cumplir con los objetivos de Gobierno Electrónico. Este proyecto se llevó adelante como parte del Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre AGESIC y el MSP.

Objetivo y alcance

Diagnosticar y conocer las capacidades de uso de TI en el Ministerio, a partir del cual se desarrollará un mapa de ruta para llevar adelante el proceso de mejora. El alcance del MMGE comprendió a las Unidades ejecutoras DIGESE y DIGESA.

Referentes por el MSP

- Gerente de Planificación Estratégica: Lic. Marcelo Setaro.
- Gerente de Calidad y Gestión del Cambio: Dra. Teresa Puppo.
- Gerente de Mejora Continua: Cra. Adriana Álvarez Brito.

Contraparte

AGESIC.

Tabla 14. Diagnóstico capacidades de uso TI DIGESE y DIGESA

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Selección de los facilitadores del proceso (3).	Gte. de Planificación Estratégica. Gte. de Calidad y Gestión del Cambio. Gte. de Mejora Continua	5/2009	5/2009
Difusión del proyecto en las DIGESE y DIGESA	Gte. de Planificación Estratégica. Gte. de Calidad y Gestión del Cambio. Gte. de Mejora Continua	15/06/2009	15/06/2009



Fortalecimiento a los facilitadores del proceso en el uso de la herramienta del diagnóstico (MMGE)	AGESIC Gte. de Planificación Estratégica. Gte. de Calidad y Gestión del Cambio. Gte. de Mejora Continua Representante de la DIGESA	18/06/2009	18/06/2009
Selección de informantes calificados	Representante de DIGESA Gte. de Planificación Estratégica. Gte. de Calidad y Gestión del Cambio. Gte. de Mejora Continua	22/06/2009	22/06/2009
Reunión con informantes calificados para explicar los contenidos del herramienta de diagnóstico (MMGE)	19 informantes calificados AGESIC Gte. de Planificación Estratégica Gte. de Calidad y Gestión del Cambio Gte. de Mejora Continua	26/07/2009	26/07/2007
Informantes calificados respondieron cuestionarios	19 informantes calificados	26/07/2009	7/07/2009
Procesamiento de los cuestionarios	Gte. de Planificación Estratégica Gte. de Calidad y Gestión del Cambio Gte. de Mejora Continua	7/07/2009	10/07/2009
Presentación y validación de resultados con Directores de la DIGESA y DIGESE	Director DIGESE Director DIGESA Gte. de Planificación Estratégica Gte. de Calidad y Gestión del Cambio Gte. de Mejora Continua	13/07/2009	14/07/2009
Presentación de resultados validados a AGESIC	Gte. de Planificación Estratégica Gte. de Calidad y Gestión del Cambio Gte. de Mejora Continua	15/07/2009	15/07/2009
Presentación de resultados definitivos por AGESIC	AGESIC	9/2009	9/2009
Designación de una Consultora por AGESIC para asesorar al MSP en la elaboración de un Mapa de Ruta con el objetivo de mejorar la situación del MSO	AGESIC	pendiente	pendiente
Elaboración de Mapa de Ruta	AGESIC MSP	pendiente	pendiente

Fuente MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Resultados alcanzados

Se logró involucrar a 23 personas con cargos de Dirección en el MSP en el uso de una herramienta de Diagnóstico institucional, lo cual sin duda contribuyó al trabajo en equipo, el manejo de un vocabulario común y a un enfoque común orientado a la mejora.

Impactos negativos

Tabla 15. Impactos negativos

Descripción del Impacto	Estado	Acción tomada / Acción a tomar
No se realizó el Mapa de Ruta	Pendiente de resolución	Reclamo a AGESIC de la designación de la consultora que apoyaría en la elaboración del Mapa de Ruta al MSP

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

f. Expediente Electrónico (EE)

En el período comprendido entre 31 de agosto y hasta el 7 de diciembre de 2009 se llevó adelante en el MSP el proyecto de implantación de la Aplicación sistema de Expediente electrónico (en su versión básica) con el fin de digitalizar los expedientes en el organismo. Este proyecto se realizó en el marco de Convenio e Cooperación Interinstitucional entre AGESIC y MSP.

Objetivo y alcance

Implantación del sistema; en su versión básica, de Expediente Electrónico en el MSP con el fin de digitalizar los expedientes. El alcance del proyecto comprende todo el MSP.

Objetivos específicos

- Aumentar la transparencia de las actuaciones de la Administración Pública.
- Potenciar el acceso a la información.
- Modernizar y mejorar los servicios al ciudadano, optimizando tiempos de proceso y de respuesta.
- Ampliar la disponibilidad de los servicios.
- Responder a la demanda de los ciudadanos que desean menos burocracia y más eficiencia.

Responsables del Proyecto por el MSP

Gerente de Calidad y Gestión del Cambio: Dra. Teresa Puppo.

Gerente de Mejora Continua: Cra. Adriana Álvarez.

Contrapartes

AGESIC: Gerencia de Proyecto, Ing. Patricia Bentancour.

Empresas Contratadas

Consultora Funcional: Stavros Moyal & Asociados.

Empresa proveedora del Software para aplicación de expediente electrónico:
ST Consultores.

Descripción

Etapas previstas. Para la implantación de expediente electrónico se llevaron adelante cuatro fases de trabajo:

Fase 1: Relevamiento de datos a cargar al sistema.

- Relevamiento inicial.
- Plan de Trabajo.
- Relevamiento detallado.

Fase 2: Diseño y Configuración de la información.

- Diseño de información.
- Configuración de la información.

Fase 3: Datos y Testing.

- Preparación de archivos de datos a cargar al sistema.
- Testing de aplicativo.

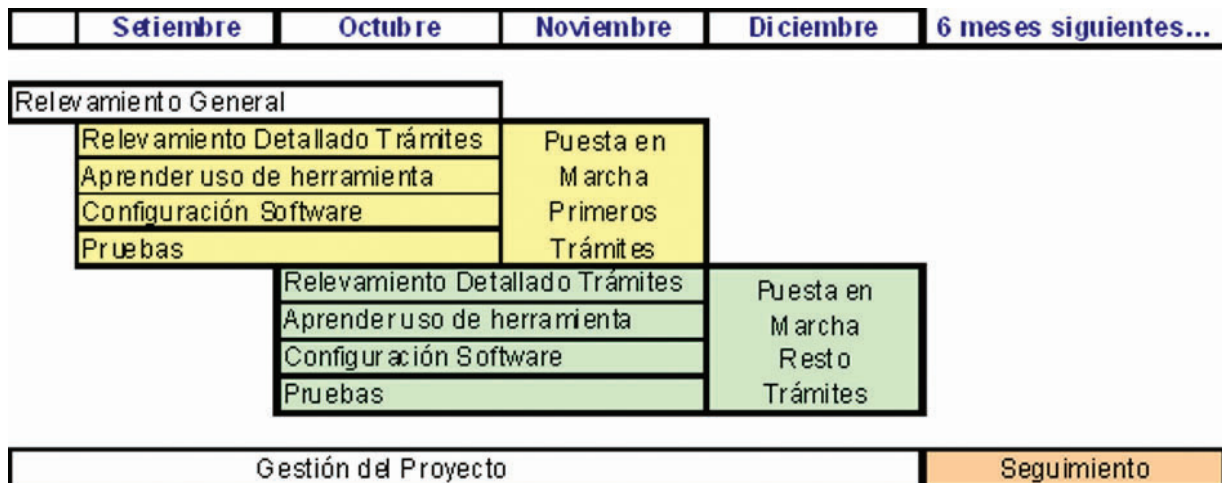
Fase 4: Puesta en Marcha.

- Puesta en marcha.
- Apoyo en la post implementación.

En forma paralela al desarrollo de las cuatro fases anteriores, se llevarán adelante las siguientes actividades:

- Capacitación gestión del cambio y transferencia de información: estas tres actividades se realizan en forma paralela a las cuatro fases de implementación.
- Gestión del Proyecto: que se realizó en forma paralela a la ejecución del proyecto, a través del seguimiento, monitoreo y evaluación de los plazos de ejecución, indicadores de proceso y resultados del proyecto y del análisis de los riesgos.

Figura 1. Cronograma resumido del Proyecto



Fuente: Entregable 1: Consultoría de implantación de Expediente Electrónico.

Período de ejecución y principales hitos del proyecto

- Inicio: 31/8/2009.
- Selección de referentes funcionales: 3/09/2009.
- Capacitación de referentes funcionales: 21/10 al 29/10/2009.
- Inicio de la capacitación a funcionarios: 21/11/2009.
- Puesta en producción: 7/12/2009.
- Finalización del seguimiento: 31/03/2010.

Resultados alcanzados

A continuación se presentan los principales resultados alcanzados.

- Designación de Coordinadores del Proyecto por parte del MSP a las Gerencias de Calidad y Gestión del Cambio y a la Gerencia de Mejora Continua.
- Selección y designación de consultora funcional Stavros Moyal & Asociados, seleccionada por AGESIC.
- Selección y designación de empresa proveedora de software de expediente electrónico ST, a cargo de AGESIC.
- Presentación del proyecto a las Alta Dirección del MSP. Se realizó una presentación al Gabinete, reuniones con Directores de División de la DIGESA, DIGESE, Directores del INDT y Direcciones Departamentales de la Salud. a cargo del equipo de Coordinación MSP del proyecto y de la consultora funcional.
- Selección de equipos funcionales por área del MSP, para DIGESA y DIGESE. Se seleccionaron 41 referentes funcionales. A cargo de equipo de Coordinación MSP del proyecto.



- Diseño de un plan de trabajo ajustado y un plan inicial de comunicación, por parte de la consultora funcional.
- Relevamiento General: que incluyó Organigrama detallado del MSP, relevamiento de funcionarios por unidad funcional y relevamiento de trámites. Se identificaron 185 unidades con trámites, se relevaron 85 trámites con expediente.
- Relevar las capacidades organizacionales y tecnológicas del organismo: se seleccionaron 40 referentes funcionales representantes de las diferentes unidades del MSP.
- Relevar el diseño detallado, necesario para la personalización de la aplicación de Expediente Electrónico. El relevamiento detallado de trámites se realiza a través de una aplicación para automatizar los expedientes a través de la herramienta de BPMS Apia propiedad de la empresa ST. El modelador de proceso que se utiliza es el BizAgi Process Modeler, que permite diseñar el flujograma de procesos considerando etapas, acciones y responsables.

Esta fase se realizó con la Consultora funcional y con el apoyo de los referentes funcionales y se realizó en dos etapas:

- Identificación de trámites: 85 trámites identificados en 185 unidades (se adjunta lista de trámites con sus respectivos responsables en Anexo 11 c).
- Relevamiento detallado: de trámites 85 trámites que generan expediente.
- Capacitación de funcionarios en el uso de la herramienta de software: esta capacitación de funcionarios se realizó en dos etapas:
 - Capacitación en el aplicativo de software:
 - La primera etapa de capacitación: se realizó entre el 21 y el 28 de octubre e 2009 en las instalaciones de la ENAPI, a cargo de docentes de la ST la empresa proveedora del software. En esta etapa se capacitaron 27 referentes funcionales.



- Segunda etapa de capacitación: se realizó entre el 16 al 21 de diciembre de 2009, en una sala de capacitación a cuatro cuadras del casco central del MSP (18 de julio 2233). Esta capacitación se organizó en dos jornadas de 2y30hs. Esta capacitación se realizó a 557 funcionarios y se organizaron 39 grupos en tres horarios de 8 a 10y30, de 11 a 13y30 y de 14y30 a 17 hs. En el caso de los funcionarios de las Direcciones Departamentales de Salud que vienen del interior, se organizó un grupo especial de una sola jornada de 5hs.
- Tercera etapa de capacitación: para el caso de los funcionarios más cercanos a la Ministra y a las Direcciones Generales, que no tuvieron posibilidad de concurrir en la programación inicial de cursos, se brindó la misma capacitación en una sola jornada en la Sala de Capacitación del MSP en el 2do piso del casco central.
- Capacitación en gestión del cambio: La consultora funcional Stravros & Moyal, dictó un curso de Gestión del Cambio destinado a referentes funcionales del proyecto. La capacitación se desarrolló en dos jornadas de dos horas cada una, el 10 y 12 de noviembre de 2009, de 14:00 a 16:00 horas, en la Sala de Capacitación de la Consultora (Plaza Independencia 822, 1er Entrepiso). Se invitó a participar a los 40 referentes funcionales del MSP, de los cuales 26 manifestaron interés en participar y concurren 18 efectivamente a los cuales se les entregó certificado de asistencia.
- Conformación de mesas de ayuda: se constituirán mesas de ayuda que darán soporte a los usuarios del sistema, la cual estará organizada en tres niveles:
 - Mesa de ayuda funcional de primer nivel: que se realizará por parte de los referentes funcionales e inicialmente con el apoyo de la Consultora funcional.
 - Mesa de ayuda de segundo nivel: que estará a cargo de personal de informática, con el apoyo inicial de la Consultora funcional.
 - Mesa de ayuda de tercer nivel: que estará a cargo de personal de AGESIC.

Adicionalmente se instaló para la Mesa de Ayuda el teléfono 4080246 y se creó la dirección de correo electrónico expediente@msp.gub.uy.



Inicialmente la Mesa de Ayuda será apoyada por la Consultora Funcional y por AGESIC.

- Proceso de testeo del sistema: la etapa de testeo del sistema estuvo a cargo de la Consultora funcional con el apoyo de los referentes funcionales de los trámites.
- Actividades de comunicación: como parte de la implementación del proyecto y de la gestión del cambio se realizaron 12 diferentes actividades de difusión por diferentes medios: reuniones con Gabinete, con directores de las unidades ejecutoras (DIGESE, JUNASA, DIGESA e INDT), coordinación de departamentales, documentos en carteleras, boletines y mail informativos, disponibilidad de pagina Web de capacitación.
- Puesta en producción del sistema: la puesta en producción del proyecto se realizó el 7/12/2009 y el lanzamiento oficial el 9/12/2009. Durante los seis meses subsiguientes se contará con el acompañamiento de la Consultora funcional para mejorar la performance del sistema.

Situación actual

Este proyecto está en proceso de implementación y está prevista su puesta en producción el 7/12/2009 y el lanzamiento oficial por parte de las autoridades del MSP el día 9/12/2009. La etapa de seguimiento y estabilización del sistema se extiende hasta el mes de marzo/2009 y está previsto que se realice con el acompañamiento de la Consultora Funcional y AGESIC un seguimiento del proyecto

Tabla 16. Descripción de impactos

Descripción del Impacto	Estado	Acción tomada / Acción a tomar
Poco tiempo para la implantación del proyecto	Resuelto sobre la marcha	
Mayor coordinación entre los diferentes actores del proyecto con mayor antelación al inicio Actores: Gerencia MSP, AGESIC	Resuelto sobre la marcha	

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

g. Proyecto de Mejora de Gestión de procesos a cargo de la DIGESE y DIGESA

Objetivo y alcance

Desarrollar un proceso de mejora durante el año 2010, en unidades y procesos liderados por la DIGESE y DIGESA, que sean prioritarios para el MSP.

