



## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

### I. Introducción

El Ministerio de Salud Pública continuó promoviendo durante el 2003 un proceso de transformaciones internas conducente al mejor cumplimiento de sus competencias y atribuciones, tanto en lo que refiere al ejercicio de sus facultades de reglamentación y contralor, así como en lo relativo a la modernización de las estructuras administrativas y asistenciales destinadas a mejorar la atención de la población más vulnerable del país.

El desafío que enfrenta la actual administración tiene por finalidad el desarrollo de un sistema sanitario capaz de ofrecer salud integral a toda la población, en un marco exigente de desarrollo humano y sostenibilidad económica.

El sistema de salud está presidido por los principios de universalidad, integralidad, calidad en la atención, equidad en la prestación de servicios, solidaridad en el financiamiento y amplia participación de los sectores sociales.

Para el 2003, el MSP tenía proyectado como objetivo general liderar la transformación de la gestión de las organizaciones privadas y públicas del sector, estableciendo estímulos para el cambio como también mejorar una fiscalización que permitiera consolidar a las instituciones desde el punto de vista económico financiero, asistencial y organizacional.

Los objetivos centrales para el 2003 estuvieron focalizados en:

- i. El fortalecimiento de las instituciones de asistencia médica colectiva con niveles de endeudamiento que ponen en riesgo su permanencia en el mercado, la generación de condiciones de estabilidad y la transformación del modelo de gerenciamiento.
- ii. Consolidar el equilibrio económico financiero alcanzado por los hospitales y, al mismo tiempo, continuar con el proceso de modernización de la gestión técnica y administrativa.
- iii. La puesta en marcha de estrategias para resolver el endeudamiento del Fondo Nacional de Recursos, la obtención de equilibrios operativos en su gestión y la profundización del plan de reestructura para renovar su organización.
- iv. Comenzar una progresiva transformación en el modelo de atención médica imperante, con la finalidad de incorporar acciones de

promoción y prevención como componente esencial en la relación médico-paciente.

El año 2003 representó la consolidación de políticas que se han iniciado en la actual administración: el estímulo de la eficiencia por parte de las organizaciones del sector, el impulso de modernas formas de gerenciamiento, la vigilancia de la calidad de las prestaciones brindadas a la población, la generación de condiciones que hagan sustentables a las instituciones privadas y públicas, la creación de instrumentos normativos que estimulen una mayor participación de los beneficiarios y la aplicación de disposiciones orientadas a fomentar una cultura de co-responsabilidad en el manejo de los recursos.

Como parte de la recuperación del rol de conducción superior del sector, el MSP profundizó la implantación del proceso de reestructura interna, readaptando una organización que estaba concebida para el ejercicio de una gestión de carácter administrativo. El MSP requiere una organización con capacidad para una gestión de carácter político-gerencial, indispensable para conducir, vigilar y regular la producción social de la salud.

Seguidamente, se describirá un resumen de las metas trazadas para el 2003, los principales logros alcanzados, el número de funcionarios, los Decretos aprobados por iniciativa de este Ministerio y las resoluciones dictadas por esta Secretaría de Estado.

## **II. Dirección General de Secretaría**

La Dirección General de Secretaría es la responsable de brindar apoyo técnico para la toma de decisiones por parte del Ministro y de coordinar las acciones de las restantes Direcciones Generales entre sí y con las autoridades superiores del Inciso.

Con el propósito de lograr una gestión más eficiente y comprometida con los resultados se ha desarrollado una capacidad de gestión estratégica y se han establecido metas medibles y evaluables con miras a mejorar los estándares de desempeño de las distintas unidades que conforman la Dirección.

Se encuentra en curso una definición de productos estratégicos por cada una de las 5 Divisiones que integran la Dirección General de Secretaría, comportando el establecimiento de indicadores de gestión – de eficacia, eficiencia y calidad – con el propósito de medir el grado de cumplimiento de los objetivos y metas programadas.

- **División Recursos Económico-Financieros**

La División Recursos Económico-Financieros continuó con el proceso de implantación de la reestructura iniciada por el MSP, impulsando un modelo

organizacional que permite la coordinación y control de actividades, concentrar información, mejorar la interrelación de sectores conexos.

Se resumen a continuación algunas de las principales transformaciones implementadas durante el 2003:

- Separación funcional y operativa del Departamento de Administración y Contabilidad Presupuestal.
- Establecimiento de rutinas de monitoreo periódico y control de operación en las distintas alternativas del SIIF.
- Mantenimiento en tiempo real el estado de disponibilidades bancarias y financieras así como sus respectivas Rendiciones de Cuentas.
- Creación de una unidad contable y financiera para el manejo, procesamiento, circulación y archivo de comprobantes y mantener registros con conceptos de Contabilidad Patrimonial.
- Incorporación contable de Centros de Costos, a partir del 2004, para permitir la evaluación y los resultados de la gestión de las distintas áreas, concomitantemente con el S.D.G.
- Tareas de control y registro de inventarios para las que se ha responsabilizado al Departamento Contable y Control Financiero.
- Actualización tecnológica del parque de computadoras en un 100%.
- Creación de una unidad de Control Interno con el cometido de fiscalizar las observaciones, registros y procedimientos de todas las oficinas de la División.

#### • **Asesoría de Cooperación Internacional**

Se rectificaron Convenios con Armenia y México y se firmaron dos nuevos con Brasil e Italia.

A través de Convenios Bilaterales 8 técnicos del MSP participaron en diferentes actividades en el exterior; asimismo se realizó un Encuentro Subregional en Montevideo, 4 Cursos de Gestión, trabajos sobre Guías de Prácticas Clínicas, Cursos de Excel y un Curso de Capacitación en Ortopedia Pediátrica que contó con la participación de 12 expertos extranjeros.

Con OPS/OMS se efectuaron actividades de cooperación con la visita de 21 consultores y se realizaron Cursos de Gestión a través de un Convenio con el Instituto Nacional de Enfermería.

Se seleccionaron y designaron 79 becarios para asistir a diferentes cursos organizados por el Centro Latinoamericano de Perinatología.

Se concretaron donaciones de equipamiento hospitalario y material médico quirúrgico para los hospitales de ASSE.

Se formuló, dentro del Plan de Violencia Doméstica que lleva adelante el Ministerio de Educación y Cultura, del tema inherente a salud.

La Asesoría de Cooperación Internacional integra el Programa Vínculos, conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Universidad de la República.

Durante el presente año se formularon los documentos técnicos presentados por las autoridades ministeriales en los eventos realizados en el exterior.

- **Asistencia Integral**

**Implantación de la reestructura del sistema de Asistencia Integral.**

Durante el año 2003 culminó un proceso de reestructura que abarcó las áreas de atención médica, odontológica, psicológica y oftalmológica. En este sentido, se realizaron licitaciones para los servicios de odontología y oftalmología en Montevideo e interior del país, que se encuentran en la etapa de adjudicación.

### **III. Dirección General de la Salud**

#### **III.1 Marco de referencia**

- **Misión de DIGESA**

- Brindar al M.S.P. el asesoramiento y la información que requiera la conducción de una política nacional en salud.
- Promover la salud de la población:
  1. Desarrollando las bases técnicas para una política sustentable de salud.
  2. Asegurando el control y la eliminación de los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad.
  3. Normatizando en aspectos relacionados a la salud humana y controlando el cumplimiento de dichas normas.
  4. Regulando y controlando los servicios de salud públicos y privados, la tecnología en salud, los medicamentos, los alimentos y otros productos.

- **Objetivos Generales**

- Actualizar el diagnóstico de salud de la población y su entorno físico y social, así como de sus necesidades en salud.
- Planificar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades adecuadas a los resultados del diagnóstico de salud obtenido.
- Ejecutar estrategias eficaces, eficientes y equitativas para la difusión de información a la población en general, procurando estilos de vida saludables.
- Realizar la vigilancia epidemiológica en general y de las enfermedades transmisibles prevalentes en la región en forma específica.
- Prever la respuesta ante situaciones de crisis.

- Asesorar sobre incorporación de nuevas tecnologías.
- Habilitar, registrar y controlar la calidad de los servicios de salud.
- Asesorar en normas técnicas relacionadas al control de medicamentos, alimentos y otros productos.

### **III.2 División Salud de la población**

- **Objetivos generales**
- **Planificar los programas, proyectos y acciones dirigidos a la promoción de salud y prevención de enfermedades a nivel colectivo.**
- **Vigilar y evaluar la situación de salud de la población con énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, los daños y el acceso a los servicios de salud.**
- **Objetivos específicos**
  - Formar recursos en educación para la salud.
  - Planificar y dirigir los programas de vacunación a nivel nacional.
  - Realizar la vigilancia de la salud ocupacional.
  - Promover estilos de vida saludables.
  - Desarrollar campañas de información a la población.
  - Participar en las medidas a tomar frente a situaciones de emergencia o desastre.

La División Salud de la Población funcionalmente se organiza en tres áreas de intervención: i. Promoción y Prevención de Salud; ii. Epidemiología; y iii. Salud Ambiental. Dichas áreas se encuentran integradas por 6 departamentos: Epidemiología, Laboratorio de Salud Pública, Salud Ambiental, Salud Ocupacional, Nutrición y Servicio de Información Poblacional y Áreas Programáticas.

- **Departamento de Epidemiología**

#### **Objetivos propuestos y logros alcanzados:**

- Mantener actualizado el conocimiento y el análisis de las enfermedades priorizadas así como su riesgo
  - Definir normas y planes de inmunización. Determinar la adquisición de productos biológicos, su almacenamiento, distribución, control y aplicación.
  - Realizar Vigilancia y Control de las Infecciones Zoonóticas y Vectores.
  - Desarrollar la Vigilancia Epidemiológica actuando a su vez como Policía Sanitaria en toda la frontera terrestre y el frente marítimo, fluvial y aéreo de la República.
- I. Asegurar la inocuidad de los alimentos identificando situaciones de riesgo que deriven en condiciones inseguras en materia de alimentos.

## Actividades:

Elaboración del Código Nacional de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.

- II. Recepción e investigación de notificación de enfermedades de declaración obligatoria en todo el país.
- III. Búsqueda activa de casos de enfermedades de notificación obligatoria en Montevideo a través del Área de Vigilancia Epidemiológica.
- IV. Seguimiento del 100% de las enfermedades prioritarias definidas a nivel Nacional y del MERCOSUR.
- V. Acciones en el marco del sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (VETA) a nivel nacional.
- VI. Publicación del Boletín Epidemiológico en formato estándar y en la Página Web.
- VII. Comienzo de la reestructura de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica que tendrá nuevas responsabilidades y funciones.
- VIII. Ampliación de la vigilancia de las Enfermedades Eruptivas Febriles (Sarampión, Rubéola y Dengue) y de las Parálisis Agudas Flácidas en todo el país.
- IX. Asesoramiento al personal técnico de instituciones públicas y privadas en las regiones del interior del país para la vigilancia de las Enfermedades Eruptivas Febriles y de las Parálisis Agudas Flácidas.
- X. Registro y notificación internacional de las Enfermedades Eruptivas Febriles y de las Parálisis Agudas Flácidas.
- XI. Mantenimiento de los niveles elevados de coberturas de vacunación obligatoria (Programa Ampliado de Inmunizaciones) en todo el país.
- XII. Abastecimiento de vacunas, biológicos y materiales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- XIII. Otras vacunaciones no obligatorias a grupos de riesgo o particularmente expuestos en todo el país (vacunación antigripal, antimeningocócica, antineumocócica, antihepatitis B, antiamarílica).
- XIV. Normatización, distribución y eventual aplicación de otros biológicos de uso preventivo y/o terapéutico (sueros antiofídicos, Inmunoglobulinas antitetánica y antihepatitis B, Inmunoglobulina Standard).
- XV. Mantenimiento de la vacunación antisarampionosa obligatoria a todo el personal de salud con vistas a consolidar la eliminación de la enfermedad en todo el territorio nacional.
- XVI. Elaboración del Manual del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- XVII. Amplia participación en tareas de promoción mediante material impreso y presencia en medios de prensa a nivel nacional e internacional.
- XVIII. Continuación de la Coordinación Nacional del Plan de Erradicación de *Aedes aegypti* con encuesta larvaria rutinaria a nivel Nacional y Control de áreas de hallazgo positivo.
- XIX. Laboratorio entomológico nacional para el diagnóstico de *Aedes aegypti* que recepciona, clasifica e informa muestras de todo el país.
- XX. Integración del Programa Chagas a la Unidad de Zoonosis y Vectores.
- XXI. Continuación de las actividades de educación para el control del *Aedes aegypti*.
- XXII. Asesoría de OPS/OMS para la reorganización de los planes de Control del *Aedes*

*aegypti*.

- XXIII. Coordinación de la Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de la Rabia y de los Accidentes por Mordeduras de Animales, de integración multisectorial y multidisciplinaria, con el cometido principal de certificar la erradicación de la enfermedad humana y animal en el país.
- XXIV. Registro nacional de personas mordidas.
- XXV. Notificación nacional e internacional (OPS/OMS, MERCOSUR) de la situación de Infecciones Zoonóticas y Vectores.
- XXVI. Coordinación con organismos y entidades privadas con competencia o desempeño en el ámbito de fronteras.
- XXVII. Servicio de vacunación internacional antiamarílica y expedición del Certificado Internacional de Vacunación.
- XXVIII. Integración de la Comisión de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Puntos de Frontera del Subgrupo de Trabajo N° 11 "Salud" del MERCOSUR responsable de la elaboración de normas válidas en el ámbito del MERCOSUR
- XXIX. Control del formulario de "Declaración de Salud del Viajero" implementado en el ámbito del MERCOSUR.
- XXX. Control de ingreso a territorio nacional de medicamentos, cosméticos y alimentos modificados.
- XXXI. Grupo de trabajo sobre fumigación de aeronaves.
- XXXII. Capacitación técnica específica del personal de Sanidad Aérea y Sanidad Marítima.

#### **Objetivos no logrados:**

- Funcionamiento a pleno del sistema informático de Vigilancia Epidemiológica.
- Elaboración del Manual de Vigilancia Epidemiológica Nacional.
- Realización de la encuesta de hábitos alimentarios.
- Impresión del Manual del P.A.I.

#### **Motivo o causa:**

- No utilización del nuevo sistema por parte de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.
- Dificultades funcionales de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.
- Falta de recursos humanos técnicamente aptos para ello.
- Falta de recursos materiales.

- **Inmunizaciones**

#### **Actividades desarrolladas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones**

1. ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN.
  - ❖ Plan Quinquenal del PAI, año 2003 – 2007.
  - ❖ Plan Anual del PAI, año 2003.

- ❖ Se coordinó y redactó el Manual del Vacunador.
- ❖ Planificación de las necesidades de biológicos para el año 2004.
- ❖ Planificación de las actividades de la Semana Sudamericana de Vacunación.
- ❖ Preparación y distribución de materiales educativos.

## 2. ACTIVIDADES EJECUTADAS.

### *Con el apoyo de OPS*

- ❖ Se diseñaron e imprimieron 300.000 dpticos y 6.000 póster (2 tipos de póster con mensajes diferentes) a fin de realizar actividades de promoción comunitaria.
- ❖ Se realizaron 1.000 camisetas para uso de los promotores y vacunadores con el logo de la Semana de Vacunación.
- ❖ 100.000 sobres con el esquema de vacunación, que servirán para proteger el carné de vacunación.

### Actividades de difusión

- ❖ A través de la Asesoría Técnica de Comunicación del MSP, se distribuyó a las televisoras y radios mensajes alusivos a la Semana Sudamericana de Vacunación, entregados por OPS.
- ❖ Reportajes y participación en programas televisivos y radiales, tratando el tema de la vacunación.
- ❖ Se entregó a los distintos efectores de salud públicos y privados, así como al organismo de enseñanza y ONG's el material educativo realizado y los póster entregados por OPS a fin de realizar actividades de educación y difusión de la Semana de la Vacunación.

### Actividades durante la semana de vacunación

- ❖ Lanzamiento de la Campaña con la presencia de autoridades del MSP, OPS y de los medios de comunicación.
- ❖ Participación en programas televisivos y radiales donde se explicó el objetivo y estrategias de la Campaña.
- ❖ Se continuó la entrega del material educativo y de promoción.
- ❖ Distribución de puestos de vacunación móviles, a fin de facilitar la vacunación de los niños de las zonas más carenciadas.
- ❖ Recorridas por Centros de Salud y puestos de vacunación a fin de comprobar la marcha de la vacunación y evaluar la estrategia propuesta.

### **Actividades referentes a la Unidad Inmunizaciones**

1. Mantenimiento de stock de biológicos en el Hospital Pereira Rossell y Neonatología del Hospital de Clínicas (gammaglobulina hiper inmune Hepatitis B, vacuna Hepatitis B lactantes), para recién nacidos hijos de madres HBAGs+. Instituto de Higiene (gammaglobulina hiper inmune Hepatitis B), para accidentes laborales. Gammaglobulina estándar para contactos de pacientes



de hepatitis A. Suero Antiofídico se distribuye a todos los servicios de Salud del Interior del país. Entrega de vacuna Fiebre Amarilla a Sanidad de Fronteras.

2. Control de los biológicos no pertenecientes al PAI.
3. Recepción de notificaciones de mordidos por ofidios: se notificaron en el presente año 58 accidentes.

### **Actividades de Vigilancia Epidemiológica**

1. VIGILANCIA DE LAS PARÁLISIS FLÁCCIDAS
  - 1.1 Supervisión y control de la notificación negativa semanal.
  - 1.2 Búsqueda y notificación de casos.
  - 1.3 Investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio de los casos.
  - 1.4 Seguimiento y control clínicos de laboratorio de los casos.
  - 1.5 Procesamiento y análisis de los datos.
  - 1.6 Notificación de los resultados de estudios realizados, a los Centros denunciadores.
2. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ERUPTIVAS FEBRILES

Los casos notificados estudiados a la fecha de EEF son 2, siendo todos con resultado negativo para rubéola.

  - **Sanidad de Fronteras**

### **Objetivo**

Desarrollar la vigilancia epidemiológica actuando a su vez como Policía Sanitaria en la frontera terrestre y el frente marítimo, fluvial y aéreo de la República.

### ***PLAN DE CONTINGENCIA FRENTE AL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO GRAVE (SARS).***

Frente a la aparición del brote de neumonía atípica y la pandemia de SARS registrada en el mundo, se elaboró de forma multisectorial e interinstitucional un Plan de Contingencia a nivel nacional coordinado por la Dirección General de la Salud.