Descripción

A continuación se detallan las principales etapas del proceso de trabajo:

- Entrevista de diagnóstico con directores y cargos claves de la DIGESE y DIGESA.
- Se seleccionaron los siguientes procesos:
 - Plan anual de Inmunizaciones y Compras de vacunas, por su importancia sanitaria y económica para el MSP, y por la cantidad de actores que se involucran en el mismo: MSP (DIGESA, DIGESE), Comisión de Lucha Antituberculosa y MEF.
 - Proceso de Compras al Exterior.
 - Proceso de Adquisiciones.
- Diagnóstico de la situación de partida.
- Mapa de Procesos.
- Relevamiento detallado de los procesos.
- Propuestas de mejora.



Tabla 17. Mejora gestión DIGESE y DIGESA

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Entrevistas con Directores de Unidades Ejecutoras DIGESE y DIGESA	Gte. de Planificación Estratégica Gte. de Calidad y Gestión del Cambio Gte. de Mejora Continua	5/2009	6/2009
Entrevista con Directores de Divisiones y Departamentos claves de la DIGESA y DIGESE	Gte. de Planificación Estratégica Gte. de Calidad y Gestión del Cambio Gte. de Mejora Continua	6/2009	8/2009
Selección de unidades y procesos claves para el desarrollo de mejoras en el 2010: -Adquisiciones -Comercio Exterior - Plan Anual de Inmunizaciones y Compra de Vacunas	Director de DIGESE Gte. de Mejora Continua	8/2009	10/2009
Entrevistas de relevamiento de información y de designación de equipos de trabajo con responsables de los procesos de: - Adquisiciones - Comercio Exterior	Directora de Adquisiciones Directora de Comercio Exterior Gte. de Mejora Continua	8/2009	10/2009
Relevamiento detallado de procesos en Adquisiciones	Referente de adquisiciones Consultora funcional de EE Gte. de Mejora Continua	9/2009	10/2009
Relevamiento detallado de los procesos de: - Comercio Exterior - Plan Anual de Inmunizaciones e importación de vacunas	Directora del área de Comercio Exterior Gte. de mejora Continua	10/2009	11/2009
Participación en taller de mejora de procesos administrativos del MSP organizado por Proyecto PPENT	ProyectoPPENT Gte. de Mejora Continua Gte de Planificación Estratégica	12/11/2009	12/11/2009
Reunión con equipo de UCAP (Unidad Coordinadora de Proyecto PPENT) para analizar los resultados del taller de trabajo del 12/11/2009	Responsables de UCAP Gte. de Mejora Continua Gte. de Planificación Estratégica	17/11/2009	17/11/2009
Presentación de propuesta preliminar de mejora para el área de Adquisiciones a Director de DIGESE	Gte. de Mejora Continua Director de DIGESE	19/11/1009	19/11/20009
Presentación de propuesta preliminar de mejora para el proceso de Plan Anual de Inmunizaciones e importación de Vacunas	Director de DIGESE Gte. de Mejora Continua Gte. de Planificación Estratégica Director de Comercio Exterior	1/2/2009	1/12/2009
Entrevista con Directores de DIGESA y del área de Inmunizaciones para identificar oportunidades de mejora en el proceso de Plan Anual de Inmunizaciones	Director de DIGESA Directora de Inmunología Directora del Programa Anual de Inmunizaciones Directora de Comercio Exterior	12/2009	12/2009

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



Situación actual

Se han trabajado con los tres procesos en las fases de diagnóstico, mapa de proceso y relevamiento detallado.

Se prevé en el primer semestre 2.010 completar el proceso de trabajo y las propuestas de mejora.

h. Participación en el Programa 0800-OIDO

Descripción

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) ha colocado a disposición de la población un número telefónico gratuito para recibir quejas, sugerencias y recomendaciones por parte de la población, en el marco del Programa de Acercamiento a la Ciudadanía, y del Premio de Atención a la Ciudadanía. El MSP participa del Programa 0800-OIDO, con todas las unidades del mismo.

Contraparte: AGEV – OPP.

Para facilitar el canal de comunicación con el Programa 0800-OIDO se creó la siguiente casilla de correo por la cual se canalizarán las quejas y sugerencia desde dicho servicio: oido@msp.gub.uy

Se definieron como referentes con relación al servicio 0800-OIDO, dos personas titulares y dos alternas:

Referentes del MSP titulares:

- Analía Roselló - Comunicación con el Usuario del MSP - dirección de correo institucional: arosello@msp.gub.uy - tel. 408 73 08
- Belén Rodríguez – Comunicación con el Usuario del MSP – dirección de correo institucional: enlace@msp.gub.uy - tel. 408 73 08

Referentes del MSP alternos:

- Carolina Fernández - Secretaria de Gerencias – dirección de correo institucional: cfernandezcrosa@msp.gub.uy - 403 63 34
- Adriana Álvarez - Gerente de Mejora Continua – dirección de correo institucional: aalvarez@msp.gub.uy - 403 63 34

Las referentes titulares son funcionarias de Atención al Usuario y hoy dan respuesta a las quejas y reclamos del MSP a través del mail atencionalusuario@msp.gub.uy, servicio que responderá las mensajes del servicio 0800 OÍDO (08006436).

Las referentes alternas darán apoyo a la implementación interna y difusión de este nuevo servicio a la interna del MSP.

En el cuadro a continuación se detallan las principales actividades desarrolladas, los responsables y las fecha de inicio y finalización:

Tabla 18. Programa 0800 OIDD

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Fin
Designación de referentes para el Programa 0800 OIDO para las unidades participantes de la primera edición del PCAC	Responsables de la unidades participantes	01/2009	01/2009
Participación en capacitación del Programa 0800 OIDO	Programa 0800 OIDO AGEV OPP Referentes de las unidades participantes	01/2009	01/2009
Designación de referentes para el Programa OIDO para todas las unidades del MSP	Programa OIDO AGEV OPP Referentes del área Comunicación al Usuario Directora de comunicación al usuario Gte. de Mejora Continua	8/2009	8/2009
Atención de quejas y reclamos por Programa OIDO	Referentes del MSP para el Programa OIDO	8/2009	A la fecha
Curso de capacitación para referentes y procedimientos de trabajo	Programa OIDO AGEV OPP	pendiente	pendiente

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

i. Participación en la Guía de Trámites y Servicios

La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) ha desarrollado la Guía de Trámites y Servicios. El MSP cuenta actualmente con un relevamiento detallado de 85



trámites, que fueron relevados a instancias del Proyecto de Expediente Electrónico los cuales se encuentran relacionados a un referente funcional. Dicha información ha sido remitida a la AGEV con fecha 27/11/2009.

Objetivo y alcance

Subir a la Guía de Trámites del Portal Uruguayo, el 100% de los trámites del MSP.

Contraparte: Agev – OPP

Responsable por MSP: Cra. Adriana Álvarez Gerente de Mejora Continua.

Referentes por trámites: Serán definidos por el área a cargo del trámite.

Tabla 19. Guía de Trámites

Actividad	Responsable	Fecha inicio	Fecha fin
Presentación del Proyecto Portal del Estado y Guía de Trámites	Representante del proyecto AGEV OPP Gte. de mejora Continua	10/2009	10/2009
Elaboración y envío a AGEV, de lista de 85 trámites a incluir inicialmente en la Guía de Trámites del Portal del Estado	Gte. de Mejora Continua	27/11/2009	27/11/2009
Definición de referentes funcionales por trámites del MSP	Directores de Unidades Ejecutoras Gte. de Mejora Continua	12/2009	12/2009
Capacitación de los referentes designados para cargar trámites en la Guía de Trámites del Portal del Estado	AGEV OPP	12/2009	12/2009
Carga de 85 trámites en la Guía de Trámites del Portal del Estado	Referentes de trámites del MSP Gte. de Mejora Continua	01/2010	03/2010

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

j. Incorporación de información de trámites en la Guía de Trámites y Servicios

Descripción

El MSP tiene identificado 85 trámites a los cuales se les ha asignado un referente funcional (el mismo que para el proyecto de Expediente Electrónico).

Dicha lista de trámites ha sido elevada a la AGEV-OPP, con fecha 27/11/2009, pero aún no se han cargado a la Guía de Trámites, lo cual está previsto realizarse en el primer trimestre de 2010.



Tabla 20. Lista de Trámites

Índice Numerado	Lista de Trámites	Validación de Trámites	Referentes
1	HABILITACIÓN DE EMPRESAS		
1.3	Registro y Habilitación de empresas (alimentos, cosméticos y domisanitarios)	Jorge Rivero (Director del Dpto.)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.45	Denuncias de Productos de Salud	Jorge Rivero (Director del Dpto.)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.46	Consultas de Productos de Salud	Jorge Rivero (Director del Dpto.)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.5	Habilitación de Establecimientos de Adulto Mayor (Casas de Salud)	Olga Gómez (Directora del Dpto)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.6	Denuncias Establecimientos de Adulto Mayor (Casas de Salud)	Olga Gómez (Directora del Dpto)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.7	Proceso de Cierre de Establecimientos de Adulto Mayor (Casas de Salud)	Olga Gómez (Directora del Dpto)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.8	Pedidos de Informes Establecimientos de Adulto Mayor (Casas de Salud)	Olga Gómez (Directora del Dpto)	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)
1.10	Habilitación de Servicios y Establecimientos Asistenciales	Cristina Moreira	Florencia Bruzzone
1.12	Registro de Importadores de Artículos Ópticos	Cristina Moreira	Florencia Bruzzone
1.14	Solicitudes Judiciales a Evaluación de la Conformidad	Cristina Moreira	Florencia Bruzzone
1.15	Denuncias en Evaluación de la Conformidad	Cristina Moreira	Florencia Bruzzone
1.16	Solicitud de Información sobre servicios de Evaluación de la Conformidad	Cristina Moreira	Florencia Bruzzone
1.17	Aprobación de Estatutos de Instituciones que ofrecen servicios de salud	Cristina Moreira	Florencia Bruzzone
1.18	Cierres o Clausuras de Instituciones que ofrecen servicios de salud	Carlos Pólito (Director de Dpto.)	Florencia Bruzzone
1.19	Farmacia 2 categoría: Habilitación de Apertura y Funcionamiento	N/A	N/A
1.20	Manejo de Residuos Sólidos	Carlos Pólito (Director de Dpto.)	Florencia Bruzzone
1.30	Habilitación de Empresas Fabricantes de Reactivos de Diagnóstico, dispositivos terapéuticos y equipos médicos.	Carlos Conde	Dr. Juan Manuel Jones
1.35	Ensayos Controlados	Dra. Alejandra Croci	Dr. Juan Manuel Jones



1.36	Incorporación de Nueva Tecnología	Nelly Laduche (Secretaría Div Hab. Sanitaria)	Dr. Juan Manuel Jones
1.39	Transferencia de Registro de Productos de una empresa a otra	Carlos Conde	Dr. Juan Manuel Jones
1.40	Denuncias en Tecnología Médica	Carlos Conde	Dr. Juan Manuel Jones
2.30	Cambio de dirección técnica	Carlos Conde	Dr. Juan Manuel Jones
2.31	Renuncia y designación de Dirección técnica	Carlos Conde	Dr. Juan Manuel Jones
2	HABILITACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DE EMPRESAS DE MEDICAMENTOS		
2.2	Autorización de Importación/Exportación de Estupefacientes	Edgardo Carbonel	Lic. Enf. Aniuska García
2.8	Destrucción Psicofármacos en Farmacias	Edgardo Carbonel	Lic. Enf. Aniuska García
2.9	Destrucción Psicofármacos en Laboratorios	Edgardo Carbonel	Lic. Enf. Aniuska García
2.19	Hurtos/Extravíos de Medicamentos controlados y documentación	Edgardo Carbonel	Lic. Enf. Aniuska García
2.20	Denuncias	Lic. Enf. Aniuska García	Lic. Enf. Aniuska García
2.21	Autorización para publicidad de Medicamentos	Lic. Enf. Aniuska García	Lic. Enf. Aniuska García
2.31	Donación de Medicamentos	Edgardo Carbonel	Lic. Enf. Aniuska García
2.32	Habilitación Higiénica y Renovación	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.33	Habilitación de Farmacias de Primera Categoría y Rurales	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.34	Traslado de Local de Farmacia 1ª Categoría	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.35	Comunicación de Cambio o Suplencia de Dirección Técnico de Farmacia	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.37	Modificación de la Propiedad del Servicio/Cambio de Tipo y/o Denominación de la Sociedad de Farmacia	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.38	Clausura Cautelar y Definitiva de Farmacia	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.40	Habilitaciones de Empresas de Medicamentos	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García
2.41	Habilitación/Inscripción de contratos de representaciones	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García
2.43	Modificación de la Propiedad del Servicio/Cambio de Tipo y/o Denominación de la Sociedad de Empresas de Medicamentos	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García
2.44	Clausura Cautelar y Definitiva de Empresa de Medicamentos	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García
2.46	Solicitudes de transferencias de registros de Medicamentos	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García



2.49	Solicitudes de registros de especialidades farmacéuticas solo para exportación	Isabel Slepak	Lic.Enf. Aniuska García
2.51	Extensión de validez del Certificado de registro de Medicamentos (FARMACOVIGILANCIA)	Cristina Alonzo	Lic. Enf. Aniuska García
2.53	Evaluación de Reporte actualizado periódico de Seguridad de Medicamentos	Cristina Alonzo	Lic. Enf. Aniuska García
2.54	Renovación de Habilitación de Empresas de Medicamentos	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García
2.55	Habilitación / Inscripción de Contratos de Tercerizaciones	Alba Timble	Lic. Enf. Aniuska García
2.56	Adjudicación de cambios de turno y autorización de servicio nocturno de farmacia	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.57	Autorización de Títulos de Idóneos de primera y segunda categoría	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.58	Otorgamiento de Constancia/Certificados del Cumplimiento de las BPF (Buenas prácticas de fabricación)	María Elena Gaione	Lic. Enf. Aniuska García
2.59	Ampliación y/o Modificación de las BPF de productos médicos	Lic. Enf. Aniuska García	Lic. Enf. Aniuska García
4	CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA SALUD		
4.2	Inspección por Denuncias en Fiscalización	Cecilia Martinez	
5	GESTIÓN Y CONTROL DE LA SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL		
5.1	Denuncias Asuntos Laborales y Ambientales	Carmen Ciganda (Directora del Dpto.)	Lic. Susana Tagliamonte
5.4	Habilitaciones Higiénico Sanitaria (Salud Ambiental y Ocupacional)	Carmen Ciganda (Directora del Dpto.)	Lic. Susana Tagliamonte
5.6	Solicitudes de Informes a la División Salud Ambiental y Ocupacional	Carmen Ciganda (Directora del Dpto.)	Lic. Susana Tagliamonte
5.7	Actuaciones de Oficio de la División Salud Ambiental y Ocupacional	Carmen Ciganda (Directora del Dpto.)	Lic. Susana Tagliamonte
6	HABILITACION DE RECURSOS HUMANOS DEL AREA DE LA SALUD		
6.2	Denuncias en dpto planif RRHH	Adriana Guisolfi	
6.3	Consultas a dpto planif RRHH	Adriana Guisolfi	
8	DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD		
8,13	Denuncias de Tabaco	Matilde Silva	María del Carmen Cuagliata
8.14	Denuncias Generales y Pedidos de Informes	Matilde Silva	María del Carmen Cuagliata



10	ADQUISICIONES		
10.2	Licitaciones Abreviadas y Públicas	Luis Mendoza	
10.4	Compras por Excepción	Luis Mendoza	
11	ECONOMÍA, REGULACIÓN Y ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD		
11.4	Solicitud de Autorización para venta de servicios	Elizabeth Gularte	
11.6	Aprobación de Estatuto Tipo de las IAMC	Elizabeth Gularte	
11.8	Consultas sobre tasas moderadoras	Elizabeth Gularte	
11.10	Desafiliaciones de Socios efectuadas por la IAMC	Elizabeth Gularte	
11.11	Viabilidad Financiera(compra de inmuebles, equipos, etc)	Elizabeth Gularte	
11.12	Solicitud de información que pasa por el juzgado	Elizabeth Gularte	
11.14	Solicitud de fideicomiso de la IAMC	Elizabeth Gularte	
11.15	Solicitud de Cierre de fideicomiso de las IAMC	Elizabeth Gularte	
13	JUNASA		
13.1	Solicitud de cambios mutuales	Fabián Leyes	Fabián Leyes
13.4	Resoluciones adoptadas por la JUNASA	Fabián Leyes	Fabián Leyes
13.5	Revisión de Débitos – BPS	Fabián Leyes	Fabián Leyes
14	Sumarios, Investigaciones, Juicios e Informes	Elbita Rodriguez (Procuradora)	
14.1	Sumarios Administrativos	Elbita Rodriguez (Procuradora)	
14.2	Investigaciones Administrativas	Elbita Rodriguez (Procuradora)	
14.3	Juicios	Elbita Rodriguez (Procuradora)	
14.4	Informes	Elbita Rodriguez (Procuradora)	
15	COOPERACIÓN INTERNACIONAL		
15.1	Aprobación de Comisiones de Servicio	Victor Arenas(Sub director del dpto. Secretaria Gral y Acuerdos)	
15.2	Aprobación de Misiones Oficiales	Victor Arenas(Sub director del dpto. Secretaria Gral y Acuerdos)	



16	INDT		
16.1	INDT - Licitaciones Públicas y Abreviadas	María José Salesi	
16.2	INDT - Compra Directa	María José Salesi	
16.3	INDT - Compra por Excepción	María José Salesi	
16.4	INDT - Actuación General (Expedientes que vienen de MSP u otros Organismos)	María José Salesi	
17	GENERALES		
17.1	Denuncias	N/A	
17.2	Pedidos de Informes	N/A	

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

k. Participación en los Premios a la Calidad de Atención a la Ciudadanía

Tabla 21. Participación en la 1ª Edición del Premio (2008-2009)

Nombre de Unidad que se presentó	Unidad Ejecutora de la cual depende	Nivel alcanzado según evaluación (1 a 5)
Sector farmacias, estupefacientes y psicofármacos	03-Dirección General de la Salud	4
Departamento de Comunicación con el Usuario	03-Dirección General de la Salud	4
Departamento de Clínicas Preventivas	03- Dirección General de la Salud	4
Departamento de control de calidad (actualmente Departamento de Evaluación de la conformidad)	03- Dirección General de la Salud	2

Fuente: MSP. Elaborado por AGEV-OPP.



Tabla 22. Participación en la 2ª Edición del Premio (2009-2010)

Nombre de Unidad que se presentó	Unidad Ejecutora de la cual depende	Nombre de contrapartes designadas en la postulación
Departamento de Laboratorio de Salud Pública UNIDAD SELECCIONADA	3- Dirección General de la Salud	Director de la unidad: Dr. Andrés Puime Referente: Sra. Adriana Federico
División Salud Ambiental y Ocupacional UNIDAD SELECCIONADA	03- Dirección General de la Salud	Director de la unidad: Dra. Carmen Ciganda Referente: Lic Zoraida Fort
Departamento de Evaluación de la Conformidad UNIDAD SELECCIONADA	03- Dirección General de la Salud	Director de la Unidad: Dr. Carlos Polito Referente: Dr. David de Sosa
Departamento de Habilitaciones y Control de Profesionales de la Salud UNIDAD NO SELECCIONADA	03- Dirección General de la Salud	Director de la Unidad: A.S Anibal Suarez Referente: Soc. Adriana Ghisolfi
División Fiscalización UNIDAD NO SELECCIONADA	03- Dirección General de la Salud	Director de la Unidad: Ing. Quim. Raquel Ramilo Referente: Q.F. Silvia Sanchez
Departamento de Vigilancia en Salud UNIDAD NO SELECCIONADA	03- Dirección General de la Salud	Director de la Unidad: Dra. Raquel Rosas Referente: Dra. Adriana Alfonso
Departamento de Adquisiciones UNIDAD NO SELECCIONADA	01- Dirección General de Secretaría	Director de la Unidad: Sra. Adriana Espinosa Referente: Roxana Fuá

Fuente MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

Principales desafíos en sistemas de gestión de calidad del MSP.

i. Proyecto de implantación de un Sistema de Gestión de Calidad para todos los procesos de trabajo del Ministerio de Salud Pública.

- Desafío: Implantación de un Sistema de Gestión de Calidad para todos los procesos de trabajo del MSP. Obtención del Premio Nacional de Calidad.
- Plazo: julio de 2014.



ii. Proyecto inicial de Implantación de SGC con colaboración de LATU y de Certificación en Calidad ISO 9001:2008, de tres Unidades que participaron en la Primera Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2008-2009).

- Desafío: conseguir financiamiento para este proyecto y ejecutarlo.
- Plazo: junio/2010.

iii. Participación en la Segunda Edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía (2009-2010), con la mayor cantidad de unidades posibles.

- Desafío: Las tres unidades que participan actualmente de la segunda edición del Premio a la Calidad de Atención a la Ciudadanía completen el proceso del mismo y sean premiadas.
- Plazo: julio/2010.

iv. Utilizar como insumos los resultados del Modelo de Madurez para la Gestión del Gobierno Electrónico, como herramienta de diagnóstico de la Institución, a partir del cual desarrollar un mapa de ruta.

- Desafío: Realizar diagnósticos periódicos (anual) para diagnosticar y monitorear los avances logrados.
- Plazo: julio/2010.

v. Implantación de sistema de Expediente Electrónico que permita digitalizar expedientes y trámites del MSP.

- Desafío 1: El sistema de Expediente Electrónico en su primera fase versión básica funcione en forma estable.
 - Plazo 1: marzo/2010.
 - Desafío 2: Desarrollar e implantar la segunda fase de Expediente Electrónico versión extendida con el manejo de formularios y workflow. Esta etapa depende de la coordinación con AGESIC.
 - Plazo 2: diciembre/2010.
-



vi. Desarrollar un proceso de mejora de procesos prioritarios para el MSP a cargo de la DIGESE y DIGESA.

- Desafío 1: Lograr que el proceso de compras del MSP sea más eficiente, considerando todas las etapas y actores del proceso (desde la solicitud hasta la entrega de bienes o servicios).
- Plazo: marzo/ 2010.
- Desafío 2: Lograr que el proceso de Plan Anual de Inmunizaciones y compras de vacunas, considerando todos los actores del proceso (en MSP DIGESA, DIGESE, fuera del MSP MEF y Comisión de lucha Antituberculosa), sea más eficiente y se logre su certificación según norma ISO 9001: 2008.
- Plazo 2: junio/2010.
- Desafío 3: Lograr que el proceso de Compras al Exterior sea más eficiente, considerando todos los actores del proceso (desde la solicitud hasta la entrega de los bienes importados).
- Plazo 3: junio/2010.

vii. Participación en el Programa 0800-OIDO.

- Desafío: Difusión interna dentro del MSP del Programa 0800-OIDO, que sirva como herramienta de mejora de procesos a partir de las quejas y sugerencias de la ciudadanía a través de este medio.
- Plazo: marzo/2010.

viii. Participación en la Guía de Trámites y Servicios

- Desafío: Los 85 trámites identificados y relevados por el Proyecto de Expediente Electrónico son incorporados a la Guía de Trámites del Portal del Estado.
- Plazo: Primer cuatrimestre de 2010.



Figura 2. Cronograma

Proyecto	Plazo	Año 2010												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	más
1. Proyecto de implantación de un Sistema de Gestión de Calidad para todos los procesos de trabajo del Ministerio de Salud Pública.	7/2014	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Proyecto de inicial de Implantación de SGC.	7/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.2.Segunda Edición del Premio de Calidad de Atención a la Ciudadanía (2009:2010).	7/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Modelo de Madurez para la Gestión del Gobierno Electrónico.	7/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Proyectote Expediente Electrónico Versión Básica Versión Avanzada	3/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	12/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Proyecto de Mejora de procesos prioritarios para el MSP.	3/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	6/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	6/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Participación en el Programa 0800-OIDO	3/2.010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Participación en la Guía de Trámites y Servicios	4/2010	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente MSP. Elaborado por AGEV-OPP.

12. ORGANISMOS DE LOS ARTÍCULOS 220 y 221

El MSP se vincula, al igual que otros organismos de la Administración Central, con los siguientes organismos definidos por el artículo 220 de la Constitución de la República:

Como organismos de contralor

- El Tribunal del Contencioso Administrativo (vía administrativa en alzada).
- El Tribunal de Cuentas de la República (contralor de legalidad preventivo del gasto).

Como organismo proveedor de servicios que se vincula al PE por el MSP

La Administración de Servicios de Salud del Estado (la Ley 18.161 de 2007 lo crea como servicio descentralizado prestador de servicios).

Otros organismos que se vinculan con el MSP

Además de los organismos anteriores, existen otros que se vinculan al MSP. Algunos son organismos desconcentrados, que dependen del ministerio. Pero también existen organismos de naturaleza Pública no Estatal, que desempeñan papeles muy importantes en el campo del financiamiento, normatización y regulación en salud¹⁷.

a. Organismos desconcentrados

- i. Junta Nacional de Salud. Organismo desconcentrado del MSP, administrador del Seguro Nacional de Salud. Consta de un directorio integrado por: MSP, MEF y BPS, con representación social de usuarios, trabajadores y prestadores del SNIS.
- ii. Instituto Nacional de Donación y Transplante (INDT). El INDT es un organismo desconcentrado del MSP (Ley 18362), que cuenta con una Comisión de Apoyo que recibe partidas económicas de recursos presupuestales del MSP. (Los funcionarios del INDT están en proceso de presupuestación).

¹⁷ Dependiendo de su ley constitutiva del organismo público no estatal, las modalidades de relacionamiento con el MSP son variables. En todos los casos son integrados por el MSP, quien muchas veces los preside, y en algunos casos reciben financiamiento público por el presupuesto ministerial.



iii. Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis (ex Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis). Es un organismo desconcentrado del MSP (Artículos 308 a 311 de la Ley No. 17.930 y Decretos 491/007 y 219/008).

b. Organismos públicos no estatales y de otro tipo

- i. Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos. Presidido por el Ministro de Salud, el fondo financia y regula las prestaciones de alta complejidad que se brindan a través de los Institutos de Medicina de Alta Especialidad (IMAE). Se financia con recursos propios y aportes de Rentas Generales. Link: <http://www.fnr.gub.uy/>
- ii. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Organismo público no estatal, recibe partidas económicas de recursos presupuestales del MSP. Link: <http://www.chlaep.org.uy/index.php>
- iii. Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular. Organismo público no estatal, recibe partidas económicas de recursos presupuestales del MSP. Presidido por el Poder Ejecutivo. Link: <http://www.cardiosalud.org>
- iv. Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM). Creado en esta administración por la Ley 18.172, es un organismo público no estatal, que tiene por fin el diagnóstico, capacitación y la investigación clínica y biomédica (Medicina Nuclear). Recibe partidas económicas de recursos presupuestales del MSP. Link: www.cudim.org
- v. Patronato del Psicópata. Organismo público no estatal. Responsable de contratación de recursos humanos bajo derecho privado.
- vi. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (Ley 16.097). Entiende en el desarrollo de planes y programas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por esta enfermedad.
- vii. Link: <http://www.urucan.org.uy/>



13. ASUNTOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA INICIAL

En esta sección se describen algunos de los asuntos que van a exigir mayor dedicación política al próximo equipo ministerial. Se enfatizan cuatro temas fundamentales: incorporaciones al Seguro Nacional de Salud; fortalecimiento de la Junta Nacional de Salud; nuevas prestaciones en el Plan Integral de Atención en Salud; Estatuto del trabajador del sector salud.

Entre los asuntos fundamentales de política pública de salud de futuro inmediato se destacan cuatro capítulos: incorporaciones al Seguro Nacional de Salud, fortalecimiento de la Junta Nacional de Salud, nuevas prestaciones en el Plan Integral de Salud y Estatuto del trabajador del sector salud.

a. Seguro Nacional de Salud: alternativas futuras

i. Obligaciones que marca la Ley para incorporación al Seguro

- Las cajas de auxilio no más allá de enero de 2001.
- Los profesionales que aportan a la caja profesional no más allá de enero de 2001.
- Los y las cónyuges en cuatro tramos de diciembre de 2010 a diciembre de 2013, comenzando por los que tienen más hijos hasta terminar con los que no tienen hijos.
- Por otra parte están aquellos colectivos para los cuales la Ley no incluye fechas precisas. Estos colectivos son:
 - Los pensionistas y los jubilados (en este último caso si ganan más de 2,6 BPC), para lo cual proponemos un proceso gradual de aumento del actual tope y una priorización en dicha gradualidad de los pasivos por discapacidad.

- Los que perciben rentas del capital.
- Los municipales, para los cuales la ley da una potestad al Poder Ejecutivo para ingresarlo pero no fija fechas límite.

ii. El “Fonasamiento” de ASSE

- Una de las alternativas que el plan de gobierno define es la inclusión de todos los no contributivos al FONASA, y que en ese caso ASSE reciba por ellos cápitas ajustadas por edad y sexo. Esta alternativa se debe analizar combinadamente en términos de sus costos con las anteriores, dado que a medida que van ingresando colectivos que hoy están en ASSE al FONASA, se reducen las personas que deben incluirse en los colectivos anteriores. De cualquier manera, si se quiere analizar por separado deben incluirse en la discusión tres aspectos:
 - Costo de dicha medida. Aislada del resto su costo es de 80 millones de dólares.
 - Movilidad para los usuarios de ASSE que pasan a ser FONASA.
 - Qué cuestiones que hoy realiza ASSE deben continuar bajo financiamiento de rentas generales. (centros asistenciales Dorrego, Piñeiro, entre otros).

b. Junta Nacional de Salud

La Ley 18.211 creó la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con las funciones de:

- Administrar el SNS.
- Velar por los principios rectores y objetivos del SNIS.

La integran:

- 4 integrantes del Poder Ejecutivo, dos de ellos del MSP (uno que la preside), 1 integrante del BPS y uno del MEF.
 - 1 representante de los prestadores de salud. En este primer período ha sido un año de FEMI y el segundo año de UMU.
-



- 1 representante de los usuarios. En la primera Junta ha sido el titular del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada y el alterno perteneció al Espacio Democrático y Participativo.
- 1 representante de los trabajadores. En la primera Junta, el mismo ha sido designado a propuesta del PIT-CNT.