En ese sentido se integraron las acciones de Vigilancia Epidemiológica, Control Sanitario de Fronteras, Laboratorio, Clínica y medidas de seguridad interinstitucional.

Se contó además con la concurrencia de organismos e instituciones a nivel nacional e internacional.

### **VIGILANCIA DEL MOSQUITO AEDES AEGYPTI**

Se organizó, se capacitó personal y se efectúa semanalmente la Vigilancia del mosquito Aedes Aegypti en los siguientes puntos de frontera, a través del control de larvitampas: Puerto de Montevideo, Puerto del Buceo, Aeropuerto de Carrasco, Aeropuerto de Melilla, Terminal de Omnibus de Tres Cruces, Puerto de Punta del Este, Puerto de Piriápolis y Aeropuerto Laguna del Sauce.

### **PUESTO DE VACUNACIÓN ANTIAMARILICA**

Se continuó con la actividad del Centro de Vacunación para la Vacuna Antiamarílica (contra Fiebre Amarilla) y expedición del Certificado Internacional de Vacunación de acuerdo a la normativa de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). En dicho Centro de Vacunación se brinda además información y asesoramiento a viajeros en medidas preventivas frente a Fiebre Amarilla, Malaria y otras enfermedades exóticas.

Se organizó y se está efectuando la vacunación obligatoria contra Fiebre Amarilla de los trabajadores de las áreas portuarias, aeroportuarias, de terminales y puntos de frontera, de acuerdo a lo establecido por el Art. 1 de la Resolución GMC N° 26/00 ratificada por Decreto del Poder Ejecutivo No. 64/2001.

- **Inocuidad de los Alimentos**

#### **Objetivos propuestos y logrados:**

- Identificar situaciones de riesgo que deriven de condiciones inseguras en materia de alimentos.
- Promover información clara y oportuna a los consumidores y desarrollar actividades sobre la correcta manipulación de alimentos, considerando características de riesgo.
- Capacitar recursos humanos involucrado en operaciones y/o manipulación alimentaria, generando conocimiento y responsabilidades
- Integrar el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (Sistema VETA), en lo que compete al alimento involucrado, su elaboración, investigación de fuente de contaminación, factores de manipulación que condicionan el brote.
- Recepcionar e investigar denuncias sobre alimentos que pudieran ser potencialmente de riesgo para la salud de la población.
- Trabajar a nivel de Códex Alimentarius a nivel del Comité Nacional y de los Sub – Comité.
- Cumplir actividades de coordinación Inter– intra-institucional e intersectorial.
- Fortalecer la interrelación intra-intstitucional dentro de la nueva Reestructura administrativa.
- Asesorar a los Programas Departamentales de Inocuidad de Alimentos.

## **Objetivos no logrados**

- Realizar el perfil de riesgo para la gestión de riesgo de algún patógeno en determinado producto de interés. (Combinación patógeno–producto).
- Realización de la encuesta de hábitos alimentarios.

### **• Zoonosis**

- Coordinación Nacional del Plan de Erradicación de *Aedes aegypti* con encuesta larvaria rutinaria del AEDES a nivel Nacional y Control de áreas de hallazgo positivo.
- Coordinación de la Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de la Rabia y de los Accidentes por Mordeduras de Animales, con el cometido principal de certificar la erradicación de la enfermedad humana y animal en el país.
- Vacunación antirrábica en ciudades fronterizas y limítrofes.
- Notificación nacional e internacional (OPS/OMS, MERCOSUR) de la situación de Infecciones Zoonóticas y Vectores.

### **• Laboratorio de Salud Pública**

- Se desarrollaron nuevas metodologías de diagnóstico de laboratorio aplicables al control de enfermedades transmisibles.
- Actúa como centro nacional de referencia para el diagnóstico e investigación de laboratorio aplicable al control de enfermedades sujetas a vigilancia.
- Realiza el control de calidad interno y externo en enfermedades transmisibles para la Red de servicios de salud de ASSE y privados, hemoderivados y reactivos de diagnóstico.
- Se realizó un Taller Nacional de Garantía de Calidad y Funciones esenciales de los Laboratorios de Salud, auspiciado por OPS y donde se recibió la visita del Asesor de OPS en Washington Dr. Jean-Marc Gabastou, quien asesoró en la forma de elaboración del mismo.

### **• Departamento de Promoción y Prevención**

#### **Programa Prevención de Accidentes**

- Programas continuos de promoción y Educación para la prevención de accidentes en todos lo Departamentos del País, en coordinación con el Programa de Prevención de Accidentes de Tránsito.
- Desarrollar un trabajo en red intersectorial y multidisciplinario para realizar un diagnóstico de situación sobre actuales factores de conflicto, a partir del cual seleccionar las estrategias para la promoción y prevención de accidentes.

- Recolección de información sobre accidentes del hogar, en Coordinación con las Emergencias del total de hospitales del País. Elaboración de un formulario para aplicar al accidentado al momento del ingreso
- Promoción y prevención de accidentes laborales.
- Implementación de Centros de Certificación de Aptitud Psicofísica.
- Entrenamiento en Espirometría a Policía Caminera y Policía de Tránsito.
- Campaña de Seguridad Vial con Bicicletas
- Dictado de Curso sobre Apneas, Sueño y Conducción.
- Participación en el Proyecto de Educación Vial, "Compromiso Acción"
- Actividades de educación: Promoción y Prevención de accidentes de tránsito.
- Seminarios y Jornadas-Taller promovidas por el Programa y a instancias de otras Instituciones (INJU, CASMU, Primaria, etc.)
- Coordinación con Comisiones Departamentales de Accidentes
- Jornadas de Coordinación Intersectorial (Intendencias, Policía, FEMI, Hospitales Departamentales, Organizaciones Civiles, etc.)

### **Unidad de Atención Primaria de Salud**

- Coordinación de los integrantes de la Unidad con las diferentes áreas Programáticas
- Sensibilizar al personal de salud para modificar el modelo de atención mediante Jornadas de Sensibilización y capacitación de Personal Sanitario y de la Educación.
- Participación en las Oficinas DAPS Este y Oeste de Montevideo.

### **Unidad Asesora Educación para la Salud**

- Implementación de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud.
- Reuniones de coordinación con CODICEN.
- Implementación de un Programa de Actualización en Promoción y EPS dirigido a personal de salud y educación.
- Diseño de tecnología educativo-poblacional sobre temas de salud priorizados.
- Reformulación de un Área de Atención y Orientación al público, para asesoramiento y entrega de material educativo. Orientar al 100% del público que accede a nuestro servicio.
- Puesta en funcionamiento los Comités departamentales de escuelas promotoras de salud.
- Capacitación de los 3 Comités departamentales de Salud Uruguay 2010
- Elaboración, impresión y distribución de materiales impresos de apoyo a las Áreas programáticas.
- Coordinar la publicación de la Revista de Salud Pública del M.S.P.

## **Programa de Salud Bucal**

- Proyecto de Investigación en colaboración con O.P.S: Fin de la primer etapa y comienzo de la etapa de mantenimiento y evaluación.
- Implementación del programa educativo preventivo en escuelas. Reformulación del programa educativo-preventivo en escuelas incorporando la atención clínica utilizando la técnica de restauración atraumática.
- Realización de la Encuesta sobre Prevalencia de Fluorosis dentaria.
- Formación de Promotores de Salud.
- Diseño de un sistema de evaluación de proceso y de resultados de los servicios odontológicos de ASSE.

## **Programa de Salud Ocular**

- Diagnóstico epidemiológico de la Retinopatía Diabética.
- Instrumentación de un Curso Nacional de Ciegos
- Detección de los vicios de refracción en los niños. Pesquisamiento en las escuelas y posterior tratamiento en las policlínicas.
- Estudio y tratamiento de los niños pesquisados en los Centros del Salud de ASSE.
- Realización de las Jornadas Nacionales de Salud Ocular.

## **Programa de Salud Auditiva**

- Concientizar a la población de la patología auditiva
- Visitas al interior del país, capitales de Departamentos con especialistas y fonoaudiólogos.
- Disminución de los decibeles en áreas urbanas.

## **Mujer-Niñez**

- Vigilancia Epidemiológica de las Neumonías Hospitalizadas.
- Vigilancia de la Mortalidad Fetal en Montevideo.
- Cumplimiento del Decreto 165/01 Registro de morbi-mortalidad de R.N. menores de 1500 gramos.
- Reactivación de los Programas de Lactancia en el Uruguay.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las IRAs y su gradual extensión al país
- Vigilancia de la morbimortalidad materna grave en todo el país
- Culminación del registro de morbilidad del niño y actualización del carné de atención
- Mejoramiento de la calidad del registro de datos de los Certificados de Mortalidad vinculados al área.
- Mejoramiento de las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

- Consolidación de la coordinación con ASSE y las Intendencias Municipales
- Instrumentación de la Folación de la Harina en el marco del plan de fortificación de alimentos
- Actualización de las Normas de Atención del Parto y del embarazo de bajo riesgo.
- Creación de un Programa Nacional de Prevención del Cáncer Genito Mamario.
- Registro Nacional de defectos congénitos
- Monitoreo de Neumonías
- Monitoreo de Auditoría de Muertes
- Monitoreo de Obitos fetales
- Diseño de la encuesta a realizarse en CTI de niños públicos y privados.
- Conformación del grupo técnico para la elaboración de las Guías Normativas de Salud Sexual y Reproductiva.
- Visitas de Supervisión del Área de Salud Sexual y Reproductiva.
- Participación en el Proyecto INFAMILIA de Presidencia de la República. Planificación del Plan Integral de Infancia y Adolescencia para el decenio 2000 – 2010.

## **Salud Mental**

- Implementación de un Plan Nacional de Salud Mental.
- Trabajo de investigación sobre Suicidios.

## **Programa Chagas**

- Encuesta domiciliaria y fumigación en los Departamentos de Colonia y Tacuarembó, según el siguiente detalle:
- Colonia 3901 viviendas fumigadas 282
- Tacuarembó 940 “ “ 84
- Mantenimiento del corte de transmisión vectorial de T. Cruzi.
- Uruguay continúa presentando indicadores destacados en el control de Chagas entre los países de la región integrados en la Comisión Intergubernamental de Eliminación de la Enfermedad de Chagas en el Cono Sur.

## **Programa Nacional de VIH-SIDA**

### Cometidos:

- Normatizar, Ejecutar y evaluar el desarrollo de las políticas de promoción y prevención de la infección VIH/SIDA, actuando de manera coordinada con todas las instituciones gubernamentales y de la Sociedad Civil, asegurando una respuesta nacional, que permita la lucha efectiva contra esta epidemia.
- Prevención de nuevas infecciones. del VIH
- Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia
- Movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección VIH/SIDA

- **Departamento de Salud Ocupacional y Ambiente**

### **Objetivos propuestos y logrados:**

- Fortalecer del Área de la Salud Ambiental y Ocupacional en el MSP.
- Reformular el trabajo de inspección en terreno como trabajo de investigación, incorporando el enfoque epidemiológico.
- Capacitar los RRHH del Departamento.
- Desarrollar manuales de procedimiento.
- Desarrollo de la normativa en Salud Ambiental y Ocupacional.
- Desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica Ambiental y Ocupacional.
- Mejorar la capacidad de comunicación con la comunidad y con otras instituciones.
- Desarrollar un trabajo integrado con otras áreas del MSP.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional.
- Fortalecimiento del Área Clínicas Preventivas.

### **Actividades:**

- Reestructura del Departamento, integrando salud ambiental y ocupacional en lo que constituye una reorganización por áreas.
- Formación de grupos de trabajo del Departamento para la implementación de programas de desarrollo.
- Aportes a la realización de Concurso para la provisión de tres cargos técnicos para el Departamento.
- Consolidación del Equipo de Investigación en Terreno: integración como equipo con coordinadora a cargo.
- Realización del 1er. Taller de epidemiología Ambiental con participación de la Dra. Mildred Maisonet, Asesora Regional de Epidemiología Ambiental de CEPIS –OPS.
- Realización del Curso “Evaluación y Gestión de Riesgo” a cargo de Equipo Docente de la ENSP Fio Cruz- Rio de Janeiro
- Elaboración del Manual para la Evaluación de Conflictos de Salud Ambiental y Ocupacional.
- Implementación de la normativa de control de trabajadores expuestos a contaminantes químicos (actualmente en jurídica)
- Desde el trabajo interinstitucional: (CONASSAT)
- aportes al desarrollo de la creación de un Registro nacional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Trabajo en la implementación del Convenio 155 de OIT (sobre salud y seguridad en el trabajo), en la industria química
- Propuesta de programa de vigilancia epidemiológica de eventos de exposición a contaminantes químicos ambientales y de intoxicación por plaguicidas (en proceso de implementación en coordinación con Vigilancia Epidemiológica)
- Inicio del desarrollo de un área de Comunicación en el Departamento.

- Coordinación con referentes locales en las actividades de terreno en el interior del país.
- Participación activa en CONASSAT y sus subcomisiones
- Participación en COTAOT, (comisión técnica asesora de ordenamiento territorial), constituida este año.
- Implementación de pasantía de postgrados de Salud Ocupacional por el Departamento.
- Trabajo conjunto con DINAMA en el abordaje de varios conflictos ambientales.
- Implementación de convenio con Facultad de Química para la realización del Estudio Epidemiológico de Cromo en Paysandú.
- Gestión de la Comisión Nacional de Contaminantes Químicos Ambientales.
- Participación en la comisión de trabajo insalubre.
- Coordinación con MGAP por tema plaguicidas.
- Integración de equipo interinstitucional de investigación en el marco de proyecto OIEA.
- Evaluación en marcha de situación actual y análisis de un plan de gestión y desarrollo.

### **Objetivos no logrados**

- Revisión y propuesta de actualización de la normativa vigente en materia de salud ambiental y ocupacional.
- Elaboración de un diagnóstico de la situación de habilitaciones sanitarias y de expedición de certificados de Residuos Sólidos Hospitalarios.
- Elaboración de un plan de abordaje del tema de los RSH por instituciones.
- Elaboración de una propuesta de manejo de RSH para “pequeños productores” de los mismos.
- Revisión y actualización de formularios de habilitación sanitaria y de RSH.
- Implementación de la Biblioteca del Departamento.
- Diseño de materiales de difusión – educación.
- Impresión del manual de evaluación conflictos de salud ambiental.

### **III.3 División Productos de Salud**

La División comenzó a actuar en áreas en las cuales el Ministerio, pese a tener mandato legal, no lo venía haciendo o lo hacía en forma muy esporádica. Por ejemplo, en el caso de alimentos, se realizó una actividad muy intensa de inspección de plantas elaboradoras de alimentos y de registro de productos, con la finalidad de ir ajustando la operación de las plantas a lo que marcan las normas de Buenas Prácticas de Fabricación y así disminuir sensiblemente los riesgos de contaminación de alimentos.

Asimismo, en el área de medicamentos se intensificaron las inspecciones tendientes a verificar la aplicación de Buenas Prácticas de Fabricación y Control de productos farmacéuticos, habiéndose realizado cerca de 70 inspecciones.



Esta actividad inspectiva generó una mayor demanda, ya que muchas plantas no habilitadas, en el conocimiento de que el MSP estaba controlando, se presentaron a regularizar su situación, y otras que sí estaban habilitadas pero no cumplían con la normativa, requirieron de varias inspecciones hasta que quedaron funcionando a satisfacción de este Ministerio.

El Departamento de Medicamentos, en el área de Evaluación y Control, cuenta con 2 inspectores para controlar cerca de 150 laboratorios habilitados y con 5 evaluadores para la evaluación de registros de medicamentos.

En primer lugar, en el mes de febrero se propuso la creación de una Agencia de Vigilancia Sanitaria, que financiada con las tasas que se cobran por esta actividad, podría operar con los recursos necesarios para cumplir adecuadamente con ésta actividad. La Presidencia de la República solicitó cambios a este proyecto que no se han podido concretar por razones de priorización.

Ante la demora sufrida por este proyecto, se solicitó más personal para suplir al personal retirado y reforzar algunas áreas carentes, lo cual recién se está pudiendo concretar en el mes de Diciembre con la contratación de 12 técnicos.

Paralelamente, en el mes de Setiembre se propuso la creación de un Trámite Urgente que permitiera mejorar sensiblemente la situación de atraso en el registro de medicamentos. El Decreto que habilita este trámite no ha sido aprobado a la fecha de realización de este informe, aunque se espera su aprobación antes de fin de año.

De gestiones realizadas ante el Ministerio de Economía y Finanzas para poder utilizar los fondos recaudados por esta División para contratar personal, surge la posibilidad de hacer un proyecto de cooperación con un Organismo Internacional, financiado con estos fondos, que permitiría que este Organismo Internacional contrate personal destinado a reforzar las actividades de esta División. Se está elaborando un proyecto en ese sentido con el PNUD, el cual, de aprobarse, podría estar operativo en los primeros meses de 2004.

Como uno de los productos de este proyecto se establecerá la presentación al Poder Ejecutivo de una propuesta de financiación permanente de las actividades de Vigilancia Sanitaria del MSP.

En conclusión, el objetivo primario de esta División para el año 2004 es contar con una estructura y financiación sustentable, adecuadas para el cumplimiento eficaz y eficiente de sus cometidos. En función de este logro es que se establecen los demás objetivos de la División y de sus Departamentos.

- **Resultados logrados**

#### **Actividades de Vigilancia Sanitaria:**

Se incorporó a fines del 2003 al Departamento de Tecnología Médica un Ingeniero especializado en Equipos Médicos, lo cual permitirá mejorar sustancialmente los procesos de evaluación y control de los equipos médicos, tanto los ya instalados

como los que se pretendan instalar. También se incorporó una médica, lo cual permitirá agilizar en forma muy importante los trámites de registro de productos. Esta funcionaria ha iniciado un trabajo de Tecnovigilancia sobre stents coronarios con medicación incorporada, en conjunto con el Fondo Nacional de Recursos. En este período se aprobaron 811 productos más que el año anterior. El promedio mensual de habilitación de productos es de 250 productos.