Su principal herramienta ha sido la firma de los contratos de gestión con los prestadores de salud. Estos contratos tienen como objetivo central el cambio del modelo de atención y la mejora de la calidad asistencial. Los contratos contienen 62 disposiciones, entre las cuales se incluyen algunas vinculadas al modelo de atención y al modelo de gestión.

Estructura de la Junta

Esta rectoría es posible en la medida que se acompañe de una estructura de contralor adecuada y eficiente. En ese sentido, en tanto la JUNASA es por Ley una unidad ejecutora del MSP, su estructura de apoyo se encuentra en el propio Ministerio. Cuenta con una estructura mínima de secretaría ejecutiva, jurídica y administrativa y con el respaldo de algunas divisiones del MSP. Entre ellas cabe destacar, por su mayor relacionamiento con la Junta, a las siguientes:

- la División Economía de la Salud de la DIGESE.
- la división habilitaciones sanitarias de DIGESA.
- la división fiscalización de DIGESA.
- el área de metas prestacionales (conformada por técnicos de DIGESA y de Economía de la Salud).

Los desafíos futuros

Entre los temas que quedan pendientes discutir y tomar postura es importante analizar:

- la reglamentación de la elección de los representantes sociales aún no hecha por el Poder Ejecutivo, para sustituir mediante régimen electivo los actuales representantes.
-



- Una adecuada estructura interna de contralor de los contratos de gestión, en vistas a los nuevos contratos a firmar en setiembre de 2010.
- La propia relación entre la estructura técnica del MSP y la Junta.
- La implementación efectiva del acuerdo de trabajo con el BPS a punto de ser firmada.

c. Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

Las prestaciones que están comprometidas por Ley o por el programa de gobierno, y deben ser incluidas en el quinquenio son:

- salud bucal integral.
- salud mental integral.
- clave 1 (artículo 40 de la Ley 18.211).

d. Recursos Humanos

Para la gestión del próximo quinquenio, es importante culminar el proceso comenzado en este período de regularizaciones y de jerarquización de la carrera funcional y los concursos.

Por otra parte, la organización del trabajo tanto en el propio Ministerio como en los prestadores de salud públicos y privados debe ser una prioridad, tendiendo a la conformación de un estatuto del trabajador de la salud que tome en cuenta al mismo tiempo las cuestiones generales de todo el sector y las particularidades de cada profesión de trabajo.

Es muy importante tener en cuenta que durante 2010 se discutirán los aspectos laborales generales y particulares, dado que en marzo de 2010 vence el acuerdo médico de Salud Pública, y en junio de 2010 hay que renovar los Consejos de Salarios del grupo 15. Por ende, se tiene una gran oportunidad para discutir no sólo salarios, sino condiciones de trabajo para mejorar aspectos sustantivos del trabajo en la salud.



ANEXO 1. Correspondiente al Punto 3. REPRESENTACIONES INSTITUCIONALES DEL MSP

Tabla 1. Roles de órganos del MSP

Nombre del Órgano	Otros organismos integrantes del mismo	Rol del Inciso en el mismo	Nombre del titular	Mail del titular	Teléfono del titular
DIGESE-Unidad de Cooperación Internacional					
Comision Euralinet Unión Europea	MEC, MGAP, UDELAR, MIDES, Otros	Coordinar acciones con 7 países miembros de la Unión Europea	Beatriz Rivas	brivas@msp.gub.uy	4086866
UNA-ONU	MEC, MGAP, MIDES, Intendencias, UDELAR, ANEP, etc.	Coordinar en Salud, Ejecución proyectos	Beatriz Rivas	brivas@msp.gub.uy	4086866
Comision contra Tabaquismo	MEC, MEF, MRREE, UDELAR, Otros	Coordinador	W. Abascal	wabascal@msp.gub.uy	4086866
DIGESA-MERCOSUR					
SGT 11 del Mercosur. Servicios y productos de Salud	Ministerios	Punto Focal Uruguay	Sr Alvaro Baz Dr Carlos Polito	abaz@msp.gub.uy	4003317 int 120
Ministerio de Relaciones Exteriores/Dirección General de Cooperación Internacional	MERCOSUR Y Asuntos Internacionales	Negociación en Comisiones Mixtas - CUBA - URUGUAY	G. Rios R. Acuña J. Núñez	griosferreira@msp.gub.uy	4001002
Ministerio de Relaciones Exteriores/Dirección General de Cooperación Internacional	MERCOSUR y Asuntos Internacionales	Convenio MSP y Ministerio de Salud Cuba - Compra Vacuna Pentavalente.	G. Rios	griosferreira@msp.gub.uy	4001002
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Dirección Nacional de Medio Ambiente.	MERCOSUR y Asuntos Internacionales	Coordinación de temas MERCOSUR Reunión de Ministros de Salud (RMS)	G. Rios R. Acuña Carmen Ciganda	mciganda@msp.gub.uy	4098302
Corporación Nacional para el Desarrollo, Dirección General de Proyectos	MERCOSUR y Asuntos Internacionales. AECID	Coordinación Proyecto Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud	G. Rios R. Acuña J. Núñez	griosferreira@msp.gub.uy	4001002
Ministerio de Relaciones Exteriores/Dirección General Integración y MERCOSUR	MERCOSUR y Asuntos Internacionales	Reunión de Coordinación de Coordinadores Nacionales de los SGTs y las Reuniones de Ministros del MERCOSUR	G. Rios R. Acuña J. Núñez	griosferreira@msp.gub.uy	4001002
DIGESA - División de Salud Ambiental y Ocupacional					
Ministerio de Salud Pública (Comisión Honoraria de Trabajos Insalubres, ley 11.577) MTSS, BSE, Fac. Medicina, Fac. Ingeniería		Coordinación- Presidencia	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607



Ministerio de Salud Pública (Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de los Efectos Adversos sobre la Salud Humana de los Contaminantes Químicos Ambientales, Decreto 438/2002)	MIEM, MTSS, DINAMA, OPP, C. Intendentes, ASSE, Fac. Química, Fac. Medicina	Coordinación- Presidencia	Dra. Carn Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio de Salud Pública (Comisión Intersistitucional de Residuos Sólidos Hospitalarios, Decreto 135/1999)	DINAMA, Congreso Intendentes, ASSE, FEMI, IAMC, UMU, Hospital FFAA	Coordinación- Presidencia	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
MSP - MERCOSUR: Comisión Intergubernamental de Salud Ambiental y del Trabajador	Ministerios de Salud de Países Mercosur	Punto focal - URU	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio de Salud Pública - DIGESA Grupo de Trabajo sobre Campos Electromagnéticos	DINAMA, DINOT, ANTEL, UTE; ANCAP; URSEA, URSEC, F. MEDICINA, F. INGENIERIA,				
Ministerio de Salud Pública - CODEX Alimentario		Representar Salud Ambiental- plaguicidas en alimentos	Dra. Susana Rodriguez	srodriguez@msp.gub.uy	4098302 4012607
PRESIDENCIA - SISTEMA NACIONAL DE RESPUESTA AL CAMBIO CLIMATICO Dec. 238/009	CAMARA TELECOMUNICACIONES, CHLCC., MIEM, MVOTMA, MGAP, MIEM, SNE, M.TURISMO, RREE, METEOROLOGIA, C. INTENDENTES Representar al MSP		Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (COTAMA) Comisión Técnica Asesora de Medio Ambiente		representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	asosa@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (COTAMA GESTA – AIRE)		representar MSP	Dra. Adriana Sosa	asosa@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (COTAMA GESTA – RUIDO)			Dra. Laura Oliver	loliver@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (COTAMA GESTA ENVASES)		representar MSP	Dr. Gastón casaux	gcasaux@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (DINAMA - SEGUIMIENTO – BOTNIA)	Comisión Seguimiento planta de Celulosa Botnia - Ministerios, Intendencias, Juntas departamentales, ONG)	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607



MVOTMA (DINAMA – SEGUIMIENTO – ENCE)	Comision Seguimiento planta de Celulosa ENCE - Ministerios, Intendencias, Juntas departamentales, ONG)	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (SEGUIMIENTO – ISUSA)		representar MSP	Dr. Javier Mallet	jmallet@msp.gub.uy	4098302 4012607
MVOTMA (DINASA - COASAS: Comision Asesora de Aguas y Saneamiento)		representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
MINISTERIO INDUSTRIA Y ENERGIA - Comision Energía Planta Nuclear - Dec. 593/08	DINAMA, MSP, Partidos Políticos : P. Colorado, P. Independiente, P. Nacional, P. Frente Amplio) Representar MSP		Dra. Carmen Ciganda	ccigandamsp.gub.uy	4098302 4012607
Intendencia Municipal de Montevideo - Grupo Ambiental Montevideo GAM- PLENARIO		representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Intendencia Municipal de Montevideo (Sub-comisión Taller Atmósfera)		representar MSP	Dra. Adriana Sosa	asosa@msp.gub.uy	4098302 4012607
Intendencia Municipal de Montevideo (Sub-comisión Taller Recursos Hídricos)		representar MSP	Ing. Q. Isabel Dol	isabeldol@msp.gub.uy	4098302 4012607
Intendencia Municipal de Montevideo (Sub-comisión Taller Area Rural)		representar MSP	Dra. Lucia Graña	lgrana@msp.gub.uy	4098302 4012607
Intendencia Municipal de Montevideo (Sub-comisión Taller Educación Ambiental)		representar MSP	Lic. Laura Panzardo	mpanzardo@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (CO-NASSAT)	MSP, BSE, BPS, PIT-CNT, CAMARA DE INDUSTRIAS, CAMARA DE COMERCIO	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Comision Servicios Bonificados)	MSP, BPS	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio Relaciones Exteriores- Convenio de Basilea	MVOTAM- DINAMA, MAGAP, MSP	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio Relaciones Exteriores- Convenio de Estocolmo	MVOTAM- DINAMA, MAGAP, MSP	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio Relaciones Exteriores - Convenio de Rotterdam	MVOTAM- DINAMA, MAGAP, MSP	representar MSP	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607



Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca (Gabinete Bioseguridad - Organismos Genéticamente Modificados) MVOTMA; MEF; RREE; MSP		Integrar Comisión Evaluación del Riesgo	Dra. Carmen Ciganda	cciganda@msp.gub.uy	4098302 4012607
Ministerio de Educación y Cultura (Escuela de Enfermería)			Lic. Zoraida Fort	zfort@msp.gub.uy	099 247 332

DIGESA-División Fiscalización

Comité de coordinación con el Gabinete de la Producción	Min. Industria Dir. Industria/ MSP Div. iscalización	Comité de trabajo para promover el desarrollo de la producción farmacéutica	Cecilia Martínez, Luis Mele, inspectores especializados, Raquel Ramilo - Alejandro Vieira, José Saavedra	rramilo@msp.gub.uy; alejandro.vieira@dni. miem.gub.uy; jsaavedra@ garino.com.uy <jsaave- dra@garino.com.uy>	4016130
MERCOSUR - Comisión de Comercio	MEF/MSP	Coordinación de temas MERCOSUR en relación a los productos de salud (importación/exportación; tarifas arancelarias; racionalización de requisitos sanitarios; simplificación aduanera)	Raquel Ramilo (MSP); Cecilia Durán (MEF)	rramilo@msp.gub.uy; uanalisis@mef.gub.uy	4016130
Comité bilateral para la mejora del intercambio comercial con Brasil	MRREE/varios ministerios	Representante por temas de comercio de productos de salud	Raquel Ramilo (msp)	rramilo@msp.gub.uy	4016130
MERCOSUR - SGT-11 - Comisión Productos de Salud		Coordinador de la Comisión	Raquel Ramilo (msp)	rramilo@msp.gub.uy	4016130
CONICYT		Representante MSP	Raquel Ramilo (msp)	rramilo@msp.gub.uy	4016130

DIGESA-Departamento de MEDICAMENTOS

Comisión Técnica Asesora del FNR	F.M, Cuerpo Médico Nacional	Representar	Norma Rodríguez	nrodriguez@msp.gub.uy	99626184
Comité UNIT de Respon- sabilidad Social	Todas las partes interesadas	Representar	Norma Rodríguez	nrodriguez@msp.gub.uy	99626184
Grupo Interdisciplinario Propiedad Intelectual	MEF, M.I y E, MGAP, MRE, OPI	Representar	Lourdes Galván	lgalvan@msp.gub.uy	99339423
Comisión Técnica Asesora UCA	Todas las partes interesadas	Representar	Lourdes Galván	lgalvan@msp.gub.uy	99339423
Comisión de Control de Calidad de Medicamentos	Todas las partes interesadas	Representar	Lourdes Galván	lgalvan@msp.gub.uy	99339423
Grupo de Trabajo en Compras Medicamentos de Gabinete Productivo	Todas las partes interesadas	Representar	Lourdes Galván	lgalvan@msp.gub.uy	99339423



Grupo Intergubernamental de Política de Medicamentos	MERCOSUR Y Asuntos Internacionales	Representar	Lourdes Galván	lgalvan@msp.gub.uy	99339423
Grupo Latinoamericano y Caribe (Grulac) Estrategia Global en Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública	MERCOSUR Y Asuntos Internacionales	Representar	Lourdes Galván	lgalvan@msp.gub.uy	99339423
Comité Nacional Asesor de Farmacovigilancia	Todas las partes interesadas	Representar	Cristina Alonso	calonso@msp.gub.uy	4028032/33
Comité para el Estudio de Apiterapia	Todas las partes interesadas	Representar	Cristina Alonso	calonso@msp.gub.uy	4028032/33
Comité Nacional Para la Promoción de Uso Racional de Medicamentos	Todas las partes interesadas	Representar	Cristina Alonso	calonso@msp.gub.uy	4028032/33
Comité Asesor en materia de Precursores y Productos Químicos - Secretaría Nacional de Droga	M.I, M.D.N., M.I.E.M., M.E.F., P.J.	Representar	Alicia Plá	apla@msp.gub.uy	4028032/33
Proyectos Especiales					
Grupo Interinstitucional de Trabajo Permanente (GTIP)	Sindicato Médico del Uruguay; Federación Médica del Interior; Academia Nacional de Medicina y Facultad de Medicina.	Representar al MSP y ser Coordinador del Grupo, que tiene por objetivo la creación de un Sistema Nacional de Desarrollo Profesional Continuo, en el marco de un Acuerdo Marco del año 2000.	Dr. Gilberto Ríos, Marisa Buglioli	mbuglioli@msp.gub.uy	
Sistema Nacional de Investigación en Salud	ANII	Representar	Dra. Ana Pérez Dra. Zoraida Fort	zfort@msp.gub.uy aperez@msp.gub.uy	
Medios alternativos de conflictos en el sector salud	Embajada de México - Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	Coordinar primer visita de trabajo a Uruguay. Se suspendió en setiembre 09	Dr. Gilberto Ríos Dra. Silvia Durán	sduran@msp.gub.uy	

Fuente: MSP.



ANEXO 2. Correspondiente al punto 4. SELECCIÓN DE LAS PRINCIPALES NORMAS SOBRE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD Marzo 2005 - 2009

Leyes

Tabla 2. Lista de leyes

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Ley 17.930	Presupuesto Nacional	23/12/2005	Los arts. 264 y 265 establecen las bases del Sistema Nacional Integrado de Salud y de su forma de financiamiento.
Ley 18.131	Creación del FONASA	10/02/2007	Crea el Fondo Nacional de Salud e incluye en su financiamiento de prestaciones integrales de salud a los primeros colectivos (ex DISSE y algunos grupos de funcionarios públicos).
Ley 18.161	Descentralización de ASSE	8/08/2007	Crea a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado, relacionado con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.
Ley 18172. Artículo 235	Régimen de funciones inspectivas del MSP	31/08/2007	Se crea régimen de funciones inspectivas en el área de la salud, de alta dedicación y especialización con incompatibilidades y sujeto a la aceptación de un compromiso de gestión.
Ley 18.211	Creación del SNIS	5/12/2007	Determina el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, crea el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud. Incorpora a dicho seguro a los menores de 18 años, jubilados a partir de su vigencia, rurales, unipersonales y empleados públicos, entre otros colectivos.
Ley 18.335	Derechos y obligaciones de los usuarios	26/08/2008	Se declaran los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.
Ley 18.439 (18592 modif.)	Creación del Fondo de Garantía para las IAMC	7/02/2009	Crea el Fondo de Garantía para la reestructuración de pasivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que lo requieran.



Ley 18.464	Faculta al PE a apoyar financieramente a las IAMC	11/02/2009	Se faculta al Poder Ejecutivo a otorgar créditos fiscales a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que lo requieran.
Ley 18473	Testamento Vital	03/04/2009	Regula el derecho que tienen las personas mayores de edad, en plena aptitud psíquica, de oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos.
Ley 18.537	Muerte súbita de niños menores de un año	21/08/2009	Se establecen normas para el estudio y prevención de la muerte súbita de menores de un año de edad.
Ley 18.592	Colegio Médico del Uruguay	18/09/2009	Se crea el Colegio Médico del Uruguay, como persona pública no estatal, con el cometido de garantizar el ejercicio de la profesión médica dentro del marco deontológico establecido. Sus autoridades serán electas mediante voto, en elecciones controladas por la Corte Electoral.
Ley 18.617	Instituto Nacional del Adulto Mayor	23/10/2009	Se crea en la órbita del MIDES el Instituto Nacional del Adulto Mayor.

Fuente: MSP.

Tabla 3. Decretos y Resoluciones del Poder Ejecutivo

Norma	Título	Fecha de aprobación	Propósito
Decreto 36/005	Rótulo de cajillas de cigarrillos	25/02/2005	Establece la obligación para las empresas tabacaleras de aumentar el tamaño de las advertencias en las cajillas de cigarrillos.
Decreto 144/005	Organización IAMC	28/02/2005	Modifica el Decreto 127/001 relativo a la organización de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
Decreto 129/005	Laboratorios de Análisis Clínicos	4/04/2005	Establece los requisitos para la organización y funcionamiento de los laboratorios de análisis clínicos.
Decreto 133/005	Consejo Consultivo SNIS	11/04/2005	Crea el Consejo Consultivo para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con participación de múltiples actores.
Decreto 610/005	Comisión de Bioética y Calidad Integral de Atención	11/04/2005	Crea y dispone la integración de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención en Salud.
Decreto 169/005	Publicidad televisiva cigarrillos	31/05/2005	Limita la publicidad televisiva de productos o marcas de cigarrillos, tabacos y afines durante el horario de protección al menor.
Decreto 170/005	Prohibición sponsorización de productos derivados del tabaco	31/05/2005	Se prohíbe la sponsorización de productos derivados del tabaco en escenarios deportivos y en general, en todas las actividades relacionadas con la práctica del deporte.
Decreto 171/005	Leyendas cajillas cigarrillos	31/05/2005	Se amplía lo dispuesto en el decreto 36/2005 del 25/01/2005 sobre el rotulado de cajillas de cigarrillos.
Decreto 202/005	PRONACAN	27/06/2005	Creación del Programa Nacional de Control del Cáncer – PRONACAN.



Decreto 222/005	Junta Nacional de Drogas	11/07/2005	Modificación de la integración de la Junta Nacional de Drogas.
Decreto 236/005	Gabinete Social	25/07/2005	Creación del Gabinete Social, integrado por los titulares del MEF, MEC, MTSS, MSP, MVOTMA y MDS.
Decreto 243/005	Consejo Asesor Red Drogas	5/08/2005	Crea el Consejo Asesor Interinstitucional del Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas.
Decreto 247/005	Unidad de Atención Ambulatoria Extrahospitalaria	8/08/2005	Modifica la denominación Unidad de Atención Ambulatoria Extrahospitalaria por Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
Decreto 248/005	Banco Nacional de Órganos – cambio de nombre	8/08/2005	Modificación de la denominación “Banco Nacional de Órganos y Tejidos” a “Instituto Nacional de Donación y Transplante de Células, Tejidos y Órganos”.
Decreto 316/005	Aumento de salario para los médicos	19/09/2005	Aumento de salario a los funcionarios médicos del MSP que ganan entre \$ 3.500 y \$ 6.800.
Decreto 317/005	Vacunación Hepatitis B	19/09/2005	Se establece la obligación de la vacunación contra la Hepatitis B.
Decreto 319/005	Integrarse Gabinete Social	19/09/2005	Integrarse al Gabinete Social creado por el artículo 1º del Decreto 236/005 de 25 de julio de 2005.
Decreto 385/005	RUCAF	5/10/2005	Se encomienda a la Dirección General de Secretaría del MSP la administración del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).
Decreto 406/005	ASSE-PANES	7/10/2005	Establece la gratuidad de la atención en ASSE para los beneficiarios del PANES.
Decreto 415/005	Pictogramas en cajillas de cigarrillos	20/10/2005	Se establece que los pictogramas a utilizar en las cajillas de cigarrillos, paquetes, envases de productos de tabaco y en todo empaquetado de similar característica, deberán ser aprobados por el MSP.
Decreto 562/005	Exoneración tasas moderadoras diabetes y estudios embarazadas	26/12/2005	Exonera del pago de tasas moderadoras a medicamentos reguladores de glicemia y estudios paraclínicos de embarazadas. Suspende creación de nuevas tasas moderadoras.
Decreto 15/006	Reclamos de los Usuarios	16/01/2006	Establece normas y procedimientos para la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de servicios de salud.
Decreto 40/006	Multas por violaciones a 100% libre de humo de tabaco	13/02/06	

Fuente: MSP.



Tabla 4. Ordenanzas y Resoluciones del MSP

Ordenanza Nº 408		Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas	27/05/2005	Crea el Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas.
Ordenanza Nº 402		Gratuidad PAP y mamografía	11/07/2006	Determina la gratuidad de PAP y mamografía.
Ordenanza Nº 408		Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas	27/05/2005	Crea el Centro de Información y Referencia Nacional de la Red-Drogas.
Ordenanza Nº 402		Gratuidad PAP y mamografía	11/07/2006	Determina la gratuidad de PAP y mamografía.
Ordenanza Nº 589		Sistema de información Integrado de Salud (SIIS)	19/09/2008	Se dispone el inicio del proceso para implantar un Sistema de Información Integrado de Salud (SIIS) basado en la Historia Digital de Salud (HDS).
Resolución 26/009		Hospital de Ojos	16/01/2009	Se crea la Comisión Honoraria de Administración y Ejecución de Obras del Hospital de Ojos, dependiente del Centro Hospitalario del Norte "Dr. Gustavo Saint Bois".
Ordenanza 134/009	MSP	Compromiso de gestión DIGESA	09/03/2009	Modelo de Compromiso de Gestión a ser suscrito por los funcionarios de la DIGESA
Ordenanza 319/009	MSP	Premio Nacional de Buenas Prácticas	10/06/2009	Se establece el Premio Nacional de Buenas Prácticas en el Primer Nivel de Atención
		Acuerdo combate a la intermediación lucrativa	Enero 2009	Acuerdo entre prestadores, trabajadores y usuarios del Sistema Nacional de Salud, para combatir la intermediación lucrativa. Se realizó con el auspicio del MSP y contó con la firma de representantes de todas las partes involucradas (salvo una parte de los prestadores privados del interior del país, dado que la FEMI no lo suscribió).

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del Área de Informática Jurídica – Departamento Jurídico (División Jurídico Notarial del MSP), Archivo Jurídico de la Junta Nacional de Salud y la Secretaría General y Acuerdos del MSP.



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



PRESIDENTE
Dr. FÉLIX GONZÁLEZ

VICEPRESIDENTE
Cr. OSCAR DANIEL GESTIDO

VOCAL
Dr. MARTÍN DERSARKISIÁN

INTEGRANTE SOCIAL
Sr. ALFREDO SILVA
Sr. WILFREDO LÓPEZ



TABLA DE CONTENIDOS

1. Cometidos del Ministerio	111
2. Planificación Estratégica de ASSE	112
3. Cambios institucionales relevantes del período de gobierno.....	113
4. Principales programas y proyectos.....	115
5. Principales programas de cooperación internacional	120
6. Conflictos Legales.....	123
7. Recursos Humanos	132
8. Recursos Financieros	133
9. Sistemas de Información de ASSE.....	165



1. COMETIDOS

De acuerdo a la Ley 18.161, que crea a ASSE como Servicio Descentralizado, sus cometidos son:

- Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos.
- Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando el mayor grado de accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones.
- Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación.
- Brindar los servicios de salud establecidos en la Ley Nº 9.202, de 12 de enero de 1934, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y que, hasta la vigencia de la presente ley, eran cumplidos por el órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución, así como a quienes se comprometa a brindar servicios para lo que está habilitada, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes de conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Cumplir los cometidos previstos en el literal anterior a través de una organización que cubra y coordine adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y que abarque las diversas etapas de la atención integral en materia de salud, contribuyendo a la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Efectuar y mantener actualizado un diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que puedan condicionar sus niveles, elaborando las estrategias más adecuadas para la superación de los mismos.



- Contribuir, mediante planes adecuados de difusión, al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Misión

Ser el prestador de salud integral público de referencia, basado en la estrategia de Atención Primaria, con equidad, eficiencia y calidad y con capacidad para responder a las necesidades de su población usuaria, en un marco de políticas de equidad social de alcance nacional.

Visión

Liderar el proceso de Reforma Sanitaria del país, contribuyendo de ese modo a la calidad de vida de la población, poniendo énfasis en el cambio del modelo de atención, gestión y financiamiento; en el marco de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Objetivos Estratégicos

Los compromisos asumidos en el proceso de planificación del presente ejercicio y la definición de objetivos estratégicos, tuvieron lugar cuando ASSE aún no era un organismo descentralizado, por lo que los objetivos estratégicos forman parte de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública. Son estos los objetivos que se han retomado:

- a. Cambio de Modelo de Atención. Avanzar en el cambio del modelo de atención fortaleciendo el primer nivel de atención para aumentar su capacidad de resolución en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- b. Transformación de ASSE en un organismo descentralizado en el marco de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud.



3. CAMBIOS INSTITUCIONALES RELEVANTES EN EL PERÍODO DE GOBIERNO

a. Descentralización de ASSE

La ley 18.161, del 29 de julio de 2007, consagra la descentralización de ASSE, es decir, su constitución como Servicio Descentralizado; a diferencia de la situación previa, que correspondía a la figura de Servicio Desconcentrado, sujeto jerárquicamente al MSP.

La Ley 18.861 no solo crea el marco normativo del cambio de localización institucional de ASSE y su papel dentro del sistema de salud sino que, en términos formales, crea las condiciones institucionales para la transformación de ASSE de prestador de salud “para pobres” en un nuevo prestador formalmente idéntico a los demás prestadores del sistema. De esta manera, además de favorecer la capacidad de gestión eficiente de ASSE en cuanto se diluye su vínculo con el estricto marco normativo de la Administración Central, lo mandata a incluirse en el SNIS,¹ sin diferencias entre prestadores públicos y privados. Al mismo tiempo se establecen claramente un conjunto de derechos y obligaciones de los usuarios,² los cuales, en el nuevo marco, se transforman en sujetos de derechos y no más en depositarios de la “caridad pública”.

En efecto, la mencionada Ley, en su artículo 1º, adjudica la personería jurídica a ASSE y, en su artículo 2º, establece sus autoridades (aspecto que es complementado en el Capítulo III). Finalmente, el Capítulo V establece el Patrimonio y los Recursos con los que contará el nuevo servicio descentralizado.

En cuanto a los cometidos del nuevo organismo, explicitados en el Capítulo II, comparten el sentido planteado en cuanto son suficientemente generales como para ser compatibles con la autonomía propia de un organismo descentralizado.

Como integrante del SNIS, ASSE pasará a ser controlada por el MSP al igual que todos los prestadores pertenecientes al sistema. Anteriormente, ASSE no brindaba ningún tipo de información al SINADI.

En su nueva ubicación, debe proporcionar información periódica al MSP. De esta forma, el MSP lo fiscaliza al igual que al resto de los prestadores del Sistema, y se controla el cumplimiento de las políticas sanitarias nacionales establecidas. Bajo

¹ Literal C, Artículo 4º, ley 18.161.

² Artículo 51, ley 18211.



esta nueva normativa entonces, ASSE queda obligado a cumplir con las normas y los estándares de calidad que se establezcan por las autoridades nacionales sanitarias. Es importante señalar que el literal E del capítulo II agrega como cometido “Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución...”.

Dicho artículo, establece el papel subsidiario que corresponde al Estado en cuanto al financiamiento de la cobertura de salud para las personas carentes de recursos. Así, queda establecido que ASSE mantendrá su papel de brazo ejecutor del Estado en cuanto a este rol, al menos mientras siga habiendo personas sin cobertura de salud y sin recursos para financiársela. Este aspecto tendrá importantes consecuencias en lo que hace al financiamiento de ASSE y a su inclusión en el SNIS.

En otro orden de cosas, la citada Ley establece, en el artículo 2º que “Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá especialmente en cuenta, como condiciones personales de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE”, estableciendo así la participación social en su conducción.

b. Cambios en la Financiación

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y del Fondo Nacional de Salud como financiador de éste, implicó cambios presupuestales para ASSE. Así la Ley 18.211 (Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud) establece en su artículo 59:

“Artículo 59. Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley Nº 18.161, de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 ‘Recursos con Afectación Especial’, se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 ‘Rentas Generales’, en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.”



En virtud de este último párrafo, se impone la necesidad de calcular y acordar en conjunto entre el MEF y el MSP un “costo promedio por usuario” de ASSE, a los efectos de deducirlo de cada “cuota salud” que el FONASA pague a ASSE, con el fin de obtener el importe neto del que dispondrá este organismo. Para esto hay que acordar el valor de gasto a considerar y el número de usuarios correspondiente.

Como establece el párrafo previamente citado, los créditos con financiación 1.2 se incrementarán en el monto que surge de la recaudación por FONASA de ASSE, mientras que se reducirán los créditos con financiación 1.1 en el monto correspondiente al costo promedio por usuario multiplicado por la cantidad de usuarios por FONASA.

c. Proyecto de Reglamento

Actualmente existe un proyecto de reglamento de ASSE, el cual no ha sido tratado aún, por lo que se encuentra pendiente de discusión y aprobación.