**Se realizaron 55 inspecciones en Montevideo y 3 en Canelones. Durante el año 2003 se han habilitado 41 empresas en total.**

Se trabajó intensamente en la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura y de criterios de Control de Riesgos en algunas industrias alimenticias de alto riesgo por el consumo masivo de sus productos, como por ejemplo la industria harinera y las soderías, lográndose avances muy importantes en la reducción de los riesgos inherentes a estas industrias. Se realizaron más de 300 inspecciones a establecimientos elaboradores. Se realizó un control especial, en convenio con la Cámara Uruguaya de la Industria Salinera, sobre la venta de sal no apta para consumo humano. Se realizaron más de 2000 inspecciones y varias incautaciones de producto.

Se realizaron cerca de **60 inspecciones a molinos harineros**, lográndose reducir los niveles de toxina DON en la harina comercializada en forma muy importante, a valores promediales dentro de los admitidos por la normativa.

Se realizó, en cooperación con la Centro de Farmacias del Uruguay y la Asociación de Farmacias del Interior, un control estricto de la venta de medicamentos fuera de los canales habilitados, lográndose una reducción muy importante de esta actividad ilegal.

Se continuó trabajando en tareas inspectivas y educativas tendientes a la implementación completa de las Buenas Prácticas de Manufactura y Control en la **industria farmacéutica nacional**, con avances muy importantes en las mismas. Como resultado de esta tarea ha habido un importante incremento en la contratación de Químicos Farmacéuticos en la industria, lo que se evidencia en los avisos de trabajo publicados durante todo este año.

En el área de alimentos, se realizaron más de 300 inspecciones a establecimientos elaboradores. Se realizó un control especial, en convenio con la Cámara Uruguaya de la Industria Salinera, sobre la venta de sal no apta para consumo humano. Se realizaron más de 2000 inspecciones y varias incautaciones de producto.

De acuerdo a una Resolución Ministerial del año 2002 la Dirección del Departamento de Medicamentos asumió la Presidencia de la Comisión Administradora de la CCCM.

Como tal se llevó a cabo una reorganización administrativa y una coordinación con el MSP. De esta forma se fortaleció la Unidad Funcional MSP/CCCM y las medidas adoptadas han logrado un fortalecimiento de las acciones del MSP ante desvíos de calidad.

Asimismo se impulsó la incorporación de tecnología de punta (equipo de Absorción Atómica y un HPLC automatizado) que fueron **donados** por la CCCM al **MSP**. Monto total de la donación : **U\$ 71.764**

Con el equipo de absorción atómica se amplía el espectro de especialidades farmacéuticas a controlar ya que representa incorporación de nueva tecnología (determinación de iones como sodio, potasio, calcio, magnesio etc en sueros, soluciones de hemodiálisis, multivitamínicos, etc.).

El HPLC automatizado va a permitir un mayor número de análisis tanto en dosificación como en la lectura final de las pruebas de disolución in vitro de formas sólidas orales.

### **Cooperación Técnica**

Esta División ejerció la Coordinación Nacional de un proyecto de cooperación con la FAO, para la prevención temprana del fusarium en el trigo. Este proyecto, debido a su éxito, fue tomado por la FAO como ejemplo de buena ejecución para proyectos de este tipo en el resto del mundo.

Se realizó una visita a la Food and Drug Administration de EEUU por parte de las Directoras de los Departamentos de Tecnología Médica y de Alimentos y Otros, para que se interiorizaran de la forma en que opera la FDA en estas áreas y pudieran establecer contactos que permitan una cooperación técnica a distancia (vía correo electrónico). Estos objetivos se cumplieron plenamente, habiéndose evacuado ya varias consultas por esta vía.

### **MERCOSUR**

El personal de la División participó en las actividades de MERCOSUR, tanto en reuniones presenciales como virtuales y en la preparación de las mismas. La actividad fue especialmente intensa durante el segundo semestre, en el cual Uruguay ejerció la Presidencia Pro Témpore. En particular, se participó en el SGT11 (Salud) y en el SGT3 (Alimentos), grupos en los cuales se lograron avances significativos en este período.

### **Capacitación**

El personal de la División asistió a distintos cursos de capacitación. Se cumple así con el objetivo de contar con personal técnico con un alto nivel de capacitación para el desempeño de sus tareas.

## Informatización

Se implementó un sistema informatizado que permite, además de llevar los registros de empresas, productos y directores técnicos, emitir los certificados correspondientes y hacer un seguimiento de los trámites, incluyendo los tiempos que demoran en cada sección. Con esta información se pueden detectar los cuellos de botella que se producen en los trámites y tomar las medidas para eliminarlos, bajando así los tiempos de los mismos.

### CUADRO DE OBJETIVOS

OBJETIVO	HERRAMIENTAS	CONTROL	PLAZO LIMITE
Reducción de los tiempos de trámites de habilitación y registro de empresas y productos en un 50%	Incorporación de personal. Simplificación de los procesos	Informes mensuales de los Departamentos	31 de julio de 2004.
Sistema informático integrado y funcionando en toda la División	Completar instalación del sistema en el Dpto. de Medicamentos	Informes mensuales generados por el sistema en cuanto a cantidad y tiempos de trámites	30 de abril de 2004
100% de las plantas productoras de medicamentos inspeccionadas	Incorporación de personal. Bajar tiempos de realización de informes	Informes del Departamento de Medicamentos	31 de diciembre de 2004
Proyecto de Fortalecimiento de la Vigilancia Sanitaria con PNUD aprobado	Completar proyecto	Proyecto aprobado	30 de abril de 2004
Proyecto de financiación sustentable del área de Vigilancia Sanitaria presentado y aprobado por el MEF	Realizar proyecto en el marco del proyecto con el PNUD	Proyecto presentado Proyecto aprobado	30 de junio de 2004 31 de agosto de 2004
Aprobar normativa sobre alimentos funcionales	Grupo de trabajo ya formado	Norma aprobada	30 de abril de 2003

Lograr una coordinación efectiva del control bromatológico por parte de la Intendencias Municipales, y demás organismos del Estado competentes, en nuestro carácter de Superintendencia de la Policía de los Alimentos	Formación de un grupo de trabajo con el Congreso de Intendentes, MGAP, LATU y otros que oriente las actividades de control bromatológico	Plan de acción y Actas del Grupo de Trabajo	30 de abril de 2004
--	--	---	---------------------

<b>OBJETIVO</b>	<b>HERRAMIENTAS</b>	<b>CONTROL</b>	<b>PLAZO LIMITE</b>
Elaborar propuesta de reglamentación sobre rotulación de repelentes de uso personal	Formación de Grupo de Trabajo con los involucrados	Propuesta presentada para su aprobación	31 de julio de 2004
Sustituir registro de cosméticos por notificaciones	Incorporación de normativa MERCOSUR	Norma aprobada	31 de julio de 2004
Capacitación permanente para el 100% de los funcionarios técnicos en temas relativos a sus áreas de trabajo	Cursos internos y externos	Informes mensuales de los Departamentos	31 de diciembre de 2004
Mejora de la atención farmacéutica. La farmacia como servicio de salud.	Mayor presencia del Químico Farmacéutico en la farmacia.  Actividades de divulgación de la atención farmacéutica.  Incremento de la frecuencia de inspecciones utilizando pasantes de la Facultad de Química, mediante	Normativa aprobada acerca de la presencia de los Directores Técnicos en las farmacias.  Informes mensuales del Departamento de Medicamentos	31 de diciembre de 2004

	convenio		
Creación del Centro Nacional de Farmacovigilancia en el MSP	Convenio del MSP con la Facultad de Medicina	Centro de Farmacovigilancia instalado y funcionando en el MSP	31 de marzo de 2004
Mejora de controles sobre algunos parámetros críticos de medicamentos, en particular la disolución <i>in vitro</i> de las formas sólidas	Incorporación de nuevos equipos de análisis realizada recientemente por la CCCM	Informes de la CCCM	31 de enero de 2004
<b>OBJETIVO</b>	<b>HERRAMIENTAS</b>	<b>CONTROL</b>	<b>FECHA LIMITE</b>
Reducción de los plazos de registro de medicamentos a 120 días.	Incorporación de personal. Creación del Trámite Urgente Simplificación de otros trámites en el Departamento. Pago previo del trámite	Informes mensuales del Departamento de Medicamentos	31 de Agosto de 2004
Realización de un Censo Nacional de Equipos Médicos	Personal ya incorporado a esos efectos	Censo realizado y publicado	31 de mayo de 2004
Creación de un Centro Nacional de Tecnovigilancia	Convenio con la Facultad de Ingeniería y/o Medicina	Centro de Tecnovigilancia instalado y funcionando	31 de agosto de 2004

**CUADRO RESUMEN DE OBJETIVOS GENERALES,  
ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES**

**I) Vigilar e identificar oportunamente los riesgos para la salud de la población**

**Objetivo Específico 1. Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) a nivel nacional.**

<b>ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EL 2003</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
1. Formación del grupo técnico para el desarrollo de la propuesta de reingeniería del sistema	Documento propuesta terminado	100%
2. Creación del centro único de notificación de eventos y enfermedades de notificación obligatoria.  2.1.Acondicionamiento del área física asignada 2.2.Reingeniería del sistema de comunicación 2.3 Asignación del personal a las tareas de recepción 2.4 Capacitación de los funcionarios en la tarea	Centro único de notificación de eventos y enfermedades de notificación obligatoria funcionando.	25%
3. Creación y desarrollo del la unidad de vigilancia de enfermedades no transmisibles	Sistema de VENOT funcionando	50%
4. Actualización del Listado y del Código de eventos y enfermedades de notificación obligatoria	Decreto de la Presidencia que actualice el código vigente	75%
5. Desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica Ambiental y Ocupacional	Propuesta de programa de vigilancia epidemiológica de eventos de exposición a contaminantes químicos ambientales y de intoxicación por plaguicidas (en proceso de implementación en coordinación con Vigilancia Epidemiológica)	50% (en proceso)
6. Difusión del procedimiento	100% de los técnicos	En proceso

a todos los centros asistenciales del país. 6.1 . Identificar referentes departamentales 6.2 Realizar un cronograma de talleres de difusión del sistema a nivel nacional 6.3 Capacitar equipos locales para la investigación epidemiológica	responsables de la notificación en conocimiento de la reformulación del sistema	
7. Registro de notificación de eventos y enfermedades de notificación obligatoria	- Incrementar en un 50% las notificaciones pasivas	
8. Implementar la búsqueda activa de casos a nivel nacional.	50% centros en Montevideo 50% centros en el Interior	
9. Fortalecimiento del Sistema VETA (talleres de actualización)	Incremento de las notificaciones en un 50%	
10. Incorporación de profesionales con formación en salud pública por concurso de oposición, méritos y entrevista.	Incorporación de 10 técnicos 3 en el área de salud ambiental 4 en el área de vigilancia epidemiológica 3 en el área de laboratorio de salud pública.	100% de los concursos realizados Falta efectivizar administrativamente e la incorporación del personal.
11. Reingeniería del Laboratorio de salud Pública  11.1 Elaboración del Proyecto de desarrollo  11.2 Firma del convenio entre el MSP y el I de H (FM) para la consolidación de un centro de vigilancia epidemiológica laboratorial  11.3 Acondicionamiento de la planta física asignada al lab en el I. de Higiene	Proyecto de desarrollo elaborado y presentado a las autoridades  Proyecto edilicio finalizado  Traslado del Laboratorio de Salud Pública y en funcionamiento	100%  en proceso  en proceso



**Objetivo Específico 2. Generar normativa, manuales de procedimientos y guías de manejo de enfermedades**

<b>ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EL 2003</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
1. Elaboración del Manual del Vacunador (Programa Ampliado de Inmunizaciones)	Manual impreso y distribuido	50% (en imprenta)
2. Elaboración del Manual de Vigilancia epidemiológica	Manual de VE publicado y distribuido.	15%
3. Elaboración del Manual para la Evaluación de Conflictos Ambientales.	Manual publicado y distribuido	50% (en imprenta)
4. Implementación de la normativa de control de trabajadores expuestos a contaminantes químicos (actualmente en jurídica)	<p>- Aportes al desarrollo de la creación de un Registro nacional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.</p> <p>- Trabajo en la implementación del Convenio 155 de OIT (sobre salud y seguridad en el trabajo), en la industria química</p>	50% (en proceso de firma del decreto y resolución correspondiente)
5. Guía para la vigilancia de <i>Aedes aegypty</i>	Publicación impresa y difundida a nivel nacional	100%
6. Guía de manejo de Leptospirosis	Publicación impresa y difundida a nivel nacional	100%
7. Guía de manejo de las Geohelmintiasis	Publicación impresa y difundida a nivel nacional	100%
8. Directivas para el manejo de SARS	Publicación impresa y difundida a nivel nacional	100%

9. Edición del Boletín epidemiológico	Publicación escrita y en pagina web	100% Publicado en pagina web , publicación en prensa
10. Guía de manejo de Chagas	Publicación impresa y difundida a nivel nacional	100%

**Objetivo Específico 3. Capacitar los recursos humanos en el área mediante la realización de talleres, cursos, pasantías, congresos, etc.**

<b>ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EL 2003</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
Taller de epidemiología ambiental con participación de la Dra. Mildred Maisonet, Asesora regional de OPS CEPIS.	Apoyo en la formación en el tema de los integrantes del departamento de salud ambiental y ocupacional y aportes con la participación de integrantes de otras instituciones afines	100%
Realización del Curso "Evaluación y Gestión de Riesgo" a cargo de Equipo Docente de la ENSP Fio Cruz- Rio de Janeiro en el marco de la cooperación de OPS/OMS y en coordinación con el Depto de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina	Capacitación de 25 técnicos con formación en salud pública	100%
I Reunión Internacional de la Red Latinoamericana de Vigilancia de las enfermedades crónicas	Formación de la Red Desarrollo de la vigilancia de enf. No transmisibles a nivel nacional.	100%  25%

**Objetivo Especifico 4- Fortalecer las coordinaciones interinstitucionales**

<b>ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EL 2003</b>	<b>INSTITUCIONES PARTICIPANTES</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
- Comisión Nacional de Inmunizaciones	MSP FM CHLAT	100%

- Comisión Nacional de Infecciones Intrahospitalarias		
- Comisión de Evaluación del Riesgo del Consumo de Vegetales Genéticamente modificados (CERV)	MVOTMA MGAP MSP	25%
- Comisión Interinstitucional para la implementación del Convenio de Estocolmo.	DINAMA MSP RETEMA MGAP	80%
- Participación activa en CONASSAT (Comisión Nacional de Salud y Seguridad en el Ambiente de Trabajo)	MSP MTSS BPS BSE REPRESENTANTE DE EMPRESARIOS Y TRABAJADORES	Fortalecimiento de la integración con otros ministerios y coordinación de las acciones de vigilancia y promoción de la salud de los trabajadores
- Participación en COTAOT, (comisión técnica asesora de ordenamiento territorial), constituida este año.	MVOTMA MSP OSE	100%
- Trabajo conjunto con DINAMA en el abordaje de varios conflictos ambientales.	MSP DINAMA	100%
- Implementación de pasantía de postgrados de Salud Ocupacional por el Departamento.	MSP UDELAR (FM)	100%
- Implementación de convenio con Facultad de Química para la realización del Estudio Epidemiológico de Cromo en Paysandú	MSP UDELAR	100% Se realizaron tareas de información a la población y toma de muestra para investigación epidemiológica.
- Comisión Nacional de Contaminantes Químicos Ambientales	MSP DINAMA RETEMA CODICEN OPP MVOTMA MTSS	100% Presidida por el MSP. Elaboración de material educativo Propuestas de normatización ambiental
- Coordinación con MGAP por	MSP	100%

tema plaguicidas	MGAP	
- Integración de equipo interinstitucional de investigación en el marco de proyecto OIEA	DINATEN MSP DINAMA UDELAR IMM	50% Formulación del Proyecto
- Participación en la comisión de trabajo insalubre	MSP BSE UDELAR (FM, FI) MTSS	100% de actividades

**II) Preservar la salud de las personas, promoviendo conductas, estilos de vida y ambientes saludables en la población.**

<b>ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EL 2003</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
1. Implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Ampliar cobertura al 98%	75% No se alcanzó la meta esperada
2. Campaña de Vacunación antigripal	99% de cobertura	100% Se administraron 350 000 dosis
3. Promoción de la Salud sexual y reproductiva	95% de centros de referencia para consulta en SSy R 95% de cobertura en métodos anticonceptivos en la población carenciada	100%
4. Coejecución en el sub componente 1.4 del Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo (INFAMILIA)	Formación de 50 técnicos del primer nivel de atención en SS y R.  Formación de 200 adolescentes promotores de salud para la prevención del embarazo adolescente	En proceso
5. Integración de la Alianza Nacional de Lucha contra el Tabaco	Concientización de la población, los profesionales de la salud, legisladores sobre la problemática del tabaco	

## EDICION DE MATERIALES EDUCATIVOS Y REVISTAS

<b>PUBLICACIONES PREVI- STAS PARA EL 2003</b>	<b>CANTIDADES</b>	<b>% DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVI- STAS A DIC 2003</b>
Revista de Salud Publica	3.000 ejemplares (2 volúmenes)	100%
Manual de Lactancia Materna	1.000	100%
Manual para el desarrollo de Huertas orgánicas	1.000	100%
Flujogramas de detección del riesgo nutricional	1.000	100%
Afiche de prevención de diarrea infantil	1.000	100%
Afiche de promoción del uso del suero oral	1.000	100%
Díptico: Prevención de diarrea infantil	10.000	100%
Díptico: Promoción del Suero Oral	10.000	100%
Díptico: Que es el cromo?	1.000	100%
Afiche: Vacunación	3.000	100%
Díptico: Vacunación	10.000	100%
Triptico: Uso responsable de la bicicleta	10.000	100%
Díptico: Salud Bucal	10.000	100%
Díptico Prevención del Dengue	100.000	100%
Manual de Atención Integral del Adolescente	2.000	100%

### III.4 División Servicios de Salud

Durante el año 2003, se ha definido como área prioritaria de acción el desarrollo de la División Servicios de Salud por constituir un área clave de la gestión del MSP en su rol de rectoría. En tal sentido, el MSP llevó adelante un proceso de reestructura interna de la División orientada a restablecer funciones consideradas estratégicas para el desenvolvimiento de las instituciones del subsector privado. En este marco, se han establecido 3 ejes de acción considerados esenciales:

- a. El fortalecimiento de la DSS en la elaboración de políticas específicas para el subsector privado, lo que significó la introducción de ajustes en el marco normativo que regula el funcionamiento de las instituciones.