4. PRINCIPALES PROGRAMAS Y PROYECTOS

En función de los lineamientos estratégicos definidos y en el marco de la descentralización de ASSE, se fortaleció el primer nivel para el desarrollo de una atención integral a la salud a través del desarrollo de Programas de Atención Integral.

- Programa de Atención a la Niñez y la Adolescencia: se busca optimizar las prestaciones asistenciales de salud infantil integrando las estrategias nacionales de protección a la infancia. Se amplió la cobertura del programa de captación y seguimiento de los recién nacidos menores de 2 años (Programa Aduana) al interior del país. Se implementó el Programa Serenar, dirigido a niños con riesgo neurológico o alteraciones del desarrollo, con el objetivo de su captación y estimulación temprana. Se elaboró el protocolo consensuado de Historia Clínica del Niño/a y el/la adolescente, a implantar en el primer nivel. Se desarrollaron acciones de nivel nacional como la Campaña de Sueño Seguro o la Ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se crearon 36 espacios adolescentes en el país y se incorporaron 38 agentes socioeducativos a partir de concursos de oposición y mérito. Se elaboraron e implementaron protocolos de intervención para la atención a los adolescentes y el parte diario de consultas de adolescentes.



Se espera en el próximo período, el fortalecimiento y la extensión del Programa Aduana y Programa Serenar a todo el país. En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se espera articular las acciones del área con las acciones de otras instituciones sociales que apunten a garantizar el efectivo ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes usuarios de ASSE. Se presentó la Estrategia Nacional para la infancia y la adolescencia (ENIA) 2010-2030 en la que se definen los lineamientos prioritarios estableciendo metas para el quinquenio 2010-2015.

- Programa del Adulto: se implementaron actividades de promoción, prevención y atención de las enfermedades crónicas prevalentes en los adultos: neoplasias, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. Se crearon policlínicas de cesación de tabaquismo, se implementó la realización del test para la detección precoz del cáncer colorrectal, test de Papanicolau, mamografías y ecografías mamarias. Se extendió al interior del país el uso del carné de crónicos para mejorar el acceso a la medicación. Se elaboró el protocolo consensuado de Historia Clínica del Adulto implantada en el primer nivel de atención.

Se espera para el próximo período reforzar las acciones de prevención de enfermedades no trasmisibles con la implantación del Proyecto Previniendo a nivel piloto y su posterior extensión a todo el país.

- Programa de Salud perinatal, Mujer y Género: se desarrolló un abordaje de situaciones de violencia doméstica con la conformación de equipos de referencia interdisciplinarios. Se comenzó la aplicación del test rápido de detección de sífilis y VIH en embarazadas, consejería, medicación, suministro de preservativos y orientación de la pareja. Se aumentó la cobertura de métodos anticonceptivos a nivel nacional.

Se espera para el próximo período profundizar en las líneas implementadas a través del programa, con énfasis en las acciones tendientes al cumplimiento de las metas prestacionales definidas por el MSP.

- Programa del Adulto Mayor: se ha iniciado el uso del Carné del Adulto Mayor en todos los Centros del país. Se implementaron dos policlínicas de referencia de Geriatria en Montevideo. Se desarrolló el manual de protocolos para el Primer nivel de Atención sobre prevención y manejo de los principales síndromes geriátricos.



- Programa de Salud Bucal: en el marco de la estrategia de prevención de las enfermedades bucales, se ejecutó un plan piloto de acuerdo al programa rector del MSP en varios departamentos, priorizando el cepillado dental y la educación para la salud en las escuelas públicas del país, haciendo la derivación y atención oportuna. Se privilegia la atención en salud bucal a través de equipos y en el primer nivel de atención, con énfasis en la promoción, prevención y asistencia oportuna. En este sentido, se coordinó con el Programa Rutas de Salida del MIDES la atención a usuarios del programa. Se plantea una atención pautada en etapas, con la incorporación gradual de grupos de riesgo con el que se prevé continuar en el próximo período.
- Programa de Salud Mental: se priorizaron las acciones del primer nivel de atención a través del trabajo en equipos interdisciplinarios y de la conformación de redes de atención coordinadas e interinstitucionales. (Red de equipos de Salud Mental comunitarios). Se hace énfasis en la atención a usuarios de drogas a través de actividades de prevención del uso problemático de drogas en todo el país y la creación del Portal Amarillo y otros servicios de referencia en todo el país. Se desarrolla el proyecto de Atención Intersectorial e Interdisciplinaria para el desarrollo, el aprendizaje, la promoción de derechos y el fortalecimiento de las instituciones educativas con otros actores públicos; acciones todas a continuar en el próximo período.

Los programas mencionados se instrumentaron a partir de unidades población - territorio y se ha comenzado a organizar la participación de la comunidad en torno a las mismas.

Se ha avanzado en la ampliación de la Red de Primer Nivel, aumentando la cobertura y accesibilidad a los servicios y a los medicamentos, en la remodelación y ampliación de la planta física existente y la dotación de equipamiento que permite aumentar la resolutivez de los problemas de salud.

Desde el punto de vista de la organización de la red del primer nivel de atención, se creó la figura del Coordinador de ASSE, con el cometido de organizar y coordinar los servicios de atención del primer nivel, y su vinculación con los servicios de segundo y tercer nivel.



Se ha avanzado en la conformación de los equipos de salud. Se han integrado médicos generales y de familia para el fortalecimiento del primer nivel de atención con la integración a través de concursos de 100 médicos de área. Asimismo, se han realizado instancias de capacitación para los mismos.

En relación al próximo período, en ASSE se hace necesario profundizar el desarrollo del primer nivel, a través de la consolidación de la Red de Atención del Primer Nivel del Interior (RAPI) con base en una nueva regionalización descentralizada y el fortalecimiento de la figura del Coordinador. Esto implica la asignación de presupuesto específico para el primer nivel de atención en el interior del país. Se prevé consolidar el proceso ya iniciado de habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública de los efectores del primer nivel de atención.

Con el objetivo de mejorar la atención integral a la salud de la población beneficiaria de ASSE, se priorizó la continuidad del proceso de atención, para lo cual se fortalecieron los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de Montevideo e interior del país.

A nivel de los centros hospitalarios se han realizado mejoras en los establecimientos asistenciales. Se destaca la reconversión del Hospital Saint Bois como Centro Hospitalario del Norte, con un hospital general de segundo nivel de atención de la zona noroeste de Montevideo (Hospital Saint Bois) y un Centro Especializado en atención oftalmológica, el Centro Oftalmológico, dando respuesta a un problema de Salud pública del país.

Dirección de Sistema de Atención Integral a las Personas Privadas de Libertad (SAI de las PPL). Esta Dirección, de reciente creación, se está ocupando de la atención de las PPL, habiéndose iniciado un proyecto en el COMCAR, para la ampliación y el mejoramiento de las condiciones de atención. Se proyecta ampliar los servicios a otros establecimientos de reclusión. Es de destacar que hasta el momento, no se cuenta con presupuesto para el desarrollo de los proyectos presentados por la Dirección.

Instituto Nacional del Cáncer. Desde el 2005 a la fecha, se realizó obra nueva en 4 niveles, con una superficie construida de 5000 m², que incluye área de internación



con 90 camas en salas para 2 pacientes; 2 salas de cirugía; áreas docentes y servicios de apoyo con una inversión aproximada de USD 7.000.000. Asimismo, se está procediendo a instalar equipamiento de última generación, recambio que deberá continuarse durante el próximo período.

Se realizó la recuperación del Hospital Español como hospital general de segundo nivel de atención en el que se está desarrollando un modelo de gestión por procesos, con la apertura de 20 camas de CTI y CI de adultos en el que se desarrolla un plan piloto de organización del Servicio.

En este marco, se instrumentó un Programa de Desarrollo de CTI que implica la creación de la Unidad De Gestión de Medicina Intensiva (UGEMI) y la implementación de un Sistema Integral de Atención y Gestión de la Medicina Intensiva de ASSE mediante el desarrollo de unidades propias para adultos y niños y el adecuado contralor de los servicios con convenios y/o contratados. Se implementó un Sistema Integral de Información para la Gestión de la Coordinadora de CTI.

Recientemente, se creó una Unidad de coordinación de los Servicios de Emergencia de ASSE para el seguimiento de la situación de las puertas de emergencia, la coordinación de traslados interinstitucionales y comunes.

En el marco de la descentralización, se han implementado proyectos de regionalización de la atención especializada. Se creó en este año el Primer Centro Regional del Servicio Nacional de Sangre en el departamento de Maldonado.

También se planificó el desarrollo de tres polos traumatológicos en el interior del país, habiéndose implementado el primero en el Centro Auxiliar de Las Piedras. Asimismo, se prevé el desarrollo en el interior del país de polos en urología, reumatología y diversas técnicas de diagnóstico y tratamiento, estando actualmente en fase de formulación de los proyectos.

Se implementó un sistema de referencia y contra referencia con el objetivo de dar continuidad al proceso asistencial para los usuarios de Montevideo e interior, y contribuyendo al desarrollo de procedimientos y tecnologías de alta complejidad que fortalecen el papel de los Hospitales Públicos.

Se han desarrollado nuevas modalidades de atención como la internación domiciliar, la cirugía del día y servicios de cuidados paliativos en varias unidades asistenciales de Montevideo e Interior.



Finalmente, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, se requiere avanzar para el próximo período en la regionalización de ASSE a nivel nacional, desde la perspectiva de unidades organizativas y una red asistencial con recursos suficientes para dar respuesta a los problemas de salud de la población asignada, profundizando la coordinación con otros efectores de salud en el territorio (convenios). Esto implica profundizar en el análisis y desarrollo de proyectos de acciones de atención especializada que se han iniciado en este período como las mencionadas precedentemente.

Servicios Especializados de Apoyo. En esta área, se trabajó entre otras cosas, en la recuperación del laboratorio Dorrego, dirigiéndolo hacia la producción de medicamentos eficaces, seguros y de calidad. Para el próximo período se pretende su posicionamiento como laboratorio confiable, con productos enfocados al primer nivel de atención, con cumplimiento de normas GMP y logrando la habilitación de la planta de producción por parte del MSP. En el mismo sentido, se ha trabajado en el rediseño del Servicio Nacional de Sangre, con una visión de atención integral, con implementación y difusión de guías clínicas para hemofilia, cirugía ortopédica y fisioterapia para hemofílicos. También se ha atendido al desarrollo regional, destacándose la inauguración en octubre de 2009, del Hemocentro Regional de Maldonado.

5. PRINCIPALES PROGRAMAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

a. Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (PPENT) Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Proyecto Nro. 486-UY 2008-2012

El Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (PPENT) tiene como propósito fortalecer las capacidades del sistema de salud del Uruguay para responder a la demanda del nuevo perfil epidemiológico, en el cual las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) tienen especial incidencia.

- i. El componente 2 del proyecto planea la mejora de la capacidad de las unidades ambulatorias de ASSE para la atención integral de las ECNTs.
- ii. Se fortalece la capacidad del sistema de salud público para la detección, control



y seguimiento de ECNTs prevalentes, tales como la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso / obesidad y cuatro tipos de cáncer prevenible.

- iii. Se financia la compra de equipamiento médico y de TICs (Tecnologías de Información y Comunicaciones), actividades de capacitación, asistencia técnica y algunos costos operativos relacionados con la ejecución de actividades de tres subcomponentes

- **Mejora de la infraestructura tecnológica de la red pública de atención primaria de salud**

Este subcomponente se focalizará en mejorar el equipamiento biomédico de las instalaciones de atención primaria de salud, y también la de los centros de referencia secundarios. Se incluye la compra de equipamiento para el diagnóstico y tratamiento de las ECNTs y de otras patologías relevantes que requieren un diagnóstico diferencial de las ECNTs.

- **Desarrollo de herramientas modernas para la gestión en salud**

Este subcomponente se focaliza en el desarrollo y ejecución de herramientas de gestión destinadas a mejorar la eficacia de la atención primaria de salud, especialmente en relación con las ECNTs. Para ello, el proyecto procura expandir el Sistema de Gestión de Salud (SGS) que ASSE viene desarrollando en efectores de atención primaria de Montevideo a todo el país. Asimismo, se prevé la adquisición de equipamiento informático y de desarrollo de la red.

- **Construcción de la capacidad para capacitar**

Está focalizado en el fortalecimiento de la capacidad técnica de los prestadores públicos de atención primaria de salud en lo que respecta a la promoción de la salud, diagnóstico y prevención de las ECNTs y gestión de las prioridades estratégicas para tal fin.



El proyecto comenzó a ejecutarse en 2008. Se encuentra en la fase de implementación, habiéndose concretado la contratación de los recursos humanos de apoyo, así como la elaboración de los pliegos para las primeras adquisiciones de equipamiento biomédico e informático.

b. Cooperación Italiana. Ejecución del crédito de Ayuda de 15 millones de euros del Gobierno de Italia para el Sistema Sanitario Público del Uruguay

A través de dos licitaciones internacionales y con el apoyo de la OPS/OMS, se adquirió equipamiento destinado a fortalecer la capacidad de resolución de la red asistencial pública, con el propósito de mejorar la accesibilidad de la población a una atención más integral y oportuna. Este proyecto está en sus etapas finales de instalación de equipamiento y capacitación de RRHH.

c. Protocolo de Enmienda al Acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y la República Oriental del Uruguay para la Cooperación en la Mejora del Infraestructura Edilicia y de Equipamiento del Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) de República Oriental del Uruguay

Mediante el citado protocolo, de la fecha 4 de Noviembre de 2006, se amplió el acuerdo original, incluyendo el otorgamiento por parte de la República Bolivariana de Venezuela de la suma de tres millones de dólares americanos (US\$ 3.000.000) para la construcción de cien camas de internación en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA).

Este acuerdo se encuentra ejecutado en su totalidad a la fecha.

d. Acuerdo de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay y Servicios Médicos Cubanos de la República de Cuba para la creación de un Centro Oftalmológico

El presente acuerdo, firmado el 27 de noviembre de 2007, tiene por objetivo la creación de un Centro Oftalmológico en Montevideo, en el marco de la lucha contra la ceguera prevenible y en pos de la salud ocular integral. Además, el mencionado centro tendrá funciones de formación docente y de investigación.



A través del acuerdo, Servicios Médicos Cubanos se compromete al aporte en calidad de comodato de equipamiento de la más alta tecnología, con la obligación para ASSE de su conservación y su uso para la atención gratuita oftalmológica a ciudadanos uruguayos o de cualquier otro origen que así lo requieran. Asimismo Servicios Médicos Cubanos garantiza la provisión de los medicamentos e insumos necesarios para el cumplimiento de los objetivos, así como el aporte de los especialistas y del personal técnico necesario para la etapa inicial de la puesta en funcionamiento del Centro.

Por su parte, el MSP se compromete al aporte de las instalaciones necesarias para el funcionamiento del centro, así como el resto de los recursos humanos y materiales requeridos. Asimismo, debe brindar el alojamiento, alimentación, la asistencia médica integral y el transporte que los especialistas cubanos requieran mientras se encuentren cumpliendo funciones en el referido centro.

A la fecha, el mencionado centro se encuentra en pleno funcionamiento habiéndose cumplido todos los objetivos previstos.

6. CONFLICTOS LEGALES

Ver Anexo documental correspondiente a este punto.

7. RECURSOS HUMANOS

a. Situación del Ministerio en materia de recursos humanos

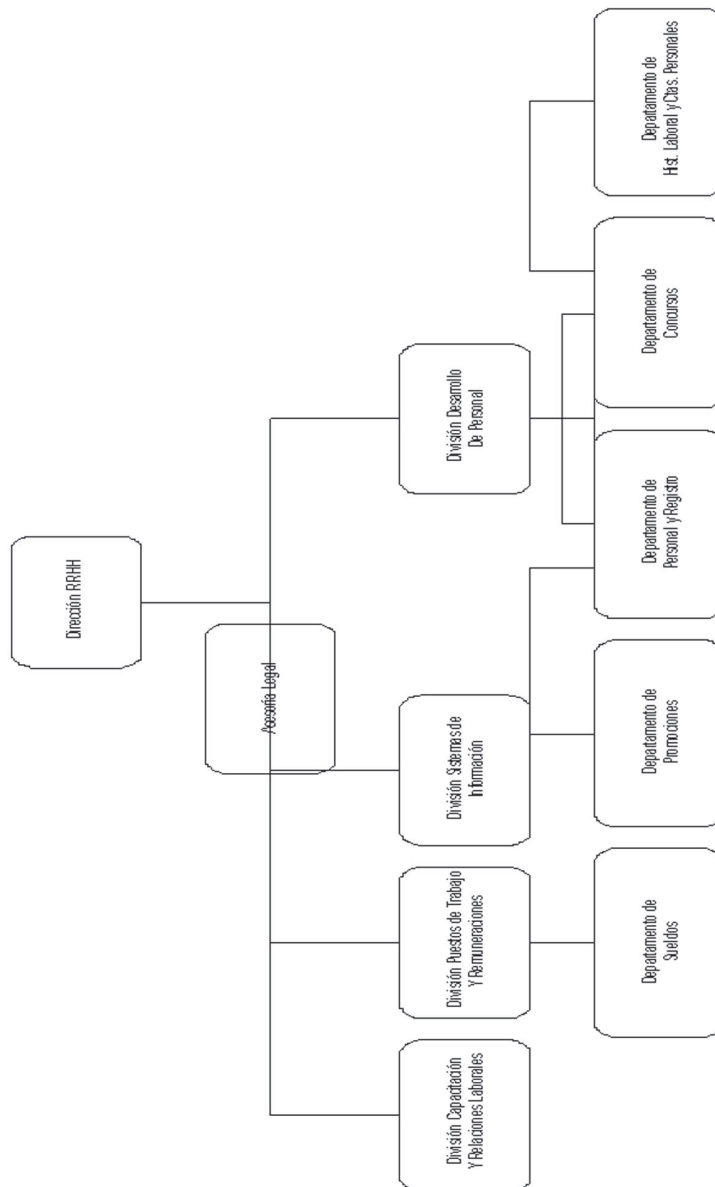
La principal fortaleza es el incremento de la dotación de personal y la importante recuperación salarial operada en el período que permite a A.S.S.E poder captar empleados con mayor facilidad.

La principal amenaza es la falta de un marco jurídico (estatuto o ley marco) y la existencia de distintos convenios firmados con las gremiales de funcionarios que no cuenta con el respaldo legal necesario.

Otra restricción importante refiere al software disponible el que no se adapta a los nuevos requerimientos.

b. Organigrama funcional

Figura 1. Organigrama funcional de ASSE





c. Funcionarios de A.S.S.E por UE, Escalafón y Vínculo Laboral

Tabla 1. Funcionarios de ASSE

UE	Vínculo Jurídico											Total general																								
	Becarios			Contratos anuales						Contratos Ley 16.170 Art. 410			Cuidadoras	Interno Lic. Enf.	Obstetra - Partera	Médicos de familia	Presupuestos												Suplentes							
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E						F	A	B	C	D	E	F	J	P	Q	R									
02 R.A.P.			3							110	4	83										499	34	52	298	16	104					1	50	1318		
04 Hospital Pereyra Rossell			98				2	60	10	108	8	1										316	90	64	527	38	218					3		1546		
05 Hospital Maciel			1				52	1	1	27	2	64	4	6								154	32	37	307	28	72					1		789		
06 Hospital Pasteur			3				65	2	1	31	1	87	3	1								165	31	29	321	22	86					6		854		
07 Hospital Vilardebó			5				5			5	7	2	1									78	10	18	115	36	62					0		339		
08 Instituto de Oncología			4				4			22	9	21	1	1								63	23	9	66	8	38					1	8	278		
09 Inst. Ortopedia Y Traumatología			13				17	3	25	3												52	24	10	63	11	48					6		275		
10 Instituto Nal. Reumatología			1				4	1	10	1												23	8	3	17	2	8					2		80		
12 Hospital Saint Bois			2				2	1		25	4	2	5									72	17	17	110	49	77					10		435		
13 Colonia Asist. Siq. Etchepare							1			11	63	8	21	91								49	2	26	132	84	107					0		595		
15 Cen. Dep. Artigas							1			16	1	16	1	1								4	76	16	18	130	14	46					6		348	
16 Cen. Dep. Canelones							1			15	1	23	1	4								5	81	12	16	79	11	39					1		289	
17 Cen. Dep. Cerro Largo							1			16	1	28	1	1								4	88	18	31	121	14	73					12		409	
18 Cen. Dep. Colonia							1			12	2	14	1									80	12	6	61	8	21					10		228		
19 Cen. Dep. Durazno										10	3	18	2	1								1	88	25	18	96	14	33					3		312	
20 Cen. Dep. Flores										7	16	1										42	5	6	58	9	41					2		187		
21 Cen. Dep. Florida										15	1	24	2									94	13	6	105	20	42					9		332		
22 Cen. Dep. Lavalleja										14	8	4	1									2	67	7	12	84	16	63					2		280	
23 Cen. Dep. Maldonado										21	4	20	1	4								2	93	9	11	59	12	29					13		284	
24 Cen. Dep. Paysandú							11	1	1	30	28		4									2	124	47	14	208	37	133					0		646	
25 Cen. Dep. de Rivera							2	2		27	1	21	5	2								1	83	20	4	209	16	80					11		487	
26 Cen. Dep. Río Negro										9	2	19	3									72	12	12	80	13	28					1		252		
27 Cen. Dep. Rocha							1			17	2	20	1	2								1	57	11	8	73	10	41					3		248	
28 Cen. Dep. Salto							3			20	2	34	2	4								6	155	33	28	195	48	135					3		677	
29 Cen. Dep. San José							1			16	1	20	8	6								1	52	11	14	90	14	62					1	0	297	
30 Cen. Dep. Soriano										15	4	16	2	3								1	88	15	5	112	13	53					9		337	
31 Cen. Dep. Tacuarembó							5	5		2	18	17	2	4								104	13	13	107	13	41					8		352		
32 Cen. Dep. Treinta y Tres							1			2	1	19	2	22	4	6						3	81	15	11	100	11	50					14		344	
33 Centro Auxiliar Aiguá																						3	1		4	2	5					0		15		

Fuente: ASSE.



UE	Vínculo Jurídico																	Total general										
	Becarios			Contratados anuales			Contratado s Art. 410 Ley 16.170						Cuidadoras	Interno Lic. Enf.	Interno Obstetra - Partera	Médicos de familia	Presupues-tado						Suplentes					
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	E	F					J		P	Q	R	A		B	C	D	E	F
34 Cen. Aux. Bella Unión				9	13	2	1													1	25	9	2	56	2	15	3	138
35 Cen. Aux. Cardona				2	7	1	1														16	4	3	25	3	12	0	74
36 Cen. Aux. Carmelo	1			2	8																44	6	2	52	3	9	2	132
37 Cen. Aux. Castillos				3	1	10	1														11	1	2	19	2	14	0	65
38 Cen. Aux. Cerro Chato				1	5	1	1														4	2	1	10	5	11	1	41
39 Cen. Aux. Dolores				6	7	1	2														25	8	3	23	5	12	0	92
40 Hospital Young	1			8	1		1														31	9	2	44	4	12	1	114
41 Cen. Aux. Guichón				3	2																6	3	1	14	5	14	0	48
42 Cen. Aux. Batlle y Ordoñez				2	1	2															7	1	4	9	3	13	2	44
43 Cen. Aux. Juan Lacaze				6	1	8	3														22	2	3	20	1	10	0	76
44 Cen. Aux. Lascano				2	1	1	1														8	1		17	2	10	0	42
45 Cen. Aux. Libertad				1	6																21	4		22	1	6	5	66
46 Cen. Aux. Minas de Corrales				2																	3	1	2	10	1	4	0	23
47 Cen. Aux. Nueva Helvecia				3	1	6	2	1													11	2	1	14		6	1	48
48 Cen. Aux. Nueva Palmira				6	5	1															14	1	2	21	3	7	0	60
49 Cen. Aux. Pan de Azúcar				4	3																10	2	4	14	2	9	0	48
50 Cen. Aux. Pando	1			26	17	4	2														71	9	8	55	15	20	7	240
51 Cen. Aux. Paso de los Toros				1	5	11	2														28	3	5	35	6	18	7	123
52 Cen. Aux. Río Branco				6	10		2														16	5	2	22	3	19	8	94
53 Cen. Aux. Rosario	2			6	8																21	2	3	28	4	8	2	84
54 Hospital San Carlos				12	1	8	1														26	9	7	33	3	23	0	124
55 Cen. Aux. San Gregorio de Polanco				2	5	3															3	1	1	9	1	5	1	31
56 Cen. Aux. San Ramón				1																	8	3	2	17	4	16	1	52
57 Cen. Aux. Santa Lucía				4	7																19	2	2	16	3	15	4	72
58 Cen. Aux. Sarandí Grande				2	6																11	1	4	21	3	14	0	62
59 Cen. Aux. Sarandí del Yí				1	4	1															18	5	2	10	6	16	3	67
60 Cen. Aux. Tala				3	4	1															16		4	14	4	16	3	65
61 Cen. Aux. Vergara				2	6																3		2	5	2	3	0	23
62 Cen. Aux. Las Piedras	1			3	26	1	16	3													81	18	13	99	23	45	7	346
63 Hospital Piñeyro del Campo				13	24	6	8	35													37	2	10	50	21	159	1	368
64 Laboratorio Dorrego					6																6	2	6	25		7	0	52
66 Serv. Nac. de Sangre	1			4																	8	14	5	4	1	8	0	49
68 A.S.S.E.	2	1	1	20	6	104	1	1													62	22	113	37	26	59	5	532
69 Colonia Dr. Santín Carlos Rossi				1	3	4	4	7	33												9	5	5	85	41	72	0	265
73 Cen. Aux. Chuy					6																34	5	3	27	5	13	3	97
74 Cen. Aux. Rincón de la Bolsa	1			5	3																23			21	2	7	1	64
75 Cen. Aux. Ciudad de la Costa				7	1	6															59	3	9	47	4	11	1	157
76 Hospital Español				24	1	19	4	7													14		33	40	17	48	1	217
Total general	18	4	266	17	43	4	5	6	823	69	1230	106	123	160	61	73	77	3830	728	769	4997	825	2601	1	5	1	12	17128

Fuente: ASSE.



d. Vacantes por Unidad Ejecutora y Escalafón

Tabla 2. Vacantes por Unidad Ejecutora y Escalafón

UE	Escalafón						Total
	A	B	C	D	E	F	
02 R.A.P.	5			2		1	8
04 Hospital Pereyra Rossell	4	1			1	1	7
05 Hospital Maciel	2		1	1			4
06 Hospital Pasteur				2		1	3
09 Inst. Ortopedia Y Traumatología			1	2			3
12 Hospital Saint Bois				2			2
13 Colonia Asist. Siq. Etchepare				1	1		2
15 Cen. Dep. Artigas	2						2
16 Cen. Dep. Canelones	1						1
19 Cen. Dep. Durazno	1						1
20 Cen. Dep. Flores	2			1			3
22 Cen. Dep. Lavalleja	1						1
24 Cen. Dep. Paysandú	1	2		1			4
27 Cen. Dep. Rocha	1					1	2
28 Cen. Dep. Salto	2		1				3
29 Cen. Dep. San José			1	3			4
30 Cen. Dep. Soriano				1	1		2
32 Cen. Dep. Treinta y Tres					1		1
39 Cen. Aux. Dolores				1			1
43 Cen. Aux. Juan Lacaze				1			1
48 Cen. Aux. Nueva Palmira	1						1
50 Cen. Aux. Pando				1			1
55 Cen. Aux. San Gregorio de Polanco						1	1
63 Hospital Piñeyro del Campo				1		1	2
68 A.S.S.E.	1	1	2				4
Total general	24	4	6	20	4	6	64

Fuente: ASSE. Elaborado por AGEV-OPP.



e. Funcionarios Contratados por Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata

Tabla 3. Funcionarios contratados por comisión de apoyo y patronato del psicópata

UE Función	Com. Apoyo Local	Contratado Comisión de Apoyo	Patronato	Total general
02 R.A.P.		660	66	726
04 Hospital Pereyra Rossell	68	1250	4	1322
05 Hospital Maciel	73	460	7	540
06 Hospital Pasteur	5	528	5	538
07 Hospital Vilardebó		4	344	348
08 Instituto de Oncología	3	28		31
09 Inst. Ortopedia Y Traumatología		102		102
10 Instituto Nal. Reumatología		2	1	3
12 Hospital Saint Bois	15	215	8	238
13 Colonia Asist. Siq. Etchepare		1	125	126
15 Cen. Dep. Artigas	2	91	18	111
16 Cen. Dep. Canelones	3	70	6	79
17 Cen. Dep. Cerro Largo	20	100	22	142
18 Cen. Dep. Colonia		50	7	57
19 Cen. Dep. Durazno		68	19	87
20 Cen. Dep. Flores	38	71	13	122
21 Cen. Dep. Florida	11	117	13	141
22 Cen. Dep. Lavalleja	4	137	10	151
23 Cen. Dep. Maldonado	9	122	8	139
24 Cen. Dep. Paysandú	8	215	26	249
25 Cen. Dep. de Rivera	3	105	30	138
26 Cen. Dep. Río Negro	3	59	14	76
27 Cen. Dep. Rocha	1	63	17	81
28 Cen. Dep. Salto	12	238	23	273
29 Cen. Dep. San José	1	84	20	105
30 Cen. Dep. Soriano	15	63	15	93
31 Cen. Dep. Tacuarembó	38	221	16	275
32 Cen. Dep. Treinta y Tres	3	56	13	72



33 Centro Auxiliar Aiguá		13		13
34 Cen. Aux. Bella Unión	21	53		74
35 Cen. Aux. Cardona		36		36
36 Cen. Aux. Carmelo	1	32	2	35
37 Cen. Aux. Castillos		25	1	26
38 Cen. Aux. Cerro Chato		16		16
39 Cen. Aux. Dolores		39		39
40 Hospital Young		62		62
41 Cen. Aux. Guichón		29	1	30
42 Cen. Aux. Batlle y Ordoñez		16		16
43 Cen. Aux. Juan Lacaze	7	24	1	32
44 Cen. Aux. Lascano		20		20
45 Cen. Aux. Libertad	2	27		29
46 Cen. Aux. Minas de Corrales		11		11
47 Cen. Aux. Nueva Helvecia		16		16
48 Cen. Aux. Nueva Palmira		24	4	28
49 Cen. Aux. Pan de Azúcar		17		17
50 Cen. Aux. Pando		77	16	93
51 Cen. Aux. Paso de los Toros		31	1	32
52 Cen. Aux. Río Branco		26	4	30
53 Cen. Aux. Rosario		31		31
54 Hospital San Carlos	10	71	13	94
55 Cen. Aux. San Gregorio de Polanco		8		8
56 Cen. Aux. San Ramón		25	4	29
57 Cen. Aux. Santa Lucía	1	18	6	25
58 Cen. Aux. Sarandí Grande		21		21
59 Cen. Aux. Sarandí del Yí		14		14
60 Cen. Aux. Tala		27		27
61 Cen. Aux. Vergara		10		10
62 Cen. Aux. Las Piedras	1	135	11	147
63 Hospital Piñeyro del Campo	2	14		16
64 Laboratorio Dorrego		28		28
66 Serv. Nac. de Sangre	26			26
68 A.S.S.E.		118	3	121
69 Colonia Dr. Santín Carlos Rossi			59	59



73 Cen. Aux. Chuy	3	26		29
74 Cen. Aux. Rincón de la Bolsa		26	3	29
75 Cen. Aux. Ciudad de la Costa		58	5	63
76 Hospital Español		201		201
Total general	409	6605	984	7998

Fuente: ASSE. Elaborado por AGEV-OPP.

f. Principales procesos de reestructura que se han implementado en el período de gobierno

Desde el año 2005 se ha trabajado con el objetivo de regularizar los vínculos funcionales de los funcionarios de A.S.S.E.