- b. La regulación del desarrollo de las instituciones de salud, estuvo acompañada de un impulso a actividades de seguimiento de los indicadores vinculados al campo económico financiero, organizacional y de calidad de la atención brindada a los usuarios.
- c. En el establecimiento de bases para la incorporación de un desarrollo tecnológico que tomara en cuenta las necesidades epidemiológicas de la población, de manera que la introducción de nuevas técnicas se encuentre enmarcada en criterios de evidencia y racionalidad.

Con la finalidad de asegurar la calidad de las prestaciones y el correcto funcionamiento de los servicios de atención públicos y privados, una resolución ministerial de fecha 15 de mayo de 2003 estableció, en forma precisa, los cometidos y atribuciones de la División Servicios de Salud.

La División se organiza funcionalmente en 4 Departamentos: Habilitación de Servicios de Salud, Control de Gestión, Evaluación de Calidad de los Servicios de Salud y Habilitación y Control de Profesionales.

La División Servicios de Salud (DSS) tiene los cometidos de regular el funcionamiento técnico y fiscalizar la gestión económica de las instituciones asistenciales privadas y públicas. Asimismo se ha abocado al desarrollo de normas y procedimientos para que los usuarios del sistema de salud asuman un rol activo como controladores de las instituciones.

- **Departamento Control de Gestión**

**Cometidos principales:**

- Asesorar e informar en la toma de decisiones referidas al control financiero de los servicios de salud privados.
- Asesorar en el proceso de autorización de nuevas instituciones médicas, y la aprobación de proyectos de creación, ampliación o modificación de servicios.
- Mantener actualizada la base de datos del sistema de salud.
- Controlar el cumplimiento del marco regulatorio del sector.
- Elaboración de informes sistematizados de los Estados Contables 2001-2002, recibidos de 45 IAMC.

**Actividades desarrolladas:**

- Reuniones con contadores de las IAMC que presentaron Estados Contables ajustados por Inflación, a efectos de analizar criterios empleados.
- Puesta en marcha del procedimiento de visación de Estados Contables a ser publicados por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
- Definición de nuevo formato de Estados Contables a ser entregados por las IAMC a partir del cierre de ejercicio 2003.

- Comienzo de recepción de Estados Contable de Instituciones de Asistencia Privada Particular.
  - **Actuaciones en CIMA e IMPASA, en conjunto con el Departamento de Evaluación de Calidad, tanto en visita a la Institución como participando en reuniones con sus autoridades y los representantes de Sindicatos de Base.**
- Mantenimiento de la base de datos de RUCAF, con sucesivas instancias de intercambio con las Instituciones, en procura de mejorar la calidad de la misma.
- Emisiones de constancias para personas dadas de baja del sector mutual, para ser asistidas en el sector público.
- Elaboración de información del SINADI solicitada por terceros, en relación de datos económicos y asistenciales.

#### **Participación en:**

- Grupo de Gestión de la Comisión Multisectorial
- Comisión de revisión del Marco Normativo Vigente
- Comisión de revisión de Aranceles
- Tribunal de Concurso para cargos en la División Servicios de Salud
  - **Departamento Habilitación de Servicios de Salud**

#### **Cometidos principales:**

- Habilitar el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados.
- Controlar las condiciones de los mismos.
- Actualizar periódicamente las normas que rigen en la materia.

#### **Actividades desarrolladas:**

- Habilitación en Montevideo e interior de policlínicas, servicios de emergencia, centros de atención, casas de ópticas, etc.
- Fueron habilitados durante el 2003 un total de 64 servicios y se encuentran en proceso de finalización del trámite otros 15 servicios.
- Inspecciones técnicas para evaluar el funcionamiento de los servicios habilitados y de aquellos que iniciaron actividades durante el año.
- En las áreas médicas y odontológicas se realizaron en Montevideo e interior un total de 600 inspecciones.
- Se realizaron 160 inspecciones de relevamiento en Laboratorios de Análisis Clínicos.

- **Recepción y evaluación de trámites de solicitud de habilitación de servicios privados de cobertura parcial médica y odontológica, de emergencia e intermediadoras de salud.**
  - Habilitación y fiscalización de instituciones que alojan ancianos (casas de salud, hogares de ancianos, residencias, etc.), tanto en Montevideo como en el interior del país.
  - Se totalizaron 270 inspecciones, 180 en Montevideo y 90 en el interior del país.
  - Fueron habilitados 6 establecimientos y culminaron los trámites otros 10.
  - El total de expedientes informados ascendió a 802.
  - El Sector Ópticas efectuó un total de 78 inspecciones y fueron habilitadas 20 ópticas.
    - **Evaluación y seguimiento de denuncias de mal funcionamiento de los servicios de asistencia, realizándose la correspondiente investigación.**
      - Implementación de un Banco de Datos de los servicios de salud a efectos de contar con una herramienta de información para el seguimiento y control de los mismos.
      - Fiscalización del cumplimiento de la normativa vigente (Decreto No. 416/02 de 10 de octubre de 2002) relativo a las estructuras físico asistenciales de los servicios de salud.
      - Participación en la Primera Reunión de la Sub Comisión Prestación de Servicios de Salud del MERCOSUR.
      - Elaboración del Proyecto de Cooperación Técnica del Organismo Internacional de Energía Atómica, denominado “Garantía de Calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer con radiaciones ionizantes en el Uruguay”.
      - Coordinación del taller sobre Control de Calidad en Oncología Radioterápica que se celebró entre el 17 y 21 de noviembre , conjuntamente con la OPS.
      - Organización del Sexto Encuentro con autoridades de Asociaciones de Residencias y Hogares de adultos Mayores, que se celebró el 22 de diciembre.
- **Departamento Evaluación de Calidad de los Servicios de Salud**

### **Cometidos principales**

Implementar un programa de evaluaciones periódicas de los servicios de salud a fin de asegurar la calidad de la atención.

Establecer herramientas de alerta temprana para detectar los problemas sanitarios y asistenciales.



Regular y controlar todo tipo de empresas asistenciales.  
Atender denuncias presentadas contra instituciones, profesionales y técnicos de la salud.

### **Actividades desarrolladas**

- Evaluación de servicios asistenciales: las visitas inspectivas durante del año 2003 se distribuyeron de la siguiente manera:  
35 a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo,  
25 a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva del Interior,  
8 a emergencias móviles,  
29 a seguros parciales, integrales, centros de diálisis y otros.  
Durante el conflicto de funcionarios de ASSE se realizaron un promedio de 2 a 3 inspecciones semanales en cada uno de los centros ocupados, y una reunión de coordinación diaria con los equipos de Dirección Hospitalaria en las oficinas centrales.
- Sistema de Información Asistencial: Durante el primer semestre del año se ajustaron las definiciones de los indicadores asistenciales del nuevo sistema de información en coordinación con la Administración de los Servicios de Salud del Estado, se realizaron 4 talleres (3 en Montevideo y uno en el Interior) con los responsables de registros médicos y del área de informática de todas las Institución de Asistencia Médica Colectiva del país.
- Atención a las denuncias y reclamos de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados. Se tramitaron vía expediente alrededor de 900 denuncias.
- Coordinación del grupo de trabajo multisectorial para la elaboración de la canasta de prestaciones de las Institución de Asistencia Médica Colectiva.
- Participación en representación de la DIRECCION GENERAL DE LA SALUD en el equipo que coordinó la elaboración de las pautas de acreditación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada.
- Participación en la Comisión de Infecciones Hospitalarias que funciona en la órbita del FNR.
- Organización del Taller de atención pautada, de una semana de duración, en coordinación con OPS, Facultad de Medicina y Hospital Militar, con participación de 20 personas de servicios públicos y privados de atención médica.
- Participación en la Comisión de revisión del Marco Regulatorio Vigente.
- Implementación de un Tribunal de Concursos para evaluar aspirantes a cargos en la División Servicios de Salud

- **Departamento Habilitación y Control de Profesionales**

### **Cometidos principales**

- Habilitar el ejercicio de profesionales médicos, técnicos y auxiliares de la salud.

- Coordinar con las instituciones formadoras pautas de adecuación de los recursos humanos en salud.
- Proponer políticas de re-certificación de profesionales y técnicos.
- Monitorear el mercado laboral y la formación de los recursos.

### **Actividades desarrolladas**

- Reglamentación del registro de los profesionales de la salud.
- Contralor del ejercicio profesional en el campo de la salud.
- Coordinación con unidades del Ministerio de Educación y Cultura y Universidad de la República en temas vinculados a la formación y ejercicio profesional.
- Participación en el Grupo de Trabajo de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, relacionado con la Educación Médica Continua y Permanente y la posterior Recertificación de Profesionales.
- Elaboración de un registro único de profesionales, técnicos y auxiliares, que contiene los registros básicos mínimos que contempla el MERCOSUR para la implementación de un registro informatizado.

## **IV. Fortalecimiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva**

### **IV.1 Proyectos de reconversión del mutualismo**

En el correr del año 2003 se cumplieron las siguientes etapas.

Se procedió a realizar los desembolsos de fondos correspondientes al primer tramo del préstamo concedido a las instituciones, lo que implicó un proceso de auditorías de las facturas presentadas por las mismas, para su validación previo al pago.

Se recibió en los meses de abril-mayo la reformulación de los proyectos efectuadas por las IAMC con proyecto aprobado, a fin de adecuar las pautas de proyección al nuevo contexto global.

Se recibió analizó y se aprobó el proyecto de fortalecimiento presentado por la Asociación Española.

- Se dio comienzo al proceso de contralor de ejecución de los proyectos, habiéndose realizado en el transcurso del año dos instancias de evaluación, con el cierre de información en los meses de marzo y junio.
- Con este último análisis se elaboraron informes de evaluación de cada una de las instituciones, y se asesoró al Comité Interministerial del Programa sobre la pertinencia de proceder al segundo desembolso del crédito.
- Sobre esta base el Comité Interministerial procedió a aprobar dos proyectos y realizar diversas observaciones a las cuatro restantes, que deberán ser levantadas en forma previa a la realización del segundo desembolso.

- Una institución de las siete con crédito aprobado no tuvo evaluación para habilitar el desembolso, pues su proyecto se encuentra desfasado con respecto al resto en un semestre.
- El total de créditos desembolsados es el siguiente:

• CASMU	U\$S	8.882.720
• CIRCULO CATÓLICO	U\$S	1.564.570
• ESPAÑOLA	U\$S	6.522.636
• HOSPITAL EVANGÉLICO	U\$S	1.088.710
• IMPASA	U\$S	1.344.665
• SMI	U\$S	1.113.945
• UNIVERSAL	U\$S	785.890

**TOTAL U\$S 21.303.136**

Las empresas están abonando los intereses devengados en forma mensual.

## **IV.2 Apoyo a la División Servicios de Salud**

En apoyo a dicha División se asignaron técnicos para la realización de tareas de análisis de balances de empresas, diagnósticos de situación, y diversos estudios del área económica.

Se realizó un diagnóstico de situación de los sistemas de información, realizando recomendaciones para su ajuste.

## **IV.3 Informes técnicos**

Se terminó la elaboración de tres informes técnicos, que abarcan los siguientes aspectos de la problemática del sector mutual

- Financiamiento del sector y propuesta de modelo alternativo
- El régimen laboral del sector y recomendaciones
- La atención primaria en salud. Recomendaciones de política y acción

## **IV.4 Presentación de informes al BID sobre cumplimiento de contrato de préstamo**

Durante el año se presentaron los informes de avance del proyecto que marcaba el contrato de préstamo.

Se presentó el informe final del Proyecto en el mes de noviembre, el cual fue aprobado por las autoridades del BID, con lo cual se obtuvo la realización del tercer desembolso previsto en el contrato de préstamo por un total de U\$S 25.000.000. Este desembolso fue recibido en el mes de diciembre.

## **NUMERO DE FUNCIONARIOS:**

Funcionarios a marzo de 2003:	24 personas
Funcionarios a diciembre de 2003:	6 personas

## **V. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)**

### **V.1 Definición del modelo organizativo y de gestión**

Las principales líneas estratégicas desarrolladas por ASSE en el presente ejercicio deben considerarse dentro del marco de las definiciones asumidas en los años precedentes de la actual administración. En este sentido resulta necesario realizar una breve descripción de la imagen objetivo de mediano plazo que ASSE definiera en el año 2000 consistentemente con la misión y con la visión institucional oportunamente definidas en el contexto del proceso de planificación estratégica para el quinquenio 2000 – 2005.

A punto de partida de la necesidad de mejorar la eficiencia de ASSE y en particular la de sus unidades ejecutoras, y concordante con la necesidad de adecuar el modelo organizativo de los hospitales y centros de atención a la realidad epidemiológica de la población, se identificó como problema prioritario en años precedentes, la necesidad de introducir cambios sustanciales tanto en el modelo de gestión como en el modelo de atención vigentes.

Los problemas organizacionales identificados como elementos implicados en los niveles de ineficiencia de la institución, se vinculaban en gran medida al carácter fuertemente centralista de la administración de los servicios. La escasa autonomía de los directores de los hospitales en el manejo de los recursos como consecuencia lógica de ese centralismo, ha operado históricamente como justificativo en la ausencia de responsabilidades por los resultados económicos y asistenciales alcanzados en el ámbito local. Los aspectos negativos de esta situación propia de los hospitales de ASSE se suman a algunas características funcionales que son comunes a todos los servicios de salud cualquiera sea su naturaleza. Los hospitales operan como burocracias profesionales en las que el nivel de gasto es, en gran medida, función directa de la práctica médica, que a su vez reconoce una importante variabilidad. Como consecuencia de ello se deriva la existencia de un margen de incertidumbre mayor que en otro tipo de organizaciones respecto al nivel de gasto futuro. La gestión de estos aspectos requiere la aplicación de un modelo de dirección que trasciende el modelo clásico de gestión unipersonal centrada en la figura del director.

La resultante natural de la conjunción de todas estas variables en los hospitales de ASSE era un escenario en el que primaba la ausencia de incentivos a la eficiencia, que se traducía históricamente en cierres de ejercicio con déficits presupuestales que de manera retrospectiva eran financiados por un tercero (Rentas Generales)

En razón de lo expresado se definió como necesario un cambio que abarcara las diferentes dimensiones del problema

Por un lado se introdujeron mecanismos tendientes a dotar de mayor autonomía a la gestión de las unidades ejecutoras mediante un proceso de **desconcentración y descentralización** crecientes.

Para que esto fuese factible se definió para los hospitales un modelo de gestión participativo basado en la figura de los equipos de dirección. Este modelo, herramienta fundamental del cambio propuesto, posibilitaría además la introducción de elementos de descentralización al interior de los propios hospitales.

Todo este proceso requirió y aún requiere una fuerte inversión en materia de **capacitación de recursos humanos** y de profesionalización de los cuadros gerenciales de forma tal de hacer factible la descentralización y el desarrollo de las nuevas funciones, cometidos y responsabilidades de las direcciones de las unidades ejecutoras. En este sentido es de destacar la incorporación de contadores como gerentes financieros a los equipos de gestión, lo cual ha tenido un importante impacto en los resultados alcanzados por los hospitales en los últimos ejercicios.

En línea con estos conceptos a partir del año 2001, las asignaciones presupuestales de los rubros de gasto de funcionamiento se realizaron de manera global, de forma tal de posibilitar un manejo de los créditos disponibles más flexible y adecuado a la realidad de cada hospital. Como contrapartida, esta flexibilización supuso un mayor grado de responsabilidad exigible a las direcciones de las UE.

Este cambio al nivel de los hospitales requería además una modificación más general que alcanzara a las estructuras centrales de ASSE y que diera un marco estructural adecuado en términos de modelo organizativo del sistema. Se entendió necesario entonces introducir cambios en los vínculos de relacionamiento entre ASSE y sus unidades ejecutoras, que fueran a la vez consistentes con el modelo de desconcentración – descentralización, a través de la redefinición de sus roles respectivos. En este sentido se entendió conveniente hacer de alguna manera explícita las figuras de los tres agentes que intervienen en cualquier sistema de salud; esto es el agente financiador, el proveedor o prestador de los servicios y el usuario.

Este último aspecto, recogido en el decreto de reestructura del año 2001, posiciona a ASSE como un organismo financiador que regula la red de servicios asistenciales y se encarga de definir las políticas asistenciales institucionales. Dentro de este marco ASSE “compra” a sus UE las prestaciones asistenciales destinadas a sus beneficiarios, para lo cual “negocia” con ellas sus presupuestos sobre la base de objetivos asistenciales y de gestión predefinidos y acordados finalmente en **compromisos de gestión** a evaluar de manera periódica.

Este cambio además supone modificaciones en la forma de asignación presupuestal. Tradicionalmente la asignación ha sido de carácter histórico y en virtud de los aspectos de gestión mencionados precedentemente, han sido en gran medida de carácter retrospectivo. A fin de revertir esta realidad se ha fijado como objetivo la

instrumentación de mecanismos que permitan trascender el modelo de asignación presupuestal tradicional hacia uno de tipo prospectivo.

Los pasos intermedios que necesariamente hay que recorrer para alcanzar un objetivo de este tipo, implican: una adecuada definición del tipo y del volumen de las actividades asistenciales que competen a cada UE; una redefinición con criterios explícitos de la interrelación de las UE entre sí en un contexto de red; la redefinición del sistema de información asistencial, incluida la definición de los indicadores de gestión a utilizar, y un correcto conocimiento de la población beneficiaria de cada una de ellas en su doble dimensión demográfica y epidemiológica.

El primer aspecto ha sido objeto de un profundo trabajo de investigación y diseño programático de la red de servicios. Este se tradujo en una propuesta concreta de **organización de la red** que incluyó la categorización de cada UE en función de las prestaciones que brinda, de la complejidad de su gestión y de la población potencialmente usuaria de sus servicios. El nivel de complejidad de cada UE fue definido teniendo en cuenta el concepto de regionalización sanitaria atendiendo a criterios de mayor calidad y eficiencia.

La **identificación y caracterización de los usuarios** de ASSE se ha convertido en uno de los principales objetivos de la administración por cuanto resulta en el momento actual el factor limitante y a la vez determinante de la profundización en la implantación del modelo de gestión descrito anteriormente.

- **Redefinición del modelo de atención**

Para ASSE el cambio del modelo de gestión como proceso fundamental en el logro de mejores niveles de eficiencia (que repercute sin duda en la calidad de las prestaciones), debe acompañarse del cambio en el modelo de atención. Este ha sido planteado como un objetivo principal desde comienzos de la actual administración. Habiendo alcanzado avances significativos en el modelo de gestión resultaba prioritario profundizar los cambios en materia de modelo asistencial, sin descuidar los aspectos precedentes.

Mucho se ha hablado y discutido en relación con la necesidad de operar cambios que adecuen el modelo de atención a la realidad demográfica epidemiológica de la población. Sin embargo es posible advertir escasos logros en el sistema de salud en su conjunto.

Para el caso de ASSE existe un doble desafío en este tema ya que su modelo de atención debe dar adecuada respuesta a los problemas sanitarios de una población cuyos patrones de morbilidad y de mortalidad son en términos generales similares a los de población general, pero en la que además, en razón de su estructura demográfica, los problemas sanitarios propios de las poblaciones jóvenes adquieren importancia capital.

Por lo tanto las respuestas organizativas no sólo deben orientarse a dar respuesta eficiente a las patologías crónico degenerativas, que afectan sobre todo a la población adulta y al adulto mayor, sino que para el caso de ASSE es necesario

mantener la prioridad en los servicios orientados a la población de mayor vulnerabilidad, representada por niños, adolescentes y mujeres.

Por otra parte, la realidad del país en relación a su estructura demográfica pone de relieve la importancia de los adultos mayores en términos cuanti - cualitativos, lo que obliga a establecer enfoques sanitarios orientados específicamente a este grupo de población de forma tal de reconocer sus particularidades, trascendiendo la aplicación exclusiva del enfoque tradicional por patologías.

No obstante lo señalado tanto se trate de acciones dirigidas a uno u otro grupo de población, la estrategia a implementar apunta a fortalecer las acciones de promoción y prevención y a mejorar sustancialmente la capacidad de respuesta del primer nivel de atención. Es importante resaltar que el modelo no puede sustentarse en la falsa oposición entre prevención y asistencia, tan extendido hoy día. Por definición la atención médica comprende un enfoque integral que supone que todo acto médico abarca aspectos de promoción, de prevención, de recuperación de salud y de rehabilitación. Mejorar el nivel de resolutivez del primer nivel, que representa una necesidad objetiva, implica sin lugar a dudas una mejora de la instrumentación de acciones de recuperación de salud en los servicios que integran el mencionado nivel. Sin embargo esto no supone necesariamente priorizar los aspectos curativos. El problema del modelo vigente se centra en la importancia relativa que se le asigna a cada nivel de atención y a la ineficiencia derivada de la inadecuación existente entre los recursos utilizados y consumidos en niveles de alta complejidad para atender necesidades de la población que son potencialmente solucionables en niveles menos complejos y por tanto de menor consumo de recursos. Desde esta perspectiva de análisis resulta claro que los aspectos clave del proceso de cambio se centran en el redireccionamiento de los recursos y los esfuerzos hacia el primer nivel de atención y en el incentivo a un mayor desarrollo de los aspectos preventivos y de promoción (fundamentalmente en el primer nivel de atención pero sin excluir los restantes niveles) evitando de esta manera la fragmentación del proceso de atención médica que genera el mencionado concepto centrado en la falsa dicotomía entre prevención – asistencia.

Es necesario reconocer que en esta materia existen experiencias concretas en distintos puntos de la red de servicios de ASSE en los que el primer nivel de atención ha tenido un importante desarrollo. Asimismo, existen sobre todo en el interior del país experiencias de implementación relevantes de estrategias de atención primaria de salud (APS) No obstante es oportuno y necesario recalcar en este punto que la APS es una estrategia multisectorial, y como tal supone la participación de diferentes actores sin los cuales el sector salud no puede llevar adelante el proceso de su implementación. Corresponde sí a los efectores sanitarios liderar este proceso y en el ámbito de sus competencias iniciar el proceso mediante el fortalecimiento de los servicios del primer nivel de atención.

Dada esta realidad de desarrollos locales de diferente magnitud e importancia se consideró necesario intentar homogeneizar los procesos, respetando las particularidades locales, mediante la instrumentación de una política activa desde el nivel central tendiente a jerarquizar y fortalecer la atención en el primer nivel e incentivar el desarrollo de la APS.

Parece oportuno destacar en relación a los cambios de modelo de atención, el rol que ha desempeñado ASSE con relación a la atención de la salud mental, en la que el modelo que ha desarrollado en los últimos años se ha constituido en un elemento de punta a la hora de evaluar la atención de la patología psiquiátrica en nuestro país.

El modelo impulsado por ASSE se ha constituido de alguna manera en un referente paradigmático por cuanto constituye una respuesta concreta a una realidad epidemiológica que cada vez adquiere mayor relevancia en términos de salud de la población, y a la que el sector privado no ha podido responder mediante la instrumentación de alternativas eficientes. El valor del modelo de ASSE se sustenta además en la importancia que el mismo le asigna a la atención ambulatoria en el primer nivel de asistencia, lo que pone de manifiesto la trascendencia que éste adquiere como vía final común de mejora de la calidad y de la eficiencia en la atención de los pacientes.

- **Objetivos proyectados para el año 2003**

De acuerdo al marco de referencia reseñado precedentemente, se definió en la Memoria anual 2002, los siguientes objetivos generales para el ejercicio 2003:

- *“Crear Oficinas DAPS a nivel de los Hospitales públicos y organizar redes locales de salud mediante la coordinación de servicios en el primer nivel de atención, que implique una reorientación del modelo de atención.”*
- *“Continuar con la modernización de las estructuras organizativas y asistenciales destinadas a mejorar la atención de la población usuaria, ampliando el número de compromisos de gestión hasta alcanzar a la totalidad de las Unidades Ejecutoras.”*
- *“Implementar la compra de insumos mediante la Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado.”*
- *“Proseguir con la identificación positiva y la caracterización de los usuarios mediante la plena instalación del Sistema de Identificación.”*
- *“Profundizar el mejoramiento de la capacidad de gerenciamiento de las UE para lograr mejores niveles de eficacia y eficiencia en los servicios brindados.”*
- *“Promover un cambio de imagen de ASSE fortaleciendo la atención personalizada al usuario, la desconcentración de las UE y desarrollando actividades de capacitación de los recursos humanos.”*



## **V.2 Contexto del año 2003.**

- **Condicionantes generales.**

La realidad económica instalada en el país desde mediados del año 2002 ha determinado la necesidad de adecuar algunos objetivos a las condicionantes imperantes, al tiempo que ha exigido a todos los actores institucionales la definición de alternativas creativas e innovadoras en un contexto altamente restrictivo.

La incertidumbre financiera que aquejó al país con fuerza sobre todo en la primera mitad del presente año determinó una moderación de las etapas de avance previstas para la implementación de los cambios descritos anteriormente.

Los créditos presupuestales habilitados al inicio del ejercicio sin ajuste a las pautas inflacionarias registradas en el año 2002, en un contexto incierto respecto a la evolución de este indicador, sumado a los problemas financieros derivados de la disponibilidad de un cupo financiero mensual que se ubicó a lo largo de todo el año por debajo del crédito asignado, - lo que no permitía hacer frente a las obligaciones contraídas con los proveedores en tiempo y forma -, y el atraso registrado en el pago a los mismos por insumos y prestaciones brindadas en el pasado ejercicio, actuaron como variables sumamente restrictivas en la gestión de ASSE y de los hospitales, por cuanto dio lugar a que los proveedores adoptaran conductas que en ocasiones imposibilitaba el correcto aprovisionamiento de materiales y la adecuada disponibilidad de servicios. A esto se agregó un incremento sumamente significativo de los costos en razón de la variación de precios de los insumos extranjeros que en virtud de la modificación de la política cambiaria determinó un incremento significativo de los mismos medidos en pesos.

Para enfrentar esta situación, se instrumentó la Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines que posibilitó un flujo adecuado de fármacos y materiales médico quirúrgicos esenciales para el funcionamiento de las UE, eso no impidió que existieran dificultades para mantener el suministro de otros servicios cuya modalidad de compra se mantuvo dentro de los mecanismos habituales sujetos a un pago a crédito con plazos inciertos. Asimismo los refuerzos de crédito registrados en agosto en un porcentaje prácticamente equivalente al incremento del Índice de Precios al Consumo operaron como paliativos que hicieron factible el mantenimiento de un funcionamiento adecuado el resto del ejercicio. No obstante la incertidumbre que hasta el mes mencionado se mantuvo respecto a la posibilidad de contar con un refuerzo de crédito presupuestal hizo que la planificación fuese totalmente contingente y de muy corto plazo, sin que se generaran condiciones propicias para el desarrollo de planes consistentes con los objetivos estratégicos quinquenales.

- **Condicionantes sectoriales**

A las condicionantes generales muy brevemente descritas en el párrafo precedente, se agregaron otros factores propios del sector que afectaron y afectan de manera directa o indirecta a ASSE.

La crisis del sector privado, los niveles de desocupación elevados y la caída del poder de compra de la población, dieron lugar a un incremento de la población potencialmente usuaria de los servicios públicos. Si bien no es posible cuantificar este crecimiento en función de la ausencia aún de mecanismos de “reclutamiento” continuo de los beneficiarios de ASSE, la pérdida de alrededor de 180.000 afiliados por parte del sistema de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en los últimos dos años, hace pensar que la población usuaria de ASSE se incrementó en una cifra similar. Este fenómeno hacía prever una presión de demanda elevada, superior a la registrada en años precedentes, la cual en términos generales no fue significativa. Las explicaciones de estos hechos no son claras ya que no existe información suficiente. Entre otras cosas sería interesante evaluar como puede haber incidido el fenómeno migratorio.

### **V.3 Principales logros alcanzados en el año 2003**

- **Profundización del modelo de cambio en la gestión**

#### Compromisos de Gestión:

Dentro de las actividades destinadas a fortalecer los procesos de desconcentración de las Unidades Ejecutoras de ASSE, se continuó con la política de relacionamiento de los hospitales con la estructura central de ASSE a través de Compromisos de Gestión.

Las condicionantes externas hicieron que el proceso se viese enlentecido en razón de los niveles de incertidumbre financiera. En la medida que las disponibilidades económicas y financieras condicionaban fuertemente los créditos presupuestales se procedió en una primera etapa a la firma de un compromiso de gestión de carácter general en el que quedaron establecidos, los principales objetivos de ASSE para el año 2003. Mediante este mecanismo se buscaba la adhesión de la totalidad de las UE a esos objetivos considerados de importancia estratégica fundamental.

Los objetivos estratégicos definidos en esos compromisos se refieren a:

1 - Mejorar la eficacia y la eficiencia en la gestión de la Unidad Ejecutora, de forma de asegurar la cobertura de salud a sus beneficiarios, y avanzar en un proceso de diferenciación de las funciones de financiador por parte de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y de prestador de servicios de salud por parte de las Unidades Ejecutoras.

2 - Desarrollar y optimizar el primer nivel de atención en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), y racionalizar el segundo y tercer niveles de complejidad.

Posteriormente, se adecuaron los compromisos de gestión para cada U.E. y se firmaron los correspondientes documentos con cada una de ellas

Se destaca que de acuerdo a la experiencia del año precedente, que permitió visualizar algunas dificultades en la consecución de los objetivos planteados en los compromisos de gestión por causas no atribuibles a ninguna de las partes, sino a

problemas de diseño del instrumento, para el presente año se introdujeron modificaciones que hicieron más factibles el seguimiento y evaluación de los mismos y su aplicación efectiva.

Esta reformulación de los compromisos sobre la base de la definición de objetivos de más corto plazo y mayor adecuación a las realidades desde la perspectiva de los hospitales, se vio en cierta forma validada en ocasión de la realización del Taller Técnico sobre Gestión Hospitalaria” realizado el día 19 de noviembre de 2003 dentro del marco del Encuentro Subregional de Países del Cono Sur, Brasil y Francia sobre Gestión Hospitalaria. En esa oportunidad los participantes extranjeros con experiencia en el manejo de compromisos de gestión consideraron que la herramienta de los compromisos o acuerdos de gestión entre el organismo financiador y el proveedor de los servicios debía acotarse en sus alcances a efectos de su factibilidad operativa.

#### *Proyecto de Transferencia de Tecnología en Gestión Hospitalaria:*

Durante el año 2003 se verificó la ejecución del tercer año del “Proyecto de Transferencia de Tecnología en Gestión Hospitalaria”, celebrado entre el MSP / ASSE y la Universidad de Montreal en conjunto con el Hospital asociado “Sainte Justine”.

El mismo tiene por objetivo fortalecer el proceso de descentralización mediante la transferencia de conocimientos y experiencia en la implantación de un modelo de descentralización de gestión a la interna de los hospitales. Este proceso que supone la conformación de pequeños equipos de gestión clínico – administrativos posibilita el involucramiento y la responsabilización de los médicos clínicos en la gestión de su servicio, al tiempo que posibilita al administrador contar con elementos de juicio adicionales centrados desde la perspectiva de los servicios.

El proyecto se desarrolla con el apoyo de la Agencia Canadiense de Cooperación (ACDI) que financia exclusivamente las misiones de los técnicos canadienses y los gastos de funcionamiento de los eventos de intercambio y formación académica de los destinatarios del proyecto.

En el presente año, el proyecto que se inició y desarrolló durante los dos primeros años en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en el Hospital Maciel, se extendió a los hospitales de Florida y Tacuarembó.

Se destaca que tanto en el Hospital de la Mujer como en el Hospital Pediátrico, los equipos de gestión clínico administrativo conformados dentro del marco de este Proyecto constituyen instancias de gerenciamiento permanentes que posibilitan la activa participación de los Jefes de Servicio en la planificación y ejecución de actividades del hospital.

En la actualidad los equipos se encuentran abocados a la definición de los cuadros de mando propios de cada servicio y a la definición de guías clínicas y pautas de diagnóstico y tratamiento especialmente adecuados a la realidad de sus hospitales

### Reformulación del sistema de información asistencial:

Se elaboró un nuevo instrumento informatizado para la recolección y procesamiento primario de los indicadores de producción y utilización de servicios de todas las UE.

Este instrumento permitirá obtener datos e información más detallada del desempeño de las UE a través de los indicadores de gestión seleccionados.

Se definió el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) a registrar en forma obligatoria al egreso de cada paciente, orientados a su posterior agrupamiento en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

El Sistema de Clasificación de Pacientes basado en GRD ha sido seleccionado por ASSE en su estrategia orientada a mejorar la calidad de la información, para posibilitar una evaluación más adecuada de la gestión de sus UE.

Asimismo la implementación futura de este sistema permitirá introducir mecanismos de ajuste por riesgo en el proceso de asignación presupuestal.

Se diseñó además una hoja de cierre de historia clínica, que apunta a homogeneizar los formularios asistenciales, concomitantemente con su utilización en el ingreso normatizado y sistematizado de datos para el procesamiento y análisis de la información.

Se comenzó a utilizar una metodología de cálculo de costos de producción por Unidad Básica de Atención, a los efectos de comparar los costos entre UE de similares niveles de gestión.

### Fortalecimiento de las capacidades gerenciales y políticas de capacitación:

#### a) Seminarios sobre Gestión Clínico Administrativa

Las actividades de capacitación en habilidades gerenciales destinadas a la alta gerencia y mandos medios de los hospitales se vieron reducidas en el presente año como consecuencia de las restricciones económicas imperantes. No obstante se desarrollaron dos “Seminarios sobre Gestión Clínico Administrativa” de 40 horas curriculares de duración cada uno dentro del contexto de desarrollo del “Proyecto de Transferencia de Tecnología en Gestión Hospitalaria”.

El primero de estos seminarios se desarrolló en Montevideo en el mes de abril y estuvo dirigido a 40 personas integrantes del equipo de dirección, mandos medios y jefes de servicios clínicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, del Hospital Maciel y del Hospital de Florida.

El segundo se realizó en el departamento de Paysandú en el mes de noviembre y tuvo por objetivo la capacitación en gestión clínica de 35 personas pertenecientes a cuadros gerenciales, mandos medios y jefes de servicios clínicos de los hospitales de Paysandú, Salto, Rivera y Artigas.

Participaron como docentes en los seminarios, técnicos canadienses y técnicos uruguayos integrantes de la estructura de ASSE.

b) Encuentro Subregional de Países del Cono Sur, Brasil y Francia sobre Gestión Hospitalaria

Otra instancia de capacitación en el área de gestión se refiere a la realización en el Ministerio de Salud Pública los días 17, 18 y 19 de noviembre del “Encuentro Subregional de Países del Cono Sur, Brasil y Francia sobre Gestión Hospitalaria”. El evento fue organizado por ASSE, la Organización Panamericana de la Salud y la Cooperación Francesa de la Embajada de Francia en el Uruguay y tuvo por objetivos:

Discutir los desafíos y las tendencias en gestión hospitalaria, propiciar el intercambio de experiencias exitosas de transformación de la gestión, debatir sobre las estrategias para facilitar el cambio y presentar el libro “La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe”, co-producido por la Cooperación Francesa y la OPS/OMS.

El evento se complementó con un “Taller Técnico sobre Gestión Hospitalaria” limitado a los directores de hospitales de ASSE y los participantes extranjeros, en los que se abordaron los siguientes temas: “El proceso de descentralización y los compromisos de gestión”; “La evaluación de la calidad asistencial y su desarrollo en los hospitales”; “Los sistemas de información como herramientas para la gestión” e “Implicancias del desarrollo del primer nivel de atención en la gestión de los hospitales”.

c) Capacitación en el manejo de los sistemas de información

La implantación del Sistema de Identificación de Usuarios se acompañó de la realización de tres jornadas, en tres regiones diferentes del país, donde participaron funcionarios de todas las Unidades Ejecutoras, responsables del sector de Carné de Asistencia en cada una de ellas.

Al inicio del año se llevaron a cabo cuatro talleres, en las diferentes regiones de ASSE, con la participación de los funcionarios de Registros Médicos, para la capacitación del uso del instrumento de registro de los indicadores de gestión.

En diciembre se realizó un curso de capacitación sobre codificación de diagnósticos y procedimientos con las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades, dirigido a funcionarios de Registros Médicos de los Hospitales de Lavalleja, Cerro Largo, Río Branco y Treinta y Tres. Se dictó en cinco sesiones, durante tres mañanas y dos tardes, con una carga horaria de cuatro horas por sección, entre las 8 y 12 horas en la mañana y entre las 13 y 14 horas en la tarde.

A través del convenio de ASSE con la Universidad de Montreal, con financiamiento de la ACDI se realizaron cursos de operador Excel para los funcionarios de las Unidades Ejecutoras de Montevideo y la región sur, responsables de la estadística en el Servicio de Registros Médicos.

d) Implantación del Sistema de Gestión e Información del Primer Nivel de Atención en Montevideo.

Con el apoyo del Comité Para la Reforma del Estado (CEPRE) se diseñó e implementó un sistema de información destinado a mejorar la gestión del Servicio de Asistencia Externa (SSAE) responsable de la atención en el primer nivel en el departamento de Montevideo. El programa incluyó el suministro y la instalación de los equipos informáticos correspondientes.

El sistema posibilita una mejora sustancial de la gestión del medicamento en tanto permite el manejo en red de la información del proceso de su abastecimiento, distribución y dispensación en tiempo real en los once centros de salud de la Capital. Asimismo se incluye en el sistema la gestión de datos referidos a las actividades de los Programas Aduana y Setiembre de captación y seguimiento de recién nacidos y embarazadas, con conexiones de la red al Centro Hospitalario Pereira Rossell y al Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

El sistema de información permite una mejora de la gestión de los servicios de atención con unidades móviles al introducir cambios cualitativos en el manejo de las solicitudes de atención y sobre la base de un sistema georeferenciado de localización de domicilios y móviles.

Gestión administrativa y presupuesta!

a) Control de los gastos de funcionamiento

Se mantuvo durante el presente ejercicio la política tendiente a una mayor autonomía por parte de los hospitales en la gestión de su presupuesto. Esto significó que los créditos afectados a los gastos de funcionamiento (compra de medicamentos, materiales médico quirúrgicos, suministro de oxígeno, contratación de servicios de diagnóstico y tratamiento y traslados, vigilancia y limpieza, etc.) se asignaran de manera global, siendo de responsabilidad de los equipos de dirección de los hospitales la ejecución según objeto del gasto.

No obstante ASSE mantiene sus competencias de control del gasto. Mes a mes la Dirección de Recursos Económico Financieros informa sobre el nivel de ejecución presupuestal de cada UE, y sobre los desvíos que se pueden ir detectando con el fin de reunirse con los equipos de gestión de los hospitales y analizarlos. Esta práctica permite anticiparse a los problemas presupuestales que se pudieran tener y eventualmente proceder a la reasignación de los mismos si ello fuera necesario.

b) Centralización de las licitaciones de precios

Durante el año 2003 se mantuvo y se profundizó la política de mejora de precios de los insumos asistenciales mediante la instrumentación de licitaciones centralizadas de precios. Estas que se realizan desde el año 2001 para medicamentos y material médico quirúrgico y desde el año 2002 para la contratación de técnicas de

diagnóstico y tratamiento, tiene por objeto obtener mejores precios sobre la base de la capacidad de negociación de ASSE en razón del volumen de compra que supone el abastecimiento para la totalidad de sus UE. Al mismo tiempo se trata de un mecanismo eficiente por cuanto evita la realización de múltiples licitaciones con sus correspondientes costos administrativos, de oportunidad y de búsqueda. Para las UE representa un elemento facilitador de la gestión sin que se menoscabe la búsqueda autonomía ya que la gestión del crédito sigue siendo de su responsabilidad pero sobre la base de un precio que le viene dado.

Coherente con esta línea en el presente ejercicio se ejecutaron las siguientes licitaciones de precios: a) Medicamentos; b) Material Médico; c) Reactivos de laboratorio; d) Suministro de Oxígeno; e) Estudios médicos de diagnóstico y tratamiento; f) Contratación de camas de Cuidados Intensivos.; g) Recolección de residuos sólidos hospitalarios contaminados.

#### c) Descentralización de los créditos de contratación de CTI

En el presente ejercicio se procedió a “descentralizar” la ejecución de los créditos destinados a la contratación de camas de cuidados intensivos. Hasta el pasado año, el gasto en que incurría cada UE por la contratación de camas de cuidados críticos se restituía desde el nivel central. Se entendió conveniente introducir cambios en la forma de ejecución de este gasto de manera tal que existiese un incentivo a la eficiencia desde la perspectiva de ASSE. Para ello se asignó un crédito específico a aquellas UE que carecen de centros de tratamiento intensivo, calculado a partir del número de días cama contratados durante el año 2002 a un costo promedio que resultó del gasto total de ASSE dividido el total de días cama contratados en ese ejercicio. A fin de privilegiar el uso de las camas propias se estableció un mecanismo de transferencia de créditos desde el hospital “contratante” al hospital que ofrece la cama de CTI a un “precio” menor que el promedio del precio del mercado.

Simultáneamente se introdujeron ajustes a la gestión de las camas de cuidados intensivos contratados a terceros mediante la instrumentación de mecanismos de seguimiento estrictos por parte de los coordinadores de CTI de ASSE.

Estas acciones produjeron una reducción importante del número de camas contratadas con su correspondiente impacto en el presupuesto de ASSE. Si se comparan los datos correspondientes al primer semestre de los años 2002 y 2003 se puede observar lo siguiente:

<b>Días cama contratados de CTI – Primer semestre años 2002 - 2003</b>			
	<b>AÑO 2002</b>	<b>AÑO 2003</b>	<b>Diferencia 03 - 02</b>
<b>CTI ADULTOS</b>	4512	1392	- 70%
<b>CTI NIÑOS</b>	4459	3618	- 19%
<b>TOTAL</b>	8971	5010	- 44%

d) Base de dato de Recursos Humanos

En más de una oportunidad, ante el requerimiento de información sobre los recursos humanos con los que cuenta el Ministerio de Salud Pública, se detectó la falta de información confiable y completa por lo cual se fijó como objetivo la creación de una base de datos que tuviera como finalidad brindar la información sobre lo que gana cada funcionario del MSP por todo concepto en cada mes y que a su vez existiera un cierre confiable en que se cotejara lo que se mandó pagar con lo que efectivamente se pagó brindándole, de esta manera, una seguridad adicional e ineludible de cualquier sistema de pago de sueldos. A su vez, se determinó que la base de datos, al tener toda la información necesaria para la toma de decisiones, pudiera ser consultada por cualquier usuario autorizado con consultas preprogramadas de manera de facilitar la obtención de la información. Para ello se conformó, aquí también, un equipo multidisciplinario que se reunió todas las semanas controlando el avance en la consecución de los objetivos propuestos. Al culminar este año se puede afirmar que se lograron los tres objetivos que se habían fijado al comenzar el año.

Identificación de usuarios

El proceso de identificación de usuarios constituyó una de las principales preocupaciones de ASSE del año 2003.

Desde el año 2000 los hospitales de la red de ASSE cuentan con una base de datos en la que se encuentran registrados todos los beneficiarios del sector privado de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Esto ha permitido transparentar el sistema y evitar la doble cobertura de que disponían algunas personas que teniendo cobertura en el sector privado accedían al otorgamiento del carné de asistencia del MSP en razón, probablemente, de su nivel de ingresos.

No obstante este dispositivo, de enorme valor, sólo permite la identificación de los usuarios de ASSE por defecto o por la negativa, por lo cual ha resultado imperioso contar con un sistema que permita cuantificar y conocer las principales características de la población beneficiaria de ASSE.



El proceso tendiente a la obtención de este logro se inició con la redefinición de los aranceles de las prestaciones asistenciales de ASSE y de los criterios para su aplicación a los usuarios que disponen de cierta capacidad de pago lo cual se verificó en el año 2002.

Definidos estos aspectos, a comienzos del presente año se conformó un equipo de trabajo multidisciplinario a los efectos de concretar la identificación positiva de los usuarios de ASSE el cual monitoreó el avance en el logro del objetivo reuniéndose una vez por semana.

El proceso de trabajo del grupo implicó la definición del sistema informático considerado como el único autorizado para la registración de los usuarios, el suministro de los computadores personales para todas las Unidades que carecían del recurso, la instalación de la Red Wan que posibilita la transmisión de la información utilizando las líneas telefónicas y la correspondiente actualización de las bases de datos.

El sistema incluye una declaración del beneficiario con datos patronímicos y socioeconómicos que sientan las bases para una información que abre variadas posibilidades sobre el análisis de la población usuaria de ASSE.

Se destaca que la planificación del sistema se realizó de manera consistente con las políticas de priorización del primer nivel de atención y de rediseño de la red de servicios. Por tal motivo se dispuso la descentralización del procedimiento de registro de usuarios en los centros de salud integrantes de la red de servicios del primer nivel de atención de forma tal que el usuario quede de alguna manera “adscripto” a un determinado servicio de salud cercano a su domicilio.

De igual manera la puesta en marcha del registro “positivo” de usuarios implicó una búsqueda activa de los mismos a efectos de maximizar el número de beneficiarios integrados al banco de datos y tener de esta manera una magnitud lo más exacta posible de la población tributaria. Esta política de “afiliación” activa resulta beneficiosa además para la instrumentación de acciones proactivas en materia de salud por cuanto evita la conducta tradicional del usuario de su registro (tramitación del carné) sólo ante la necesidad de utilizar los servicios y porque provee información de carácter demográfico y socio económico que genera condiciones favorables para orientar y focalizar las acciones sanitarias a nivel local.

Al finalizar el Ejercicio 2003 se ha superado el medio millón de usuarios registrados, estimándose que para mediados del año 2004 estarán en el sistema la totalidad de los usuarios

- **Desarrollo de la atención primaria de salud y fortalecimiento del primer nivel de atención**

Políticas de complementación de servicios

En el presente ejercicio se dio un fuerte impulso al desarrollo de la atención primaria de salud y a la reformulación del primer nivel de atención.

En primer lugar se avanzó en los acuerdos interinstitucionales con miras a la definición de un modelo de complementación de servicios entre ASSE y la Intendencia Municipal de Montevideo.

Esto se vio reflejado en la firma de un Convenio Marco en el que se sientan las bases para el desarrollo de un sistema de atención en el primer nivel que complemente las actividades de las policlínicas de la IMM con los servicios de apoyo de los Centros de Salud de ASSE pertenecientes al Servicios de Asistencia Externa (SSAE)

En este sentido se efectivizó la prestación de servicios de laboratorio por parte del SSAE a los beneficiarios de ASSE atendidos en policlínicas de la IMM. La experiencia se inició con carácter experimental en las áreas de 3 centros de salud haciéndola progresivamente extensiva a todo el departamento.

*Definición del modelo de Atención Primaria de Salud (APS) e instalación de Oficinas de Desarrollo de APS (DAPS).*

Se avanzó en la definición de un modelo de implementación de la estrategia de APS basado en la experiencia desarrollada en el departamento de Tacuarembó. A tales efectos se realizaron talleres de discusión en los que participaron representantes de las UE de ASSE, de la Unidad de Medicina Familiar (UNAMEFA) y de los Equipos de Salud Mental, llegando a un acuerdo en cuanto al modelo básico de organización centrado en la instalación de las oficinas de Desarrollo de Atención Primaria (DAPS) a nivel local a integrar por representantes de todas las instituciones eventualmente implicadas en el tema.

El proceso desembocó en la instalación de Oficinas DAPS en los departamentos de Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Flores y Florida.

Independientemente de la forma organizativa adoptada a nivel local, se destaca que en todas las UE de la red de ASSE se verificaron cambios en la estructura y en el funcionamiento de los servicios, orientados a la desconcentración de la atención. Es así que, en mayor o menor grado según los casos, se ha podido observar un incremento de la oferta de recursos en los centros de salud y policlínicas descentralizadas en base a una redistribución de los recursos de los hospitales hacia el primer nivel de atención. De igual forma, el tipo de actividad desarrollada ha sufrido cambios cualitativos en el sentido de aumentar las acciones que se inscriben en programas preventivos.

Se destaca dentro del **proceso de desarrollo de la APS la experiencia del departamento de Salto** en el que el Centro Departamental se abocó a la reorganización de los servicios pertenecientes al primer nivel de atención con el objetivo principal de abatir las tasas de mortalidad infantil.

La reformulación de los servicios implicó una redistribución de funciones y recursos, y un claro fortalecimiento de los efectores de menor complejidad instalados en los barrios de la ciudad de Salto (policlínicas de los barrios Calafí y Cerro) y en el interior del departamento, dando prioridad a las actividades de promoción y

prevención en el área materno infantil y especialmente en el sistema de captación y control de embarazadas y de recién nacidos.

El modelo de atención implementado en el Centro Departamental de Salto fue presentado en ocasión de la realización del Encuentro Subregional de Países del Cono Sur, Brasil y Francia, como experiencia de cambio en los modelos de gestión y de atención.

Igualmente se debe destacar el proceso de descentralización de la atención de pediatras y médicos generales hacia policlínicas barriales, verificado en el Hospital de Las Piedras, y la experiencia de coordinación y trabajo en red de los efectores sanitarios del área de influencia del Hospital Saint Bois que abarca a los médicos de familia y los servicios de atención comunitarios y de la Intendencia Municipal de Montevideo.

#### Reorganización de la atención en el área metropolitana

El modelo de APS en el caso del área metropolitana implicó la reorganización de los servicios de atención mediante la aplicación del criterio de regionalización sanitaria.

Se definieron dos regiones en cada una de las cuales existe una red de efectores de complejidad creciente que abarcan la totalidad de los niveles de atención. Se avanzó en la definición de mecanismos de referencia y contrareferencia de pacientes dentro de cada región y en los mecanismos de coordinación entre las UE involucradas.

El modelo apunta a establecer sistemas locales de salud y a trascender la actual organización de las UE del área metropolitana mediante la introducción de una visión más funcional que estructural de la gestión del sistema.

Se definieron dos Oficinas DAPS, una para cada región del área metropolitana, que ya se encuentran operativas y se definió una experiencia piloto de aplicación del nuevo modelo en el área de influencia del Centro de Salud de Piedras Blancas.

#### Fortalecimiento de los programas prioritarios e integración al Programa de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo.

Se definió como prioritario el fortalecimiento de los programas dirigidos a la población de mayor vulnerabilidad que operan fundamentalmente a nivel de los efectores de menor complejidad.

En el caso del **Plan Aduana** cuyo objetivo es la captación y el seguimiento de los recién nacidos se extendió su cobertura a los niños más de 1 y menos de 2 años.

Se fortalecieron las actividades del **Plan Setiembre** de captación y seguimiento de los embarazos con especial énfasis en las actividades de prevención y atención del embarazo adolescente.

Se realizaron actividades de difusión de ambos programas en el interior del país a efectos de dar alcance nacional explícito a los objetivos sanitarios de alta prioridad y

homogeneizar las pautas y criterios de evaluación y seguimiento de niños menores de 2 años y embarazadas.

ASSE, a través de sus estructuras centrales y del Servicio de Asistencia Externa, encargado de la gestión de los Planes Aduana y Setiembre, estableció fuertes instancias de coordinación con el **Programa de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo**, lo que posibilitó una mayor difusión de las actividades de captación y seguimiento de menores de 2 años y embarazadas y una mejor coordinación con otros servicios del Estado en un contexto que generó mejores condiciones de eficiencia a las acciones sociales del Programa.

#### Mejora de la capacidad resolutive de los efectores del primer nivel de atención

##### a) Provisión de vacantes

Se mejoró sustancialmente la disponibilidad de recursos del primer nivel de atención a través de la provisión de **240 cargos vacantes** de distintas unidades ejecutoras reasignadas a funciones asistenciales propias de este nivel de complejidad.

Es de destacar la contratación por este mecanismo de 43 médicos (generales y pediatras), 33 licenciadas en enfermería, 86 auxiliares de enfermería, 5 nutricionistas, 8 parteras, 10 asistentes sociales y 6 técnicos en registros médicos.

##### b) Internado de la Licenciatura en Enfermería

Simultáneamente se implementó en conjunto con el Instituto Nacional de Enfermería el **internado obligatorio en el pregrado de la licenciatura en enfermería** con asignación de los internos a Centros de salud del Servicio de Asistencia Externa en Montevideo y a servicios del primer nivel de atención en los Centros Departamentales del Interior del país.

Esto redundó no sólo en una mejora de la capacidad de respuesta sino también en la elaboración de propuestas organizativas y en planes de intervención de mejora para los servicios.

##### c) Capacitación

En otro orden, a fin de mejorar la atención de los usuarios, se capacitaron recursos humanos de los servicios propios del primer nivel de atención dentro del marco de la estrategia de Asistencia Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Se realizaron además, Talleres de Sensibilización e Información de los Programas de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo, Aduana y Setiembre dirigidos a equipos de gestión, jefes de servicio y personal operativo de los Hospitales de Soriano, Lavalleja, Durazno y Montevideo.

Durante el corriente año se realizaron además eventos de capacitación del personal del **Servicio Nacional de Sangre**, tanto en nuestro país como en el exterior, así como la capacitación **de promotores de la donación voluntaria de sangre** entre miembros de la comunidad.

En el momento actual hay en desarrollo tres proyectos puntuales:

- “Hagamos la diferencia”, en conjunto con Cruz Roja;
- “Desafío educacional”, en conjunto con ANEP; y
- “Rotary International”, en conjunto con los Clubes Rotary de nuestro país.

En total se están capacitando 232 personas como promotores en el marco del proyecto “Hagamos la Diferencia” y completaron la capacitación 70 personas en el marco del proyecto “Rotary International”. Estos representan una masa crítica de promotores muy importante.

#### d) Provisión de fármacos

A efectos de asegurar un adecuado flujo de compra, abastecimiento y dispensación de fármacos, se definió un vademécum de fármacos esenciales para el primer nivel de atención y se duplicó el presupuesto destinado a la compra de estos medicamentos en todo el país.

- **Desarrollo y fortalecimiento de programas y servicios asistenciales**

#### Fortalecimiento de la atención de urología.

Habida cuenta de la realidad epidemiológica del país se identificó como necesidad mejorar la atención urológica en los servicios de ASSE. Para ello se procedió a la reformulación y el fortalecimiento del servicio de Urología del Hospital Pasteur con el objetivo de corto plazo de asegurar la atención de urgencia y mejorar la capacidad quirúrgica del servicio.

El proyecto apunta a constituir a la brevedad un servicio de referencia nacional que permita mejorar la respuesta asistencial de las patologías urológicas de alta prevalencia.

#### Aumento de la disponibilidad de recursos humanos

Se proveyeron alrededor de 200 cargos vacantes ya disponibles en las distintas unidades ejecutoras, necesarias para el desarrollo de las actividades asistenciales propias de cada Unidad Ejecutora

#### Fortalecimiento de la neurocirugía

Se trasladó y se puso en marcha el Servicio de Neurocirugía Pediátrica en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en conjunto con la Facultad de Medicina.

Se instrumentó la atención neuroquirúrgica de urgencia en el Hospital Maciel como complemento de las actividades ya existentes en el subsector público en esta especialidad.

#### Mejoramiento de los servicios de radioterapia

Se completó el equipamiento necesario para que el equipo de aceleración lineal del Servicio de Radioterapia del Instituto Nacional de Oncología, opere en toda su potencialidad en las mejores condiciones de calidad y bioseguridad.

En este sentido se completó la instalación del tomógrafo computado y del sistema digital de manejo y archivo de imágenes con destino a la simulación y planificación de los tratamientos con el acelerador lineal.

Además se adquirió e instaló el equipo de dosimetrías y se dispuso en régimen de préstamo sin costo para el INDO, la instalación del sistema de planificación de los tratamientos, al tiempo que se iniciaron los procedimientos licitatorios tendientes a la adquisición definitiva del sistema.

Se incorporaron al Servicio, un físico y dos técnicos radiólogos radioterapeutas a fin de hacer operativo en todas sus dimensiones el equipo referido.

A nivel del Servicio de Radioterapia del Hospital de la Mujer, se incorporó un simulador que posibilitará una mejora sustantiva en la planificación de los tratamientos. Asimismo se procedió a la incorporación de dos técnicos radiólogos radioterapeutas y se inició el trámite tendiente a la incorporación de un físico.

#### Aumento de la disponibilidad de camas de cuidados críticos

Se instaló un Centro de Tratamiento Intensivo Pediátrico en el Centro Departamental de Salto, con una dotación de 6 camas.

Se agrega a esto la creación en este mismo hospital del Área de Cuidados Intermedios para Adultos.

Con esto se ha mejorado sustancialmente la capacidad de respuesta de los hospitales de las regiones ubicadas al norte del Río Negro, esperando de esta forma un fuerte impacto en el número de días cama contratados en el sector privado.

A este hecho debe sumarse la incorporación de una nueva cama en el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Florida.

Se definió la instalación en el corto plazo de un servicio de atención y estabilización de pacientes con tres camas de dotación en el Centro Departamental de San José lo que posibilitará una mejora en la atención de los pacientes críticos a nivel regional previo a su traslado a centros de referencia nacional.

### Avances en el Programa de Salud Mental

Se realizó la reconversión del centro de rehabilitación “Benito Menni” en hogar protegido. Se trata de la primera experiencia en el país de una institución de estas características, específicamente destinada a dar respuesta a una necesidad del sistema de contar con una alternativa diferente para pacientes que todavía no pueden insertarse en la comunidad y necesitan un paso intermedio de mayor protección dentro de los escalones de la rehabilitación.

Se fortaleció la red asistencial y de rehabilitación en salud mental mediante la incorporación a la red de otras instituciones públicas y privadas (ONGs, servicios de la IMM, etc.)

Se realizó el cuarto estudio epidemiológico nacional en salud mental el cual actualmente se encuentra en la fase de análisis y validación.

### Instrumentación del Programa de Cirugía de Columna

Se conformó un equipo técnico destinado a la realización de cirugía de columna traumática y degenerativa y se instrumentaron las actividades de policlínica y cirugía de coordinación y urgencia para pacientes de ASSE de todo el país; en complementación con el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Militar para los cuidados post operatorios inmediatos, y con el Centro de Deformaciones de Columna (CEDEFECO) para los casos de mayor complejidad.

### Mejoramiento de la atención reumatológica

Se incrementó la oferta de horas de atención en policlínicas a efectos de disminuir sustancialmente la demanda insatisfecha, al tiempo que se crearon policlínicas especializadas en fibromialgia y espondilopatías. Se creó además el servicio de cirugía del pie.

### Cambios en el modelo de atención hospitalario

A nivel de la Colonia Santín Carlos Rossi se procedió a la reorganización de los pabellones, implementando la experiencia de Pabellones mixtos con Programas de rehabilitación diferenciados de acuerdo a las capacidades de los pacientes.

Asimismo se realizó una experiencia novedosa de evolución y resultados satisfactorios, consistente en dar espacio especial dentro de los pabellones, en habitaciones con baño privado, a matrimonios constituidos entre pacientes.

A nivel del Centro Geriátrico Piñeyro del Campo se mantuvo el proceso de reconversión del perfil asistencial del hospital y se incrementó en 50% los usuarios del Centro Diurno.

En el Hospital Vilardebó se procedió a la redistribución de pacientes internados de acuerdo a su perfil de estadía (breve o mediana), acorde a la solución de problemas no psiquiátricos, como judiciales y sociales.

#### Aumento de la producción del Programa de Pre procesamiento de plasma

Se modificaron las bases del acuerdo con el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba que sustenta el Programa de Pre Procesamiento de Plasma del Servicio Nacional de Sangre, para la producción de gammaglobulina G endovenosa a partir de plasma congelado, obteniéndose un incremento de 100% del producto a partir del mes de Diciembre de 2003.

- **Mejoramiento de infraestructura y equipamiento**

En razón de las restricciones económicas imperantes, la política seguida por ASSE en el presente ejercicio fue apuntar a una mejora de la infraestructura a través de la priorización de los trabajos de mantenimiento correctivo. En este sentido se realizaron trabajos de refacción de distintas áreas en diversas UE así como reparaciones de instalaciones sanitarias y mejora de las pinturas tanto interiores como exteriores.

No obstante lo señalado dentro de este capítulo puede destacarse lo siguiente:

#### Traslados y atención prehospitalaria

Renovación de la flota de ambulancias con incorporación de 28 nuevas unidades marca Ford modelo Transit.

#### Servicio de Salud de Asistencia Externa

Incorporación de un nuevo Centro de Salud a la red de servicios del primer nivel de atención del departamento de Montevideo. El mismo funcionará en el Hipódromo de Maroñas y fortalecerá la capacidad de atención de ASSE a nivel de los barrios.

#### Centro Hospitalario Pereira Rossell:

Inicio de la primera etapa de remodelación del Servicio de Maternidad.

Remodelación de las salas 5 y 6 de ginecología con instalación de salas semiprivadas, con lo cual se completa la refacción de los servicios de internación de esta especialidad

Instalación de un sistema de simulación en el Servicio de Radioterapia del Hospital de la Mujer

Incorporación de equipamiento para cirugía laparoscópica



### Hospital Pasteur

Se realizaron obras de remodelación a nuevo de 6 salas de internación de planta baja y primer piso.

Se completó la obra del nuevo Policlínico en el que se instaló la casi totalidad de la consulta externa del hospital

Se realizaron obras de reacondicionamiento y reciclaje de los consultorios de policlínicas generales en el subsuelo del edificio

### Hospital Maciel

Ampliación del número de camas disponibles en el Hospital Maciel, con destino a emergencia, internación en cuidados moderados y servicio de hematooncología (40 camas)

### Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología

Recuperación de fachadas y muros interiores mediante hidrolavado

### Instituto Nacional de Reumatología

Recuperación del gimnasio de la Institución e incorporación de nuevo equipamiento.

### Hospital Vilardebó

Reacondicionamiento de pintura y albañilería de varias salas de internación (7, 8, 12 y 16), de áreas de enfermería y de servicios generales.

### Centro Departamental de Flores

Incorporación de una nueva unidad móvil para traslados

### Centro Departamental de Florida

Incorporación de una nueva cama al centro de cuidados intensivos

Finalización de las obras destinadas a la atención ambulatoria en salud mental

### Centro Departamental de Cerro Largo

Reforma del servicio de emergencia

Reacondicionamiento y puesta en marcha de un mamógrafo

### Centro Departamental de San José

Se construyó con fondos del legado de Donagaray un nuevo Centro Quirúrgico con dos salas de cirugía, sala de partos y sector de recuperación postanestésica.

Se elaboró el Proyecto del Servicio de Atención Crítica y Estabilización con tres camas de dotación.

Se dio inicio a las obras de reacondicionamiento del Centro de Salud

#### Centro Departamental de Artigas

Instalación de sistema centralizado de aspiración

Instalación de un ascensor portacamillas

#### Centro Departamental de Río Negro

Remodelación del sector de policlínicas e inicio de las obras de refacción del Centro de Salud

#### Centro Departamental de Canelones

Mejora de la infraestructura instalada en las Policlínicas de Los Cerrillos y San Antonio

Incorporación y puesta a punto de un equipo de radiología con arco en "C"

#### Centro Departamental de Durazno

Ejecución de los fondos provenientes de la donación Revello – Nario en mejoras y ampliación de planta física de las que se destacan la construcción de nuevos espacios destinados a los servicios administrativos, de atención al usuario y a cuatro consultorios polivalentes.

#### Centro Auxiliar de Pando

Instalación del Servicio de Radiología.

- **Atención al usuario**

En este punto ASSE ha definido como prioridad la aplicación de mejoras sustantivas en la atención al usuario. A punto de partida de la última encuesta de satisfacción de usuarios cuyos resultados mostraron un nivel adecuado de respuestas positivas en términos generales, fue posible identificar la necesidad de introducir mejoras en las modalidades de atención al usuario de forma tal de generar condiciones adecuadas para el efectivo ejercicio de sus derechos.

En este sentido ASSE mandató a sus UE a la instalación de Oficinas de Atención al Usuario y dispuso además con carácter obligatorio la publicación en lugares visibles de la cartilla de derechos y obligaciones de los mismos.

El fin de disponer de un espacio institucional que sirva de guía orientadora para el paciente y sus familiares en el correcto uso de los servicios y que simultáneamente

constituya un ámbito donde canalizar adecuadamente las inquietudes de los mismos.

También a nivel de las estructuras centrales de ASSE se constituyó un servicio de este tipo.

#### **V.4 Principales Resultados**

- **Producción Asistencial**

El análisis comparativo de los datos correspondientes al primer semestre de los años 2002 y 2003 permite ver un incremento general de alrededor de 2,3% si se considera como unidad de medida la Unidad Básica Asistencial.<sup>1</sup>

El total de consultas aumentó de un año al otro 5,1% en tanto el número de egresos hospitalarios lo hizo 6,9%.

Estos datos presentan importantes variaciones según el tipo de UE que se considere.

Para el caso de los servicios de agudos de Montevideo, se registró un incremento en las consultas de 24% que se verificó a expensas sobre todo de los efectores del primer nivel de atención (SSAE) en los que el aumento alcanzó 47% (debe considerarse que el total de consultas de SSAE constituye alrededor de 45% del total de las consultas de estas UE). Por su parte los egresos en estos mismos hospitales, se incrementaron 14% con un peso relativo importante de los egresos del CHPR, dado principalmente por el aumento del número de partos.

En el caso de los Centros Departamentales y Centros Auxiliares del Interior del país se advierte un ligero descenso de las consultas (-2,9%) y un incremento moderado del número de egresos (3,1%). Existen importantes variaciones de una UE a otra.

Si bien no es posible hacer afirmaciones concluyentes respecto al significado de estos datos, el contexto sectorial mencionado al inicio hace pensar que la presión de demanda derivada del descenso de afiliados del sector privado ha sido poco significativa en términos generales, aún cuando parte del aumento de las consultas del SSAE y de los egresos del CHPR podrían explicarse por este hecho. No obstante esto debe relativizarse en función de las políticas instrumentadas por ASSE en cuanto a la mejora de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, al fortalecimiento de los programas Aduana y Setiembre, y a la promoción de la puesta en marcha de acciones de atención primaria de salud.

El análisis de la producción asistencial en UBAs y su relación con el gasto ejecutado permite ver que el gasto por unidad básica de asistencia sufrió un aumento importante de un año a otro. El costo en pesos constantes por UBA en el primer semestre de 2002 alcanzó \$ 828 en tanto en igual período del año 2003 fue de \$

---

<sup>1</sup> La Unidad Básica Asistencial se construye en base al número de consultas y de egresos hospitalarios. Cada UBA corresponde a 4 consultas o 1 egreso hospitalario.

1014. Esto significa un incremento de 22%. Si se analiza el costo de medicamentos por UBA se puede observar que este aumento alcanzó 68%.

Resulta claro que los efectos mencionados en el numeral dedicado a las características contextuales del año 2003 se reflejan en estos indicadores. El incremento de precios registrado a punto de partida del cambio en la política cambiaria y al aumento del ritmo inflacionario produjeron un impacto al alza en los costos de los insumos que explicaría en gran medida el aumento del costo promedio de medicamentos por UBA. Esto sumado al efecto sobre precios de materiales médico quirúrgico y otras contrataciones de servicios, hace que el aumento global en pesos constantes del costo por UBA se ubique en el valor mencionado. No obstante en relación al incremento del gasto por UBA también debe considerarse como elemento determinante, el esfuerzo de ASSE por abatir la presunta demanda insatisfecha que podría existir en materia de medicamentos en el primer nivel de atención, que llevó a un refuerzo de los créditos destinados a la compra de fármacos específicamente destinados a estos efectores.

Lo más importante a destacar es que aún en un escenario económico tan adverso, con un incremento de costos de esta magnitud, ASSE produjo una mayor cantidad de prestaciones asistenciales que en el año precedente.

### **Comparativo de producción asistencial primer semestre años 2002 y 2003**

	Consultas		Egresos		UBAs	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Montevideo	797792	989347	28888	32898	452528	507157
Asilares	7618	8568	403	291	251341	243945
Interior	1910775	1855902	49185	50724	734009	720263
<b>TOTAL</b>	<b>2716185</b>	<b>2853817</b>	<b>78476</b>	<b>83913</b>	<b>1437878</b>	<b>1471365</b>

Incremento de consultas	de 5.1%
Incremento de egresos	de 6.9%
Incremento de UBAs	2.3%

- **Ejecución Presupuestal**

La ejecución de los créditos asignados en términos generales al 31 de octubre de 2003, alcanza a 92,1% .

Esto hace suponer el mantenimiento de los resultados alcanzados en los dos últimos ejercicios en el sentido que el nivel de gastos no supere el monto de créditos asignados.

Debe tenerse presente que en el año en curso se produjo un refuerzo de los créditos disponibles que en los hechos posibilitó que éstos se mantuvieran, a valores constantes, en niveles similares a los del año 2002, reconociéndose de esta manera el impacto de la crisis económica sobre el presupuesto de ASSE.

## **V.5 Objetivos proyectados para el año 2004**

Los objetivos planteados para el año 2004 deben entenderse dentro del contexto general de las definiciones estratégicas de ASSE, reseñadas al inicio del presente informe, y en continuidad con las líneas de acción desarrollada durante el año 2003.

- **Objetivos vinculados al proceso de cambio del modelo de gestión**

### **Objetivo 1**

Profundizar el proceso tendiente a una asignación presupuestal de carácter prospectivo basado en criterios de financiamiento por capitación

#### **Metas**

- Asignar presupuestos históricos ajustados por población usuaria efectivamente registrada en el nuevo sistema de identificación y por niveles de producción asistencial medida en unidades básicas de atención
- Avanzar en la instrumentación del sistema de información que posibilite el ajuste presupuestal en función del perfil de complejidad de cada UE
- Consolidar el Sistema de Identificación de Usuarios mediante el registro de por lo menos el 90% de los usuarios estimados como potencialmente usuarios de ASSE

### **Objetivo 2**

Avanzar en la descentralización de los procesos y procedimientos vinculados a la gestión de recursos humanos

#### **Metas**

- Definir y aplicar un sistema de gestión descentralizada de los cuadros de suplentes
- Mejorar los criterios de selección de los recursos humanos mediante la introducción de elementos de evaluación del nivel de calificación de los postulantes a los llamados abiertos para la provisión de vacantes.

### **Objetivo 3**

Evaluar y redefinir los alcances de los compromisos de gestión con las UE a fin de hacerlos más operativos y adecuados a la realidad institucional y local de cada UE.

## **Metas**

- Analizar en conjunto con las UE los alcances de los nuevos compromisos de gestión
- Firmar compromisos de gestión con 80% de las UE
- **Objetivos vinculados al cambio del modelo de atención**

## **Objetivo 4**

Profundizar los procesos de desarrollo de la Atención Primaria de Salud

## **Metas**

- Completar la Instalación de oficinas DAPS en todos los departamentos del país
- Proseguir con el fortalecimiento y extensión a todo el país de los Programas Aduana y Setiembre
- Mantener la integración al Programa de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo mediante la coordinación de actividades de difusión y capacitación

## **Objetivo 5**

Mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en la niñez.

## **Metas**

- Extender las acciones del Programa Aduana a los niños menores de dos años.
- Extender paulatinamente la cobertura del Programa Aduana a los niños menores de 5 años.
- Mejorar la captación de los embarazos de riesgo especialmente de los embarazos en adolescentes.

## **Objetivo 6**

Mejorar la integración y complementación de las actividades asistenciales en el primer nivel de atención

## **Metas**

- Impulsar el proceso de integración de los equipos de salud mental a la organización de los efectores de la red de servicios de primer nivel de atención.
- Completar la formación de los equipos comunitarios de salud mental en los lugares que se requiera.
- Mejorar los niveles de coordinación entre la UNAMEFA y los efectores de ASSE en el primer nivel de atención.
- Mejorar la gestión integral del medicamento en el primer de atención

- Incorporar la gestión de la medicación psiquiátrica al sistema de administración general de farmacias del SSAE

### **Objetivo 7**

Profundizar en la implantación de la regionalización sanitaria del área Metropolitana mediante la puesta en marcha de experiencias piloto factibles de reproducir en el corto plazo

#### **Metas**

- Implementar un sistema local de salud en la zona de influencia del Centro de Salud del Cerro
- Implementar el Programa de Atención al Adulto Mayor diseñado para las áreas de influencia de los Centros de Salud de Piedras Blancas, Jardines del Hipódromo, Santa Rita y La Cruz de Carrasco.
- **Objetivos vinculados al fortalecimiento de servicios y programas asistenciales**

### **Objetivo 8**

Continuar con el fortalecimiento de la atención neuroquirúrgica aumentando la capacidad de respuesta del sistema e integrando los servicios disponibles en una propuesta programática

#### **Metas**

- Instrumentar efectivamente el servicio de neurocirugía del Hospital Maciel
- Elaborar un Programa de Atención Neuroquirúrgica que integre los servicios de los Hospitales Maciel, Tacuarembó y Centro Hospitalario Pereira Rossell

### **Objetivo 9**

Instalar servicios asistenciales que respondan a necesidades de la población que sean consistentes con el diseño de la red de servicios de ASSE y en consonancia con las políticas sanitarias del MSP

#### **Metas**

- Impulsar e instalar un Instituto de Medicina Altamente Especializada de Trasplante Renal en el Hospital Maciel
- Evaluar la factibilidad de implementación de un IMAE de traumatología a través de los recursos técnicos del Instituto de Ortopedia y Traumatología.

### **Objetivo 10**

Mejorar la atención de los pacientes VIH positivos

## **Metas**

- Asegurar las condiciones de infraestructura suficientes para la correcta atención de los pacientes tanto a nivel ambulatorio como en régimen de internación
- Mejorar la eficiencia de los servicios de apoyo de manera tal que quede asegurada la provisión oportuna de los medios paraclínicos de diagnóstico y seguimiento.
- Asegurar la provisión y utilización de los tests rápidos de diagnóstico a fin de prevenir la transmisión vertical.
  - **Objetivos vinculados a la mejora de la gestión administrativa y presupuestal**

### **Objetivo 11**

Consolidar el proceso de mejora en la eficiencia de los mecanismos de compra de ASSE mediante la centralización de las licitaciones de precios.

#### **Meta**

- Mantener la centralización de las licitaciones de precios de los insumos y servicios ya contratados a partir de esta modalidad
- Integrar a la UCAMAE el procedimiento de licitación de precios para la contratación de técnicas de diagnóstico y tratamiento.

### **Objetivo 12**

Completar la identificación positiva de usuarios de ASSE

#### **Meta**

- Identificar y registrar la totalidad de los usuarios de ASSE en el nuevo sistema

## **VI. Fondo Nacional de Recursos**

En base a los compromisos oportunamente asumidos por las Autoridades, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) ha aplicado las siguientes líneas de trabajo y obtenido los resultados que se presentan en cada caso.



## VI.1 Fortalecer la gestión institucional del FNR

- **Recuperar la potestad de conducir el FNR con la mayoría dispuesta por ley para el sector público, como paso imprescindible para adoptar las medidas necesarias.**

Por intermedio de un decreto del Poder Ejecutivo se restablecieron las mayorías fijadas por la Ley derogándose resoluciones en contrario que anteriormente había adoptado la Comisión Honoraria Administradora (CHA). Esta decisión resultó clave en el ejercicio del gobierno del FNR permitiendo reconstituir una mayoría firme por parte del Poder Ejecutivo, como representación del interés colectivo, sin perjuicio de la presencia de los representantes sectoriales de los intereses privados.

- **Fortalecer el perfil técnico del FNR, a través de dos áreas principales: la técnico médica y la informática.**

Ambas se encontraban anteriormente postergadas por la función administrativa. De esta manera se pretende modificar el rol tradicional del FNR como financiador hacia uno más amplio de evaluador y regulador.

- En el área médica se exigió una mayor dedicación horaria y se estimuló el mecanismo de la dedicación exclusiva. Se controló el ejercicio de tareas incompatibles en otras instituciones por parte de los profesionales y se procesaron algunas bajas. Se contrató personal de enfermería para tareas de control y evaluación. Se implementaron programas médicos que se detallarán más adelante.
  - En el área informática se contrataron profesionales temporales para el diseño y puesta en funcionamiento de un sistema integral que permite mayor eficiencia en el manejo de los trámites. El nuevo sistema se encuentra en operación desde abril de 2004.
- **Delegar hacia otras organizaciones del sector salud, el desempeño de las funciones asistenciales y financiadoras que actualmente desarrolla el FNR, fortaleciendo de esta forma su perfil regulador.**

Se hicieron contactos institucionales con la FEMI que no han culminado aún. Se requiere obtener respaldo político para un cambio que será muy significativo para todo el sistema.

- **Controlar que existan mecanismos efectivos de “oposición de intereses” entre los diversos actores vinculados al FNR.**

Se restableció el marco legal “violentado” por resoluciones anteriores que, al introducir un régimen de mayorías especiales, otorgaba a los proveedores de servicios contratados por el FNR capacidad de decisión o de veto sobre asuntos de su interés directo.

Se introdujeron mecanismos de declaración periódica de cargos y conflictos de intereses por parte de todo el personal del FNR.

- **Ganar presencia en los medios de comunicación.**

Se ha cambiado el perfil poco visible del FNR por uno más activo que ha resultado de suma utilidad para respaldar las medidas tomadas, en general duras y que afectaron intereses corporativos. Al mismo tiempo, la nueva imagen del FNR muestra una institución más abierta a los pacientes, a la educación y a la prevención.

Se enviaron notas personalizadas al domicilio de los pacientes de diálisis, a todos los pacientes a quienes se planifica realizar una angioplastia, se editaron folletos educativos para pacientes con riesgo de caídas, riesgo coronario, etc.

Se ha diseñado y emitido una serie de programas televisivos emitidos durante el año y que serán destinados también al sistema educativo mediante videos.

## **VI.2 Mejorar la calidad de las prestaciones financiadas por el FNR y sus resultados**

- **Desarrollar un programa de seguimiento de los pacientes tratados con cobertura del FNR y publicar los resultados de los IMAE.**

Entre el año 2000 y 2003 se han realizado diez estudios de seguimiento de las diversas técnicas, cuyos informes finales han sido difundidos y se encuentran accesibles al público en la página Web del FNR. Este tipo de estudio es pionero en el Uruguay y su metodología los hace comparables con los que se realizan en centros de referencia internacional. Los resultados pusieron de manifiesto que en no pocos IMAE existen graves carencias (alta mortalidad, alta incidencia de infecciones, reintervenciones, entre otras). En estos casos fueron citados los responsables y se otorgaron plazos acotados para introducir medidas correctivas. Actualmente se está desarrollando una segunda serie de estudios destinados a evaluar si los resultados anteriores mejoraron.

- **Mantener un sistema continuo de seguimiento de los pacientes antes del alta, con énfasis en los actos más significativos.**

Diariamente son visitados por un médico del FNR los pacientes que se encuentran internados en el IMAE de Quemados y en los IMAE de Cirugía Cardíaca. En base a los hallazgos de este seguimiento “en tiempo real” se introducen ajustes en el pago

de aranceles. Se han encontrado focos de problemas asistenciales cuya solución fue requerida de inmediato.

- **Contratar expertos independientes para la revisión de los aspectos técnicos específicos de los actos médicos realizados en los IMAE.**

Se han contratado técnicos por corto plazo para algunas especialidades que requieren evaluar destrezas y toma de decisiones intra-procedimiento. En estos casos, cuando no fue posible encontrar profesionales independientes a nivel local, se los ha convocado en el exterior. Se creó un sistema por el cual, durante 3 días de cada mes, concurren al FNR diversos profesionales extranjeros con amplia trayectoria que revisan una a una todas las películas de cateterismos y angioplastias emitiendo un informe de auditoría. En base al mismo el FNR introduce ajustes en los pagos a los IMAE evaluados.

- **Implementar un programa de acreditación de los IMAE.**

A partir de una propuesta del Ministro de Salud Pública, se diseñó un sistema general de evaluación de calidad y acreditación de los IMAE que ha sido aprobado. Se avanzó en los materiales de apoyo necesarios y está previsto un lanzamiento público del plan con participación de las Autoridades. El libro con toda la documentación se encuentra impreso y distribuido.

### **VI.3 Evaluar más ajustadamente la pertinencia de las solicitudes de cobertura financiera que llegan al FNR**

- **Crear un mecanismo de ateneo médico para analizar las solicitudes de autorización en pacientes que exceden límites de edad pre-establecidos o que presentan handicaps por su estado general.**

Este mecanismo se encuentra ya en marcha y permite discutir una a una, entre especialistas y con la presencia de los médicos tratantes, las cirugías cardíacas solicitadas en mayores de 70 años en el caso de pacientes con afecciones valvulares y en mayores de 80 en caso de enfermedad coronaria. En este momento, y a propuesta de los propios IMAE se están incorporando a este sistema de autorización las solicitudes de cateterismo para esos grupos de pacientes.

- **Convocar especialistas extranjeros con actividad en centros de referencia, para asesorar al FNR en la revisión de normativas y protocolos que regulan la realización de los actos y las obligaciones del FNR.**

Se ha comenzado este procedimiento con la revisión de las normativas y resultados nacionales en los actos más significativos: la cirugía cardíaca infantil, el transplante

de médula ósea y el trasplante hepático (esta asesoría se realizará en el próximo mes de enero). Estas revisiones permitieron identificar las prácticas cuestionables que existen en nuestro país, ubicar las patologías en las que hay malos resultados, focalizar los pacientes que deben ser asistidos y consiguientemente disminuir el número de casos a los que se brinda cobertura financiera.

- **Crear un mecanismo de visita médica previa para todas las solicitudes de cobertura antes de emitir la autorización.**

El desarrollo de este sistema puesto en funcionamiento hace dos años, alcanza hoy al 77% de los actos solicitados, lo que cubre prácticamente casi todas las situaciones. Esto incluye a los pacientes del interior del país. No está previsto como meta evaluar el 100% en virtud de que (sobre todo en cardiología) un mismo paciente suele requerir un acto diagnóstico y uno terapéutico en forma sucesiva.

Se trata de un mecanismo de “segunda opinión médica” centrado en la mejora de la calidad y en la focalización de las prestaciones. Ha sido pionero en el país, exitoso en el logro de sus objetivos, y determinante para rechazar actos innecesarios y para el posterior abatimiento del número de solicitudes de cobertura que llegan al FNR.

El mecanismo por el cual se produjo dicho abatimiento se vincula directamente a un autocontrol por parte de los médicos que indican los procedimientos y puede ser analizado como evidencia de que existía “inducción de la demanda”.

- **Evaluar las tasas de uso de las prestaciones del FNR por parte de las Instituciones cubiertas.**

Con el objetivo de profundizar en eventuales mecanismos de inducción de demanda por parte de los médicos, se efectuaron estudios de tasa de utilización para cada una de las Instituciones. Los resultados de los mismos están disponibles para su incorporación en futuras medidas políticas. Dado que el FNR se ha constituido a lo largo de los años en un importante mecanismo de financiamiento de las Instituciones que prestan servicios como IAMC, se hace necesaria una evaluación cuidadosa de cualquier medida restrictiva en función de la actual situación financiera del sistema de salud.

- **Construir una tabla de tasas de uso esperadas por acto y por Departamento.**

En base a la información disponible en el FNR se construyó una tabla general que permite realizar cálculos actuariales que podrán servir de base a un presupuesto de gastos del FNR y a políticas a aplicar.

#### VI.4 Redefinir las obligaciones del FNR

- **Revisar la actual canasta de prestaciones del FNR en base a criterios de costo efectividad.**

Se han realizado y elevado a las Autoridades sendos informes solicitados para fundamentar técnicamente la transferencia de la litotricia extracorpórea y el implante de prótesis de cadera por fractura hacia las obligaciones de las IAMC, retirando ambos procedimientos de las obligaciones del FNR. Este tema fue planteado a los IMAE y se encuentra en etapa de discusión. El Convenio vigente (2/may/2002) no permite avanzar sobre el tema mientras existan deudas con los IMAE.

Una vez cumplida la etapa de análisis y de propuesta técnica, deberá obtenerse el acuerdo político para implementar el cambio.

- **Revisar los aranceles que paga el FNR por las prestaciones de los IMAE.**

Se han realizado nuevos estudios de los aranceles de diversos actos entre los cuales se encuentra la hemodinamia de niños, la cirugía cardíaca de niños y el implante de cardiodesfibrilador.

Se calcularon costos unitarios por técnica en base a los cuales se realizó la negociación. Entre tanto, de acuerdo con el convenio firmado el 2 de mayo de 2002 y que se encuentra vigente hasta el 31 de diciembre de 2003, tales aranceles se reajustan en base a la evolución de la cuota mutual, ajustando su evolución a la de los precios del resto del sistema. Es de recordar que en los meses anteriores al Convenio y en el texto del mismo, se generaron importantes rebajas de aranceles.

Ello ha resultado más eficaz para la adecuación del arancel real que cualquier otra medida. Sin embargo, en la negociación para un nuevo convenio con los IMAE se ha puesto en la mesa de discusión la revisión de los tres aranceles que se han considerado que podrían tener mayores excedentes.

- **Incorporar al FNR tareas de prevención que permitan abatir el impacto de algunas de las patologías actualmente cubiertas.**

Diversas medidas han sido adoptadas en relación a este objetivo. Por un lado, se encuentra ya en el aire un ciclo de programas educativos para el público sobre prevención en las diversas áreas temáticas del FNR. Al mismo tiempo, para las patologías más significativas se desarrollan programas específicos.

En el caso de los pacientes coronarios se llevaron a cabo estudios focus orientados a identificar los principales problemas percibidos por los pacientes y su receptividad a mensajes educativos. Sobre esa base se está poniendo en marcha un sistema de

re-captación y seguimiento de los pacientes coronarios ya tratados, como forma de sostenerlos y mantener su adhesión al tratamiento.

De igual forma, el FNR apoya con recursos el registro nacional de glomerulopatías creado para acciones de prevención en pacientes candidatos a evolucionar hacia la insuficiencia renal.

Se han presentado ante el Poder Ejecutivo e integrantes de las Comisiones de Salud del Parlamento propuestas de modificaciones a la Ley de creación del FNR permitirían formalizar estas y otras nuevas acciones del FNR en el área de la prevención. Paralelamente se han realizado ampliaciones en el local a efectos de permitir nuevas tareas educativas, de seguimiento y de prevención.

## **V.5 EQUILIBRAR FINANCIERAMENTE AL FNR**

El FNR ha revertido la tendencia al incremento del gasto y el consiguiente déficit que le afectara en los últimos años. Pasó a ser superavitario en el año 2002 y ha incrementado su superávit contable en el 2003.

Sin perjuicio de ello, se comprueba un incremento del endeudamiento del Ministerio de Economía y Finanzas de \$ 108.000.000 durante el ejercicio 2002 y un promedio de \$ 8.000.000 mensuales durante el 2003 que ha impedido al FNR estar al día con los IMAE y los demás proveedores, estando actualmente en un desfase entre medio mes y un mes de facturación.

Se refinanció a 5 años el pasivo con los IMAE lo que permitió ponerse prácticamente al día con los pasivos exigibles en mayo de 2002. Se han recibido y tratado de atender continuos reclamos resultantes de la crítica situación financiera que enfrentan hoy en día las IAMC, los IMAE y el MEF.

Se aceptó por parte del FNR que el MEF pagara \$ 114.000.000 en certificados de crédito en 24 cuotas iguales y consecutivas, reajustables por Unidad Indexada, los que se están colocando en proveedores. Los IMAE no han tomado certificados hasta ahora.

De pagarse parte de la deuda restante del MEF, el FNR podrá estar rigurosamente al día con los IMAE y los proveedores en la hipótesis de que el MEF no vuelve a atrasarse.

## **VII. Personal**

El número total de funcionarios del inciso en marzo de 2003 era de 15.292 siendo al 31 de diciembre de 15.056.

## VIII. Proyectos de Ley y Decretos con iniciativa del MSP

Durante el año 2003 fueron dictadas un total de 563 resoluciones ministeriales.

### Decretos

9/003 de 9/1/003	Modifícase varios artículos del Reglamento de Concursos para provisión de cargos técnicos.
28/003 de 23/1/003	Se aprueba reglamentación para Farmacias de segunda categoría.
55/003 de 6/2/003	Se designa Comisión Técnica Asesora para cuestiones vinculadas en materia alimentaria.
56/003 de 6/2/003	Distribución de plazas para contratar estudiantes de Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República.
67/003 de 18/2/003	Suprímese la U.E. 065 "Comisión Honoraria de la Lucha contra la Hidatidosis".
101/003 de 13/3/003	Fondo Nacional de Recursos: elaboración de un Convenio Marco con IMAE y fijación de indicadores de gestión para evaluar la acreditación permanente de los IMAE.-
160/003 de 29/4/003	Modificación de aranceles correspondientes al Carné de Salud.
244/003 de 17/6/003	MERCOSUR: Glosario de términos comunes para estupefacientes, sustancias psicotrópicas y precursores.
245/003 de 17/6/003	MERCOSUR: Control y fiscalización del origen de los estupefacientes.
287/003 de 10/7/003	MERCOSUR, Reglamento Técnico: Lista de filtros ultravioletas permitidos para productos de higiene personal, cosméticos y perfumes.
288/003 de 10/7/003	MERCOSUR. Lista de sustancias de acción conservadora permitidas para productos de higiene personal, cosméticos y perfumes.
320/003 de 5/8/003	Establece la obligatoriedad de presentar estados contables por parte de las Instituciones de Asistencia Médica Privadas Particulares de Cobertura Parcial, Total e Intermediadoras e Inst. de Medicina Altamente Especializada.
321/003 de 5/8/003	Vademécum: Listado de medicamentos por denominación genérica.
347/003 de 21/8/003	MERCOSUR. Autorización para entrada y salida de medicamentos que contienen estupefacientes y sustancias psicotrópicas para pacientes en tránsito.
374/003 de 11/9/003	Modificación del Vademécum: incorporación de antibióticos.
388/003 de 25/9/003	MERCOSUR. Control de entrada y salida de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para uso en

389/003 de 25/9/003	casos especiales/ uso compasivo de medicamentos en pacientes. MERCOSUR. Procedimientos y plazos comunes para realización de reinspecciones conjuntas entre los Estados Parte.
396/003 de 30/9/003 465/003 de 13/11/003	Historia Clínica Electrónica Unica de cada persona. Créase un registro de Auditores Externos y Empresas Auditoras donde se inscribirán quienes aspiren a realizar auditorías externas de estados contables en las Inst. de asistencia médica colectiva y privadas.
482/0032 de 20/11/003	Condiciones, requisitos y obligaciones para el funcionamiento de las Casas de Masajes.
487/003 de 27/11/003	MERCOSUR. Inclusión del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) en el listado y definición de enfermedades de notificación obligatoria entre los Estados Parte.
11/12/003	MERCOSUR. Criterios para la Administración Sanitaria de desechos líquidos y aguas servidas en Puertos, Aeropuertos, Terminales y Puntos de Frontera.