En ese sentido corresponde destacar:

- regularización de 6557 funcionarios presupuestados que revistaban como interinos.
- presupuestación de 2121 contratados al amparo del Artículo 410 de la Ley 16.170.
- presupuestación de 208 contratados anuales.
- presupuestación de 1455 suplentes mal denominados “fijos”.
- presupuestación de 157 cuidadores de niños y ancianos.
- presupuestación de 447 contratados por las Comisiones de Apoyo Locales.
- presupuestación de 42 Médicos de Familia que percibían su retribución como arrendamiento de servicios.
- regularización de 1200 personas que cumplían funciones distintas a la de los cargos que ocupaban.
- regularización de 152 empleados del antiguo Hospital Español.
- incorporación de los 87 funcionarios que se desempeñan en A.S.S.E. y pertenecían al M.S.P.



Sobre la capacitación de RRHH

Se entienden a los procesos de capacitación de los recursos humanos de ASSE como instancias organizacionales que promueven la mejora continua de las competencias laborales, en el sentido de la optimización, en el propio ámbito laboral, de los conocimientos, habilidades y aptitudes que hacen posible el mejor desempeño.

En ese sentido, las principales líneas de acción en el área de capacitación impulsadas en este período de gobierno recogieron dos prioridades de la propia reforma del sistema de salud: el fortalecimiento de los equipos de gestión de ASSE y el fortalecimiento de los equipos de salud del primer nivel de atención.

En la primera línea de acción se han realizado varios proyectos de capacitación con el apoyo de organizaciones nacionales (ENAP-ONSC, UDELAR) y extranjeras (EASP).

En la segunda línea, se han desarrollado actividades a nivel nacional y local, haciendo énfasis en el cambio del modelo de atención y en varios de los programas de atención priorizados, como el de Salud de la Niñez y de la Mujer, sobre enfermedades crónicas no transmisibles, haciendo énfasis en los cambios de las prácticas desde el punto de vista interdisciplinario.

Los principales desafíos se encuentran por el lado de la incorporación de las TIC's en los procesos capacitación en una organización que abarca 24.000 funcionarios dispersos en unidades ubicadas a lo largo de todo el territorio nacional.

Se encuentra en la etapa de diseño e implementación el Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, que posee financiamiento externo.



8. RECURSOS FINANCIEROS

Cuadros comparativos de Ejecuciones Presupuestales 2005-2008

Cuadro 1. Comparación de ejecuciones presupuestales 2005 – 2008

Por toda fuente de Financiación							
En pesos corrientes - Expresado en miles de pesos							
	Ejecutado 2005	Ejecutado 2006	Ejecutado 2007	Ejecutado 2008	Proyectado 2009	% Variación 09/08	% Variación 09/05
Gastos de Funcionamiento	2.234.982	2.580.299	2.994.401	3.398.650	4.082.118	20,11%	82,65%
Rubro 0	1.604.643	2.198.326	2.817.876	3.520.037	4.757.487	35,15%	196,48%
Comisión de Apoyo	613.518	811.208	1.039.317	1.463.212	1.906.000	30,26%	210,67%
Patronato	115.078	141.282	191.613	261.592	421.000	60,94%	265,84%
Médicos de Familia	31.479	33.807	37.504	43.759	41.260	-5,71%	31,07%
Inversiones	48.453	146.896	284.886	925.276	650.996	-29,64%	1243,56%
Total General	4.648.153	5.911.818	7.365.597	9.612.527	11.858.862	23,37%	155,13%

Por toda fuente de Financiación					
En pesos corrientes - Expresado en miles de pesos					
	Gasto Ejecutado 2005	Gasto Ejecutado 2006	Gasto Ejecutado 2007	Gasto Ejecutado 2008	Proyectado 2009
Gastos de Funcionamiento	2.819.783	3.388.856	4.065.135	4.968.441	6.450.378
Rubro 0	1.603.227	2.196.556	2.815.386	3.517.732	4.757.487
Inversiones	48.453	143.683	282.362	730.957	451.223
Total Financiación 1.1	4.471.462	5.729.096	7.162.883	9.217.131	11.659.089
Gastos de Funcionamiento	175.274	177.740	197.700	198.772	0
Rubro 0	1.417	1.770	2.490	2.305	0
Inversiones	0	3.212	2.524	3.633	0
Total Financiación 1.2	176.691	182.722	202.714	204.710	0
Inversiones 2.1	0	0	0	187.500	196.983
Total Financiación 2.1	0	0	0	187.500	196.983
Otras Fuentes de Financiación	0	0	0	3.186	2.789
Total otras Financiaciones	0	0	0	3.186	2.789
TOTAL GENERAL	4.648.153	5.911.818	7.365.597	9.612.527	11.858.862

Fuente: ASSE. Elaborado por AGEV-OPP.



Principales Objetos del Gasto de Funcionamiento

Cuadro 2. Principales objetos del gasto de funcionamiento

EN PESOS CORRIENTES				
Objetos	EJECUTADO 2005	EJECUTADO 2006	EJECUTADO 2007	EJECUTADO 2008
Rubro 0	1.603.227	2.196.556	2.815.386	3.517.732
Comisión de Apoyo	602.711	799.222	1.026.292	1.445.635
Medicamentos	560.577	623.853	686.710	711.250
M.M.M.Q.	248.823	278.716	297.988	387.048
Convenio Patronato	115.078	141.282	191.613	261.592
Reactivos	173.946	216.096	237.492	256.257
Serv.Limpieza y lavado Contratados	75.945	118.169	148.460	201.909
C.T.I.	142.742	206.583	240.155	169.379

Fuente: ASSE. Elaborado por AGEV-OPP.

9. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE ASSE

El Departamento de Gestión de la Información, creado en 2007, tiene a su cargo la unidad de información de usuarios, la unidad de información de atención a la salud y la unidad de información geográfica. El área ha comenzado a producir información para la gestión a través de la implementación de un plan de acción que se orienta a integrar y supervisar los sistemas de información sectoriales y territoriales.

A través de la firma del Contrato de Gestión de ASSE con la JUNASA, se asume el compromiso de gestión como prestador integrante del SNIS. En este sentido, se avanzó en la actualización del registro de usuarios, mejora en la calidad de la información y sistemas de registros, a través de la creación del Departamento de seguimiento de indicadores y contrato de gestión. Se ha avanzado en la implementación del SINADI Asistencial. Para el próximo período se plantea la mejora de los procesos de recolección y análisis de la información y la adecuación de los sistemas para la instrumentación de las metas asistenciales y los nuevos requerimientos de la JUNASA.

Asimismo, la Dirección de Informática gestiona los sistemas informatizados de recolección y sistematización de datos. A continuación se presenta la tabla de principales proyectos impulsados hasta la fecha.



Tabla 4. Proyectos de Sistemas de Información al 27/11/2009

Nombre/Descripción	Inicio	Estado	Grado de avance	Observaciones
Creación y puesta en marcha de la Dirección de Informática.	01/03/2009	Implementación	50%	Falta la aprobación de la nueva estructura.
Plan Director informático de emergencia	30/03/2009	Completado	100%	Se planifica para 2010 crear un plan de largo alcance.
Armado de la infraestructura de procesamiento central de ASSE	01/04/2009	Implementación	50%	Falta completar equipamiento con préstamo del BM.
Red de datos de ASSE. Centros departamentales y hospitales.	01/06/2009	Implementación	10%	En espera de equipamiento para implementar el resto.
Red de datos de ASSE. Centros auxiliares y policlínicas.	01/06/2009	En diseño	2%	Diseño general completado. A la espera de préstamo del BM para compra de equipos.
Instalación de correo electrónico corporativo de ASSE	01/06/2009	Completado	100%	
Sistema comercial	01/11/2009	En diseño	3%	
Desarrollo de un sistema integral financiero contable	01/11/2009	Armado de equipo	1%	
Desarrollo de un sistema integral de RR.HH y liquidación de sueldos.	01/11/2009	Armado de equipo	1%	
Sistema de gestión corporativo para el primer nivel de atención	01/08/2009	En desarrollo	1%	
Diseño de prototipo de escritorio médico electrónico para el primer nivel de atención.	01/08/2009	En desarrollo	1%	
Historia clínica electrónica para el primer nivel de atención		Esperando diseño de prototipo	0%	

Fuente: ASSE. Elaborado por AGEV-OPP.



En cuanto a los sistemas de información manejados en ASSE, los mismos son los siguientes:

Sistema Informáticos Centrales o Corporativos

- Atención a Usuarios.
- Afiliaciones.
- Padrón de Afiliados.
- Recursos Humanos.
- Liquidación de Sueldos.
- Control de Asistencia.
- Administración Documental.
- Coordinadora de CTI.
- Licitaciones y Compras.
- Farmacia (Winfarma y SGS).
- SGS Consultas.
- SGS Despacho de Medicamentos.
- SGS Dosis Unitaria.
- SGS Móviles de Emergencia.
- SGS Internación.
- SGS Programa Aduana.

Sistemas Informáticos Locales

- Sistema Integral de Gestión Hospitalaria (de Salto).
- Sistema de Block Quirúrgico (Maciel).
- Sistema de Radiología (Maciel -Tomógrafo).
- Sistema de Cocina (San José).
- Sistema de Metas Prestacionales (San José).
- Sistema de Internación (Florida).
- Sistema de Laboratorio Modulab (Varios Centros).
- Sistema de Laboratorio LIS (Varios Centros).
- Sistema de Laboratorio Biocare (Varios Centros).



ANEXO 2. PROTOCOLO DE ENMIENDA AL ACUERDO ENTRE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA Y LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

PARA LA COOPERACIÓN EN LA MEJORA DE LA INFRAESTRUCTURA EDILICIA Y DE EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA) DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

La República Bolivariana de Venezuela y la República Oriental del Uruguay, en adelante denominados “las Partes”,

TENIENDO PRESENTE el Acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y la República Oriental del Uruguay para la Cooperación en la Mejora de la Infraestructura Edilicia y de Equipamiento del Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) de la República Oriental del Uruguay, suscrito el 8 de diciembre de 2005.

CONSCIENTES de la necesidad de ampliar el mecanismo de cooperación en el Acuerdo antes mencionado, a fin de poder contribuir al mejoramiento de otras instituciones sanitarias uruguayas, y de esta manera colaborar en la consecución del desarrollo económico y social equilibrado.

Han convenido en realizar, mediante este Protocolo, la enmienda del Acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y la República Oriental del Uruguay para la Cooperación en la Mejora de la Infraestructura Edilicia y de Equipamiento del Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) de la República Oriental del Uruguay, suscrito el 8 de diciembre de 2005, en los términos siguientes:

PRIMERO: Se modifica el Artículo I, a fin de ampliar su alcance, quedando redactado como sigue:

ARTÍCULO I

La República Bolivariana de Venezuela otorgará, de conformidad con su ordenamiento jurídico interno, a la República Oriental del Uruguay, la cual acepta, la cantidad de veinte millones de dólares americanos (USD 20.000.000,00), de los cuales, la suma de diecisiete millones de dólares americanos (USD 17.000.000,00), estarán destinados a apoyar los planes y/o proyectos dirigidos a mejorar la infraestructura edilicia y



de equipamiento del Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) de la República Oriental del Uruguay y; la suma de tres millones de dólares americanos (USD 3.000.000,00), se destinarán a la construcción de cien (100) camas de internación en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) del Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay.

SEGUNDO: Se modifica el Artículo II, a fin de ampliar su alcance, quedando redactado como sigue:

ARTÍCULO II

Ambas Partes acuerdan que la entrega de los recursos objeto del presente Acuerdo será realizada de la forma siguiente:

1. La cantidad de diez millones de dólares americanos (USD 10.000.000,00), bajo la modalidad de donación.

2. La cantidad de diez millones de dólares americanos (USD 10.000.000,00), como contrapartida de la cual, la República Oriental del Uruguay se compromete a desarrollar un programa integral de cooperación para la colaboración y complementariedad en las áreas que, de común acuerdo, establezcan las Partes, mediante documento escrito, que se considerará anexo al presente Acuerdo. La suma indicada se distribuirá de la manera siguiente:

- Siete millones de dólares americanos (USD 7.000.000,00), al Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) y;
- Tres millones de dólares americanos (USD 3.000.000,00), al Instituto Nacional del Cáncer (INCA) del Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay.

TERCERO: Los artículos del Acuerdo de Cooperación, suscrito en Montevideo, el día 8 de diciembre de 2005, que no hayan sido modificados a través del presente instrumento continuarán vigentes y en iguales términos.

CUARTO: Este Protocolo de Enmienda entrará en vigor en la fecha de su firma, será sometido al cumplimiento de los requisitos legales internos y permanecerá vigente



mientras el Acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y la República Oriental del Uruguay para la Cooperación en la Mejora de la Infraestructura Edilicia y de Equipamiento del Hospital Universitario (Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) de la República Oriental del Uruguay, suscrito el 8 de diciembre de 2005, permanezca en vigor.

Firmado en la ciudad de Montevideo, a los cuatro (4) días del mes de noviembre de 2006, en dos ejemplares originales redactados en idioma castellano, siendo ambos textos igualmente auténticos.



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



PRESIDENCIA
Oficina de Planeamiento y Presupuesto



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA