

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

I. Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E)

Es el principal prestador de los Servicios Públicos en nuestro país.

Es un organismo desconcentrado (Ley 15.903), que proporciona gratuitamente los medios de prevención y de asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Es responsable por la coordinación de todos los Servicios Públicos de Salud. Y tiene competencias para la contratación de servicios con terceros, públicos o privados.

Si bien no ha terminado la identificación total positiva de sus usuarios, estimamos los mismos en 45,6% de la población (de los restantes, 43% se asisten en las IAMCs, en Sanidad Militar el 5,5%, en Sanidad Policial el 4,5%, y en los Seguros Privados el 1,4%).

Cuenta con 17.500 funcionarios.

Red de A.S.S.E.

Distribuida por todo el país, comprende:

- 7 Hospitales de referencia nacional
- 3 Hospitales de crónicos
- 4 Hospitales regionales
- 16 Hospitales de mediana complejidad
- 29 Hospitales de baja complejidad
- 22 Centros de Salud
- 300 Policlínicas

En esta red de servicios trabajan 17.500 funcionarios.

UNIDADES ASISTENCIALES DE MONTEVIDEO

Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE)

Dirección Dr. Hugo Guillén
Subdirección Dr. Carlos Bonet

Hospital Maciel

Dirección Dr. Gustavo Bogliaccini
Subdirección Dr. Ruben Cesarco
Adjuntos Dra. Amparo Paulós
Dra. Claudia Restuccia
Dra. Sandra Pintos

Hospital Pasteur

Dirección Dra. Anabella Marchesse

Centro Hospitalario Pereira Rossell

Dirección General Dr. Ney Castillo
Dirección Hospital Pediátrico Dra. Mary Green
Dirección Hospital de la Mujer Dr. Gabriel Cheguhem
Dirección Administrativa Dr. Oscar Gianneo
Adjuntos Dra. Marina Stoll
Dra. Graciela Martínez
Dr. Héctor Suárez
Dra. Laura Acevedo

Instituto Nacional de Reumatología

Dirección Dr. Ricardo Romay

Adjuntos Dra. Magali Escandell
 Dr. José Ramos

Instituto Nacional de Oncología

Dirección Dr. Rubens Riotorto

Instituto Nacional de Traumatología

Dirección Dr. Jorge Caressani

Hospital Saint Bois

Dirección Dra. Liliana Boggio
Subdirección Dr. Carlos Noceda

Colonia Etchepare

Dirección Dra. María Boussard
Subdirección Dra. Adriana Labartte

Colonia Santín Carlos Rossi

Dirección Dr. Anuar Abisab
Subdirección Dr. Alejandro Nogueras

CENTROS DEPARTAMENTALES

Centro Dptal. Artigas

Dirección Dr. Rony Dos Santos
Subdirección Jorge Bautista

Centro Dptal. Canelones

Dirección Dr. Idelfonso Aguiar
Subdirección Dra. Alejandra Santos

Centro Dptal. Cerro Largo

Dirección Dr. Milton Da Silva
Subdirección Dr. Norberto Borba

Centro Dptal. Colonia

Dirección Dr. Gustavo Fernández
Subdirección Dra. Claudia Alietti

Centro Dptal. Durazno

Dirección Luis Aycaguer
Subdirección Viterbo Padula

Centro Dptal. Flores

Dirección Dr. Hugo Etchandy
Subdirección Dra. Lilián Pérez

Centro Dptal. Florida

Dirección Dr. Francis Llanes
Subdirección Dr. Alberto Juambeltz

Centro Dptal. Lavalleja

Dirección Dr. Wilson Miguez
Subdirección Dr. Ariel Escudero

Centro Dptal. Maldonado

Dirección Dra. Esther Aguerre

Centro Dptal. Paysandú

Dirección Dr. Alberto Zino

Centro Dptal. Rivera

Dirección Dr. Carlos Laguzzi

Centro Dptal. Río Negro

Dirección Dra. Lila Tiscornia
Subdirección Dr. Juan Domínguez

Centro Dptal. Rocha

Dirección Dr. Roberto Canessa

Centro Dptal. Salto

Dirección Dr. Richard Boucq

Centro Dptal. San José

Dirección Dra. Susana Nicola
Subdirección Dr. Freddy Borges

Centro Dptal. Soriano

Dirección Dr. Noel Moreira
Subdirección Dr. Néstor Graña

Centro Dptal. Tacuarembó

Dirección Dr. Ciro Ferreira
Subdirección Dra. Jaqueline Gómez

Centro Dptal. Treinta y Tres

Dirección Dr. Carlos Favotto
Subdirección Dr. José Quintín Olano

CENTROS AUXILIARES

Centro Auxiliar Agua

Dirección Dr. Raúl Agustoni

Centro Auxiliar Batlle y Ordóñez

Dirección Dr. Navarro

Centro Auxiliar Bella Unión

Dirección Dr. Lidio Pinato

Centro Auxiliar Cardona

Dirección Dr. Alberto Martínez

Centro Auxiliar Castillos

Dirección Dra. Elsa Oliveira

Centro Auxiliar Cerro Chato

Dirección Dr. Carlos Pastor

Centro Auxiliar Carmelo

Dirección Dr. José Mota

Centro Auxiliar Dolores

Dirección Dra. Jeanine Bardier

Centro Auxiliar Guichón

Dirección Dr. Ricardo Medina

Centro Auxiliar Juan Lacaze

Dirección Dra. Marisa
Secondo

Centro Auxiliar Las Piedras

Dirección Dr. Carlos Strozzi

Centro Auxiliar Lascano

Dirección Dr. Eudoxio Vivas

Centro Auxiliar Libertad

Dirección Dr. Antonio Atilio
Tapia

Centro Auxiliar Minas de Corrales

Dirección Dr. Raúl López
Pintos

Centro Auxiliar Nueva Helvecia Dirección Dr. Sergio Ferrer	Centro Auxiliar Nueva Palmira Dirección Dr. Roberto Andrade
Centro Auxiliar Pan de Azúcar Dirección Dr. Haroldo Pi	Centro Auxiliar Pando Dirección Dr. Joaquín Ribas
Centro Auxiliar Paso de los Toros Dirección Dra. Patricia Odera	Centro Auxiliar Río Branco Dirección Dr. Ernesto Banegas
Centro Auxiliar Rosario Dirección Dr. Darío Ruiz	Centro Auxiliar San Carlos Dirección Dr. Ricardo Estela
Centro Auxiliar San Gregorio de Polanco Dirección Dr. Achucarro Moises	Centro Auxiliar San Ramón Dirección Dr. Carlos Casaña
Centro Auxiliar Santa Lucía Dirección Dr. Carlos Alberto Giménez	Centro Auxiliar Sarandí del Yí Dirección Dr. Guillermo Allegre
Centro Auxiliar Sarandí Grande Dirección Dra. Nancy Mosca	Centro Auxiliar Tala Dirección Dra. Graciela Costa
Centro Auxiliar Vergara Dirección Dr. Julio Reolón	Centro Auxiliar Young Dirección Dr. Juan Levin
Centro Auxiliar Ciudad de la Costa Dirección Dr. Gabriel D'Angelo	Centro Auxiliar Rincón de la Bolsa Dirección Dra. Elisa Valdéz
Centro Auxiliar Chuy Dirección Dr. Alvaro De León	

Indicadores asistenciales de A.S.S.E. (2000 – 2004)

Indicadores	2000	2002	2003	2004(*)
Consultas ambulatorias	5.059.038	6.002.180	6.061.310	6.035.895
Egresos hospitalarios	152.340	163.296	156.193	161.377
Intervenciones quirúrgicas	39.231	41.259	45.387	50.304
Nacimientos	23.276	23.621	22.615	21.772

(*)Estimado en base al primer semestre de 2004

Las Consultas Ambulatorias se incrementaron casi un 14%.
 Los Egresos Hospitalarios aumentaron un 19%.
 Las Intervenciones Quirúrgicas aumentaron un 28%.

Y el uso más eficiente de las Camas Hospitalarias, redujo el promedio de estadía de los Hospitales de agudos, de 12 a 6,9 días.

El número de nacimientos se ha mantenido más o menos constante: A.S.S.E. asiste al 50% de los nacimientos del país.

Gastos de funcionamiento e inversiones. Total Estado y Ministerio de Salud Pública. Uruguay 2000 – 2004 (en millones de dólares)

Año	Ejecutado Total del Estado	Gastos	Inversiones	Ejecutado MSP	%
2000	4.667,00	310,70	7,90	318,70	6,83
2001	4.581,80	267,50	6,80	274,30	5,99
2002	3.280,40	172,10	4,20	176,40	5,38
2003	3.167,40	152,50	1,80	154,30	4,90

Estado: P. Ejecutivo, P. Judicial, T. Cuentas, T. Contenc.Adm., ANEP, UDELAR, INAME y P. Legislativo.

A pesar de este aumento sustancial en la producción, el gasto de funcionamiento ejecutado por A.S.S.E., es, dentro de los gastos del Estado, significativamente menor porcentualmente: de 6,83% se pasó a 4,90%.

En valores constantes, el total de gastos de funcionamiento, pasó a ser durante el 2004, el 80% de lo gastado en el 2000.

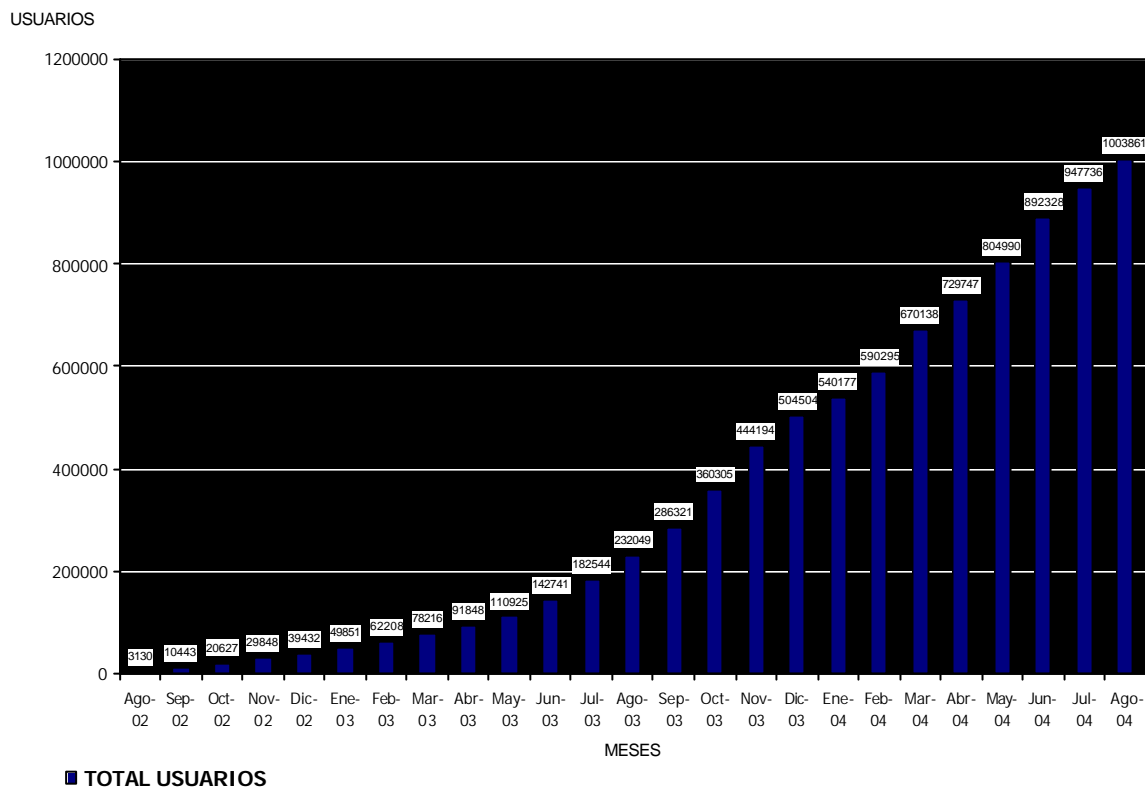
La explicación de este aumento en la eficacia y en la eficiencia, se encuentra en las diferentes medidas tomadas a partir del año 2000:

Identificación de la población beneficiaria de ASSE.

Desde el año 2000 a nivel central y ahora en todas las Unidades Ejecutoras del país, se instaló el **Registro Unico de Cobertura Asistencial Formal (RUCAF)**. Base de datos de los afiliados al mutualismo que posibilita la identificación negativa de los beneficiarios de ASSE y los casos de doble cobertura.

Se revisó, ajustó y reformuló el decreto 179/2002 que regula y categoriza los usuarios así como aplicación de aranceles.

USUARIOS DE ASSE INGRESADOS AL SISTEMA AL 31 DE AGOSTO DE 2004



Desde fines del 2002 hasta ahora, se está haciendo el **Registro Positivo de Usuarios**: con datos patronímicos y socioeconómicos. Permite análisis de población de usuarios. A noviembre del 2004 se tienen más de 1.100.000 registros. En la comparación de la composición etárea de los usuarios de ASSE y los afiliados mutuales se observa que la población de ASSE es más joven, más femenina y de menores recursos.

Se organizó una Red Nacional de Servicios.

Se agruparon todos los Hospitales según nivel de complejidad y de gestión. Permite dotar de recursos y establecer los servicios necesarios según las características de la población a asistir. El modelo elaborado es la llamada **Planilla Horizonte**, difundida a través de la publicación "**Planificación de la Red Asistencial de ASSE**".

Se instaló en todas las Unidades Ejecutoras el **Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF)**, base de la ejecución presupuestal, ya que no se puede gastar y por ende cancelar obligaciones sin estar previamente afectado el crédito, comprometido el gasto, ingresada la obligación y efectuada la correspondiente intervención del Tribunal de Cuentas de la República.

La **Red Informática** permite conocer on line el nivel de ejecución presupuestal y posibles desvíos. Rubro por rubro, se sabe el peso de cada Unidad Ejecutora en el gasto total.

La **Red Wide Area Network (Red Wan)** es la que vincula entre sí todos los Hospitales: utiliza el Sistema SIIF de la Contaduría General de la Nación, contiene la base de datos del Sistema de Recursos Humanos, permite consultar las bases de datos de ASSE de usuarios por la negativa o por la positiva, captura las declaraciones juradas de nuevos usuarios y envía información de otras aplicaciones tales como Winfarma (control de las farmacias hospitalarias) y Sueldos.

La División Sistemas de Información da soporte informático a todo el inciso, administrando una Red que hoy es de más de 1700 equipos.

📄 Oficinas de Desarrollo de Atención Primaria en Salud.

Médicos y funcionarios de las Unidades Ejecutoras, con la Unidad de Medicina Familiar (UNAMEFA) y con los Equipos de Salud Mental desarrollaron e instalaron estas Oficinas, fundamentalmente en Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Flores y Florida. La experiencia de descentralización se ha extendido también al Hospital de Las Piedras y el Hospital Saint Bois y sigue con distintos grados de desarrollo en el resto de los Hospitales del País.

UNAMEFA y el Servicio de Asistencia Externa (SSAE) han fortalecido su coordinación y a nivel de Montevideo se separaron dos regiones (Este y Oeste) con su Red de Efectores de complejidad creciente, cada una con su Oficina DAPS, lo que apunta a establecer sistemas locales de Atención Primaria y a trascender la vieja organización de las Unidades Ejecutoras.

📄 Compromisos de Gestión.

Se empezaron a instrumentar desde el 2001 y se completaron con la totalidad de las Unidades en el 2003. ASSE los firma con cada uno de los Equipos de Dirección, comprometiéndose la primera al financiamiento y los segundos a una serie de metas en gestión: en lo asistencial, en lo organizacional, en lo financiero y en lo económico.

Han dado un enorme resultado, obligando a una gestión racional y con un camino claro de realizaciones necesarias para un mejor funcionamiento y un mejor aprovechamiento de las asignaciones presupuestarias.

📄 Equipos de Dirección.

En todas las Unidades Ejecutoras del país se completó la instalación de Equipos de Dirección: Los Sres. Directores, Subdirectores Técnico y/o Administrativo si corresponde, un Contador Público como Gerente Financiero, Administrador y especialista en Registros Médicos. Todos han recibido capacitación, constituyendo verdaderos Equipos Gerenciales. Están transformando la vieja administración artesanal de los Hospitales Públicos.

📄 Formación y capacitación de cuadros gerenciales y mandos medios.

Más de 1000 funcionarios de los cuadros gerenciales y mandos medios han realizado cursos y talleres de “Planificación Estratégica”, “trabajo en Equipo”, “Cultura Organizacional y Liderazgo”, “Organización, Gestión y Costos Hospitalarios”, “Programación Presupuestal”, “Gestión de Servicios de Salud”, “Gestión Clínico Administrativa”, “Estrategia en Gestión Clínica”, etc.

Corresponde resaltar los organizados por UPAE, la Unidad de Perfeccionamiento y Actualización de Egresados de la Facultad de Ciencias Económicas. A la Fundación Franklin Covey. Y los Programas de Desarrollo Gerencial de la Universidad de Montevideo.

Durante estos últimos dos años también fue muy importante, en el marco del Proyecto ASSE – Universidad de Montreal, los cursos y seminarios de Gestión Clínico Administrativa y Transferencia de Tecnología en Gestión.

Se agregan siete cursos de capacitación para funcionarios de Registros Médicos y Estadísticas y múltiples encuentros subregionales, talleres y conferencias.

Descentralización de la ejecución del crédito.

Cada Unidad Ejecutora marca sus necesidades y es responsable por su gasto. La Red Informática permite el monitoreo y control de ASSE. Ha sido uno de los pilares en la disminución del gasto: posibilitó un descenso importante en el número de días cama contratados al sector privado y mejoró el desempeño de las camas propias, comunes o de CTI.

Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado. UCAMAE.

Por este procedimiento centralizado se licitan precios de medicamentos, material médico quirúrgico, oxígeno, película radiográfica, reactivos, etc.

Ha permitido mejores precios y a su vez oficia de “testigo” para todo el sector privado. Evita las múltiples licitaciones, evita costos administrativos, de oportunidad y de búsqueda, y facilita la gestión hospitalaria sin menoscabo de la búsqueda autonomía, ya que la gestión del crédito sigue siendo de responsabilidad del Hospital, pero sobre la base de un precio que le viene dado.

En este año se incluyeron en el sistema de UCAMAE los estudios médicos para Montevideo y a partir del 1 de enero del 2005 quedan incluidos los estudios médicos del interior y la contratación de camas de CTI.

Los precios de UCAMAE son de referencia para todo el sector privado.

Vademécum Único Nacional.

Se elaboró, difundió y está en total aplicación. Es de uso obligatorio en todas las Unidades Ejecutoras. Posibilitó que en la licitación de UCAMAE del 2002, el gasto total de medicamentos medido en pesos corrientes fuera un 24% inferior al gasto del año 2001. Se espera para la licitación del 2004, una vez que se adjudique, bajen otro 20% la masa total del gasto.

Ha servido de base y para su uso en las Instituciones del sector privado.

Sistema Informático de Gestión del Servicio de Asistencia Externa SSAE.

El SSAE es el responsable de la atención en el primer nivel en Montevideo.

El Comité para la Reforma del Estado CEPRE apoyó con equipos informáticos y software.

El sistema posibilita una mejora sustancial en la gestión del medicamento: abastecimiento, distribución, estoqueo y dispensación, con identificación del usuario, en tiempo real, en los once Centros de Salud de Montevideo.

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.

El sistema permite también una mejor gestión de las unidades móviles, al introducir cambios cualitativos en el manejo de las solicitudes de atención basado en un sistema georeferenciado de localización de domicilios y móviles.

Sistema WINFARMA.

Disponen de este sistema todas las farmacias hospitalarias del país. Mensualmente envían el resumen de las compras efectuadas a la Oficina de Control y Gestión de Compras de ASSE y a UCAMAE.

A partir de un inventario inicial, este se actualiza con los ingresos por las compras realizadas y los egresos por las recetas cumplidas.

Entre los principales informes que el sistema puede dar, están: stock, consumos mensuales, ordenamiento por medicamentos de mayor consumo, consumo y costos por paciente, costos y recetas por médico, costos por receta emitida, gastos por Servicio, listado de vencimiento de medicamentos, compras por proveedor y demanda insatisfecha.

Según **Informe del especialista en Salud del Banco Mundial, Dr. Luis Pérez** de noviembre del año 2004:

“ASSE ha ganado en capacidad de producción, en organización y en los sistemas de información”.

“También se destaca el trabajo para crear un red asistencial integrada”.

“Hay una alta focalización del gasto de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en los sectores de menores ingresos sociales con lo cual el Estado está cumpliendo su objetivo marcado por la Constitución”.

El especialista John L. Fiedler, también en los informes del Banco Mundial, refiere:

“...que el MSP/ASSE está mejorando en eficiencia desde el punto de vista de la administración de recursos, la descentralización del sistema y las prestaciones a los

usuarios. Por ejemplo, se ha constatado que el Estado está presentando un mayor número de servicios de salud que antes y con un menor gasto de dinero en lo que se refiere al costo por paciente”.

Otras acciones de ASSE desarrolladas en el período 2000 – 2004, fundamentalmente en los 2 últimos años y que merecen especial destaque:

- ?? **Complementación de servicios** con la Intendencia Municipal de Montevideo en el ámbito del primer nivel de atención.
- ?? Remodelación y mejoras de la infraestructura edilicia y equipamiento del **Centro de Salud Unión**, con colaboración de AUPI.
- ?? Edificación y equipamiento a nuevo del **Centro de Salud Maroñas**, mediante convenio y colaboración con Hípica Rioplatense.
- ?? **Programa ORO** de atención al adulto mayor en la región Este de Montevideo.
- ?? **Fortalecimiento de Policlínicas Barriales** en la zona de influencia del Centro Cerro.
- ?? **Desarrollo** del Programa operativo **Salud Integral de la Mujer**.
- ?? Se está instrumentando un sistema de **Atención y Seguimiento en domicilio** de pacientes crónicos, por parte del SSAE.
- ?? Se instaló una red de servicios asistenciales para el diagnóstico y tratamiento de la **contaminación con plomo**. Detección, control periódico y coordinación con INDA para complementación alimentaria.
- ?? Programa de **Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI**. Capacitación de médicos de familia, pediatras y enfermeras con posterior evaluación en terreno.
- ?? Programa de **Vigilancia epidemiológica** y seguimiento de niños y embarazadas en riesgo nutricional. Detección, captación, visita domiciliaria, control médico periódico y coordinación con INDA para formalizar complementación alimentaria.
- ?? Fortalecimiento y extensión de los **Programas Aduana y Setiembre**.
- ?? Integración al **Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo**, le correspondió a ASSE ejecutar el subcomponente **“Modelo Integral de Prevención del Embarazo Precoz”**. 1800 adolescentes embarazadas bajo control.
- ?? Contribuyó a capacitar 250 técnicos no médicos en **“Salud Sexual y Reproductiva”**.
- ?? **50 Agentes de Seguimiento** socioeducativo, para adolescentes puérperas, capacitándose en 41 Unidades Asistenciales donde actúa el Programa.
- ?? Se desarrolló software de interfase, **“Infamilia”**, para los 48 computadores adquiridos e instalados en los 41 efectores ya citados.
- ?? Instrumentación del **Internado Obligatorio** de la Licenciatura de Enfermería, con asignación de los Internos a servicios del primer nivel de atención, en Montevideo y en el Interior.
- ?? Se modificaron las **condiciones de ingreso de funcionarios no médicos a ASSE**, proveyéndose las vacantes por llamado abierto a aspirantes y

- selección por sorteo. Últimamente se perfeccionó el mecanismo, haciendo la selección en forma calificada por méritos, o actividad honoraria.
- ?? Se desarrolló e instaló una **Base de Datos para la gestión de Recursos Humanos** que brinda información de remuneraciones por todo concepto: presupuestados, contratados, suplentes, becarios, médicos de familia. Comisión de Apoyo, Patronato del Psicópata, clasificados por Unidad Ejecutora, servicio, función, cédula de identidad, etc. Total de ~~tribuciones~~ **tribuciones** que percibe un funcionario y los puestos que ocupa.
 - ?? La **División Sistemas de Información** ha conectado a la Red Wan del MSP todos los Centros Departamentales y Auxiliares del país. La misma está siendo utilizada para el SSIF, réplicas del Sistema de RRHH, RUCAF, Usuarios, transferencia de datos y software.
 - ?? Se integró al presupuesto de ASSE todo el personal que había sido contratado por **artículo 410** hasta el año 2000.
 - ?? Se aprobó y ejecutó el **Proyecto de Transferencia de Tecnología en Gestión** en convenio con la Universidad de Montreal y el Hospital Saint Justine de Canadá. Permitió la capacitación práctica en gestión clínica de cuadros gerenciales, mandos medios técnico-administrativos y jefes de servicio.
 - ?? **Normalización de procesos asistenciales** para CTI, tratamiento de tumores sólidos, atención psiquiátrica, protocolos para el primer nivel en control y crecimiento de menores de 15 años, diagnóstico y tratamiento de endo y exoparasitosis, neumopatías agudas comunitarias, asma, hipertensión arterial, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama e infecciones genitales.
 - ?? En el último año se realizaron 7 **Talleres de capacitación en el manejo de los sistemas de información**. Sistema de Clasificación de Pacientes SCP, Grupos Relacionados de Diagnóstico GRD, uso de la CIE 10 y CIE 9-MC y control de calidad del Conjunto Mínimo de Datos Básicos CMDB para su posterior agrupamiento en GRD.
 - ?? Encuentro Subregional de Países del Cono Sur, Brasil y Francia sobre **Gestión Hospitalaria**.
 - ?? Rediseño del **Sistema de Información Asistencial**. Procesamiento y análisis de Indicadores de gestión, registro de egresos clasificados y compra y consumo de medicamentos. Se implementó Hoja de Cierre de Historia para todos los Hospitales del País. SCP, GRD, CMBD.
 - ?? Se están recibiendo en forma sistemática **registros de egresos codificados** de los siguientes Hospitales: Pereira Rossell, Canelones, Colonia, Lavalleja, Paysandú, Flores, San José, Rivera, Tacuarembó, Treinta y Tres, Carmelo, Juan Lacaze, Minas de Corrales, Guichón, Castillos, Nueva Palmira, Dolores y Río Branco. Sigue su implantación en el resto del país.
 - ?? Se está instrumentando un sistema de **Atención y Seguimiento en domicilio** de pacientes crónicos, por parte del SSAE.
 - ?? Se instaló una red de servicios asistenciales para el diagnóstico y tratamiento de la **contaminación con plomo**.

- ?? Se **fortaleció la atención en urología** en Canelones, Pando y Las Piedras, Hospital Pasteur, Flores y Río Negro.
- ?? Se **fortaleció la neurocirugía** en Tacuarembó, Hospital Maciel y se trasladó y puso en marcha el Servicio de Neurocirugía Pediátrica en el Pereira Rossell.
- ?? Mediante convenio con la Facultad de Medicina se **fortaleció la cirugía pediátrica** en Las Piedras. Continuará en Durazno y Maldonado.
- ?? Se puso en marcha un Sistema Nacional de Administración de Citostáticos con sede en el **Banco de Citostáticos** del Instituto Nacional de Oncología, INDO.
- ?? Los dos aparatos de **braquiterapia** donados desde Francia ya están instalados, esperándose la habilitación de DINATEN.
- ?? Instalación de la modalidad de **Hospital de Día** para pacientes oncológicos en Salto, San José, Rivera, Artigas y Cerro Largo.
- ?? Se **fortaleció la atención a personas con VIH**: en Pasteur y Pereira Rossell.
- ?? Se aumentó la disponibilidad de **camas de Cuidados Intensivos** en Salto, Minas, Florida y San José.
- ?? **Atención a personas privadas de libertad.** Se instaló una sala de internación para reclusos en el Hospital Saint Bois con contratación de personal médico y enfermería específica para este sector. Se está tramitando un comodato del Hospital viejo de Canelones al Ministerio del Interior para Hospital Penitenciario, siendo ASSE la responsable de la parte técnica.
- ?? **Consolidación de los Equipos de Salud Mental.** Integrados a la red de servicios del primer nivel de atención. Incorporación de psiquiatras infantiles.
- ?? **Reconversión del Hospital Hogar Piñeyro** del Campo que pasó de centro de carácter asilar a ser un Centro Geriátrico, con todos los niveles de dependencia.
- ?? Creación del **Primer Banco de Leche Materna** en el Hospital Pereira Rossell.
- ?? En el año 2001 se terminaron las **remodelaciones de los pabellones de Ginecología** (la totalidad de las Salas de Internación) en el Hospital Pereira Rossell CHPR, en el 2003 se inauguró el nuevo **Block Quirúrgico** y en el 2004 se terminó la remodelación completa de las primeras 200 camas en 4 pisos de la **Maternidad**.
- ?? **Ampliación del CTI de Recién Nacidos.**
- ?? **Remodelación** del sector para atención de **niños con HIV SIDA.**
- ?? **Incorporación** en el CHPR de la Cátedra de Neuropediatría, Neurocirugía, Traumatología, Otorrinolaringología de Urgencia. **Desarrollo de la Fisiatría y de la Fisioterapia.**
- ?? **En el Hospital Pasteur:** se terminó y puso en funcionamiento el Policlínico para los servicios ambulatorios de especialidades, se impermeabilizaron todas las azoteas, se reconstruyeron y pintaron todas las áreas de circulación interna, se repararon 17 Salas de Internación, estacionamiento para más de 100 autos, se acondicionaron distintos locales para especialidades
- ?? El **Departamento de Transportes** hizo más de 550 reparaciones, en el último año recuperó totalmente 35 ambulancias que estaban en desuso o abandono, incrementó la flota en 6 autos, 60 ambulancias, 17 minibuses, bajó y

racionalizó el gasto en combustible en el último año y bajó los costos de seguros un 40%.

EJECUCION PRESUPUESTAL

Por toda Fuente de Financiamiento

(en pesos corrientes)

	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
<i>Remuneraciones</i>	1.164.240.324	33%	1.195.568.330	36%	1.198.274.522	34%	1.330.466.796	33%
<i>Medicamentos</i>	588.552.662	17%	476.979.422	14%	403.502.302	12%	592.724.289	15%
<i>MMMO y Reactivos</i>	187.212.295	5%	206.767.673	6%	226.970.045	6%	374.898.813	9%
<i>Oxígeno</i>	60.204.327	2%	52.610.151	2%	73.161.062	2%	87.078.422	2%
<i>CTI</i>	164.911.341	5%	132.613.515	4%	167.206.520	5%	124.109.702	3%
<i>Estudios y Traslados.</i>	131.354.406	4%	126.867.760	4%	121.103.230	3%	114.074.860	3%
<i>Limp., Vig., Residuos.</i>	100.859.108	3%	97.530.900	3%	103.108.497	3%	118.465.084	3%
<i>Otros Gtos Func.</i>	314.170.428	9%	343.770.372	10%	386.619.155	11%	462.085.639	11%
<i>Suministros</i>	150.362.351	4%	143.981.904	4%	166.649.011	5%	213.002.806	5%
<i>Comisión de Apoyo</i>	466.063.810	13%	423.556.766	13%	451.385.476	13%	510.300.750	13%
<i>Convenio Patronato</i>	78.911.927	2%	80.978.495	2%	89.041.176	3%	87.418.058	2%
<i>Inversiones</i>	80.445.334	2%	84.126.822	2%	110.000.000	3%	44.001.672	1%
Total General	3.487.288.313	100%	3.365.352.110	100%	3.497.020.996	100%	4.058.626.891	100%

EJECUCION PRESUPUESTAL

Por toda Fuente de Financiamiento

(en dólares americanos)

	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
<i>Remuneraciones</i>	96.170.521	33%	89.676.592	36%	55.457.700	34%	46.910.190	33%
<i>Medicamentos</i>	48.616.608	17%	35.777.034	14%	18.674.610	12%	20.898.536	15%
<i>MMMO y Reactivos</i>	15.464.422	5%	15.509.126	6%	10.504.468	6%	13.218.349	9%
<i>Oxígeno</i>	4.973.098	2%	3.946.156	2%	3.385.989	2%	3.070.250	2%
<i>CTI</i>	13.622.282	5%	9.947.008	4%	7.738.535	5%	4.375.915	3%
<i>Estudios y Traslados.</i>	10.850.356	4%	9.516.034	4%	5.604.815	3%	4.022.102	3%
<i>Limp., Vig., Residuos.</i>	8.331.332	3%	7.315.549	3%	4.771.995	3%	4.176.895	3%
<i>Otros Gtos Func.</i>	25.951.630	9%	25.785.356	10%	17.893.236	11%	16.292.421	11%
<i>Suministros</i>	12.420.482	4%	10.799.723	4%	7.712.732	5%	7.510.148	5%
<i>Comisión de Apoyo</i>	38.498.580	13%	31.769.934	13%	20.890.706	13%	17.992.411	13%
<i>Convenio Patronato</i>	6.518.415	2%	6.073.995	2%	4.120.941	3%	3.082.225	2%
<i>Inversiones</i>	6.645.080	2%	6.310.143	2%	5.090.943	3%	1.551.431	1%
Total General	288.062.805	100%	252.426.651	100%	161.846.670	100%	143.100.871	100%

Tipo de cambio promedio año 2000 - 12,106
 año 2001 - 13,332
 año 2002 - 21,607
 año 2003 - 28,362

EJECUCION GLOBAL

Por toda Fuente de Financiamiento

(en pesos constantes)

	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
<i>Remuneraciones</i>	1.653.175.693	33%	1.626.611.378	36%	1.430.516.606	34%	1.330.466.796	33%
<i>Medicamentos</i>	835.721.745	17%	648.946.727	14%	481.706.598	12%	592.724.289	15%
<i>MMMO y Reactivos</i>	265.834.132	5%	281.314.452	6%	270.959.962	6%	374.898.813	9%
<i>Oxígeno</i>	85.487.788	2%	71.577.900	2%	87.340.682	2%	87.078.422	2%
<i>CTI</i>	234.167.650	5%	180.425.198	4%	199.613.443	5%	124.109.702	3%
<i>Estudios y Traslados.</i>	186.518.115	4%	172.607.903	4%	144.574.702	3%	114.074.860	3%
<i>Limp., Vig., Residuos.</i>	143.215.986	3%	132.694.107	3%	123.092.342	3%	118.465.084	3%
<i>Otros Gtos Func.</i>	446.109.711	9%	467.711.284	10%	461.551.265	11%	462.085.639	11%
<i>Suministros</i>	213.508.653	4%	195.892.278	4%	198.947.882	5%	213.002.806	5%
<i>Comisión de Apoyo</i>	661.792.369	13%	576.263.387	13%	538.870.190	13%	510.300.750	13%
<i>Convenio Patronato</i>	112.051.848	2%	110.173.997	2%	106.298.581	3%	87.418.058	2%
<i>Inversiones</i>	114.229.226	2%	114.457.403	2%	131.319.513	3%	44.001.672	1%
Total General	4.951.812.916	100%	4.578.676.013	100%	4.174.791.765	100%	4.058.626.891	100%

IPC Promedio año 2000 - 127,75
 año 2001 - 133,33
 año 2002 - 151,95
 año 2003 - 181,40

II. Dirección General de la Salud (D.I.G.E.SA.)

La DIGESA es quien promueve la salud de la población del país.

Regula y controla: todos los Servicios de Salud, la tecnología, los medicamentos, los alimentos y otros productos que puedan afectar la salud humana. Es fundamental en el ejercicio de la policía sanitaria en todos los aspectos. Normatiza y controla. Supervisa y evalúa el cumplimiento de las políticas, programas y normas del Sector Salud.

Mantiene actualizados los Indicadores de la Salud del país, realiza la vigilancia epidemiológica y habilita, registra y controla la gestión y calidad de las Instituciones.

En suma: es quien asesora e informa a la conducción superior de la política nacional en materia de salud.

Tiene un total de 332 funcionarios en todo el país, entre técnicos y no técnicos.

Principales acciones emprendidas

Históricamente la DIGESA ha tenido debilidades organizacionales que han generado dificultades para el ejercicio pleno de sus funciones específicas.

Si bien el Decreto de Reestructura del Ministerio de Salud Pública 460/2001 ya estaba vigente al asumir esta administración, se detectaron importantes problemas funcionales y de comunicación horizontal, por lo que se comenzaron ahí las acciones que luego llevaron a importantes logros.

1- La ubicación física de las distintas oficinas de la DIGESA, dentro del casco central y afuera del mismo, no favorecía el funcionamiento armónico de la Dirección así como el intercambio de información. Por ello se cerraron más de 10 oficinas separadas, **se centralizaron, mejoró su control y se establecieron los mecanismos de diseminación horizontal de la información.**

2- El número de funcionarios técnico-profesionales con que se contaba, era notoriamente insuficiente. Era imprescindible fortalecer la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, la División Servicios de Salud y los distintos Departamentos. Se realizó entonces un llamado público a **Concurso de Oposición y Méritos, más Entrevista Personal.**

Esta modalidad de Concurso en el MSP se había dejado de hacer hace muchos años.

En carácter de contratados al amparo del Art. 410 de la Ley 16320, cincuenta vacantes de DIGESA se transformaron y distribuyeron según las necesidades, reforzando con ingenieros, químicos, médicos y otros profesionales toda la estructura.

3- **Remuneraciones.** A efectos de tender a generar una pirámide salarial más equitativa y con retribuciones acorde a la función, responsabilidad y carga horaria, se hizo un estudio pormenorizado que concluyó con la **reasignación de Niveles de Compensación y de Comisión de Apoyo.** Se logró una pirámide salarial más equitativa.

Para también mejorar la gestión y el manejo del Recurso Humano se creó una nueva "herramienta": el Proyecto con Naciones Unidas convalidado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto "**Apoyo al Fortalecimiento de las Actividades de Vigilancia Sanitaria del MSP**", por un total de U\$S 638.000 que serán financiados con los fondos de libre disponibilidad de la DIGESA.

4- Se dotó a los diferentes sectores del **equipamiento informático** mínimo para permitir un funcionamiento adecuado. Se compraron 42 computadoras (algunas con apoyo financiero de OPS/OMS) , **software de trabajo, impresoras, y mobiliario.**

5- Para cumplir las diferentes actividades, DIGESA necesita unidades de transporte para muchos de sus Departamentos. Se reorganizó la flota de 5 autos, 7 camionetas y 2 unidades en el interior (Salto y Maldonado). Se creó la **Unidad de Transporte** y se redujo sustancialmente el uso de combustible, aumentó el rendimiento de los vehículos y se les realiza el mantenimiento y control con la asiduidad necesaria. Se suprimieron 11 líneas telefónicas innecesarias y se racionalizó todo el sistema de comunicaciones.

6- **Carné de Salud.** Esta era un área que de acuerdo con las directivas de los Organismos Internacionales (BID) debía ser tercerizada. Pero se reestudió la exigencia y racionalizando los procesos, se pasó a realizar 30.000 carné anuales, a costo competitivo de mercado (\$130), gratuito para los usuarios del MSP y sus funcionarios, entregándolo en 24 horas. Se abatió en U\$S 100.000 el costo de funcionamiento del servicio.

Específicamente en Salud de la Población:

7- Para **reducir el riesgo nutricional en la infancia**, se desarrollaron flujogramas para su detección temprana y se coordinó con los Centros Asistenciales de ASSE y de la IMM la vigilancia de los problemas nutricionales y su derivación al Programa de Complemento Alimentario.

Se ha promovido la lactancia materna a través del Programa INFAMILIA y CAIF.

Se realizaron manuales operativos para el desarrollo de huertas orgánicas.

Se ha participado activamente en el asesoramiento técnico al Programa de Complementación Alimentaria del INDA.

8- Se analizaron en profundidad los datos de **mortalidad infantil** en cada departamento y en cada zona de Montevideo. Las diferentes causas se encararon a través de los Programas "Aduana", "Setiembre", "Infancia, Adolescencia y Familia", "Salud integral de la Mujer", convenio con la IMM, Centros de Salud, Policlínicas Barriales y Oficinas DAPS. Estos Programas y lugares asistenciales están descriptos en el informe de la Administración de los Servicios de Salud del Estado ASSE.

9- **Inmunizaciones.** Se planificó y aplicó el Programa ampliado de Inmunizaciones P.A.I. Se hizo campaña educativa promoviendo la vacunación y se reforzaron los controles del certificado esquema.

Se realizó la campaña de vacuna contra la influenza a mayores de 55 años y población de riesgo, ampliándose a los niños de 6 a 23 meses.

Los puestos móviles de vacunación se instalaron primero en las zonas más críticas alcanzando así a aquellos más vulnerables, lográndose una cobertura del 95% para la pentavalente y triple viral en todo el país.

10- Para **disminuir el riesgo del embarazo adolescente** se elaboraron las Normas de Atención Integral del Adolescente y se instaló la Red Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en las Policlínicas departamentales.

Se aportaron distintos métodos anticonceptivos y se participó en Programas de prevención del segundo embarazo adolescente.

11- Para **controlar la presencia del mosquito transmisor del Dengue** (*Aedes aegypti*) se concentró la acción sobre todo en las áreas de alto riesgo: Río Negro y Soriano. La fumigación y controles se realizaron en coordinación con los referentes locales.

La Comisión Nacional de Control del Aa, conformada por las Instituciones involucradas y el Sistema Nacional de Emergencia, ha reforzado las acciones en los momentos críticos.

12- Se ha **fortalecido y reformulado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica** a nivel nacional. Se elaboró y está funcionando el nuevo **Código de Notificación de Enfermedades y Eventos Sanitarios**.

Se ha integrado más personal técnico, se han formado equipos de trabajo multidisciplinarios y con ello ha mejorado sustancialmente la respuesta a brotes. Los distintos departamentos y oficinas tienen ahora una mucho mejor comunicación horizontal, acelerándose los procesos de reacción frente a riesgos o epidemias.

13- Además de realizar las medidas de **control de brotes de enfermedades transmisibles** (hepatitis, meningitis, fiebre Q, Hanta virus, etc.) se ha apoyado a los niveles departamentales tanto técnica como operativamente.

14- **Se revisó el Sistema de Vigilancia del VIH/SIDA** y se integró a Vigilancia Epidemiológica. Se continuaron las actividades de promoción y prevención y con la colaboración de ONUSIDA se hicieron campañas de información. Se han promocionado las medidas preventivas de barrera y se sigue atendiendo fundamentalmente a los grupos de riesgo.

15- Para evitar el **riesgo de introducción de nuevas enfermedades emergentes** (SARS, influenza, etc.) se realizó el **Plan de Contingencia Nacional**. Se ha coordinado regionalmente en MERCOSUR y a través del personal de Sanidad de Fronteras.

16- Para **disminuir riesgos ambientales y ocupacionales** se creó la Comisión Intersectorial para el Manejo de Contaminantes Químicos, se hizo un manual para el manejo de conflictos ambientales y se tomaron acciones coordinadas en distintos puntos del país (en particular plomo y cromo).

Se reglamentaron los controles a trabajadores expuestos a riesgos laborales y se hacen de notificación obligatoria los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

17- Se elaboraron varios **manuales** (del Vacunador, de Vigilancia Epidemiológica, Conflictos Ambientales, contaminantes químicos, etc) y numerosas **Guías** (Aedes aegypti, manejo de la influenza, leptospirosis, helmintiasis, SARS, SAMR comunitario, etc.). También se editaron la Revista de Salud Pública y el Boletín Epidemiológico.

Específicamente en la División Servicios de Salud.

1 – Ha habido un cambio muy importante en este período. Desde el año 2003 **se la definió como un área prioritaria** por constituir un sector clave en el rol de rectoría del MSP. Se reestructuró internamente y se establecieron 3 ejes de acción considerados esenciales:

- ?? Elaboración de políticas específicas para el Sector Privado. Significó la introducción de **ajustes en el marco normativo** que les regula el funcionamiento.
- ?? Se establecieron las **actividades de seguimiento** de las Instituciones de Salud en lo asistencial, lo organizacional, lo económico y lo financiero.
- ?? Se establecieron las **bases para la introducción de nuevas técnicas** que tomaran en cuenta las necesidades epidemiológicas de la población. Introducir nuevas técnicas debe estar enmarcado en criterios de evidencia y racionalidad.

2 – Si bien se puso énfasis en el trabajo con el subsector privado, la responsabilidad sobre el control del funcionamiento del sector público sigue vigente.

3 – La **adecuación del Marco Regulatorio** buscó eliminar los incentivos perversos que afectan la calidad de los servicios y fomenta la adecuada competencia entre las Instituciones. Allí se articulan los aspectos de financiamiento, la cobertura, el modelo institucional y la estructura organizacional, promoviendo la transparencia y la equidad en las relaciones contractuales entre los beneficiarios y las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

4 – Se exigió la **generación de información** auditada por parte de todo el Sistema Privado y simultáneamente se **desarrollaron facultades de inspección** oportunas y suficientes.

5 - Se implementó un **nuevo sistema** para el análisis de la información económica y financiera de las IAMCs. **Se pusieron al día las bases de datos** y se definieron unos **150 indicadores** que se verifican en los estados contables. Se elaboró, conjuntamente con el Departamento de Evaluación de Calidad, la versión final de los formularios asistenciales del SINADI para implementarlos desde el 2005 en todas las IAMCs. Esto implica un cambio cualitativo de significación, poniendo al día una parte del sistema de información no modificado en 20 años.

6 - Se **recalaron** desde el año 1995 a la fecha los **indicadores asistenciales del SINADI para su anualización y apertura en Montevideo e Interior**. Se preparan las series para regiones definidas a efectos de poder comparar con los datos de ASSE.

7- En Febrero del 2003, al asumir el actual Ministro, las Instituciones Privadas atravesaban una crisis sin precedentes: todas con resultados operativos en negativo y resultados netos que oscilaban de -9 a -29 acumulativo anual, según los grupos conciliados de empresas. **Se fortaleció la Dirección de Servicios de Salud DSS y se inauguró una nueva época en control y fiscalización. Se trabajó “mano a mano” con cada una de las empresas en dificultades**, estuvieran o no en el Programa de Modernización de los Servicios de Salud.

TOTAL MONTEVIDEO
ESTADO DE SITUACION PATRIMONIAL

Ejercicio al :	30/09/2000	30/09/2001	30/09/2002	30/09/2003
ACTIVO				
-Disponibilidades	72.793.948	111.247.406	104.526.519	75.680.009
-Inversiones Temporarias	48.873.379	72.820.194	62.856.196	48.519.852
-Créditos	779.230.060	858.198.737	1.119.413.612	986.360.159
-Bienes de Cambio	230.518.324	218.719.590	200.014.714	188.025.574
-Otros Activos	81.612.518	33.242.057	131.129.989	163.736.028
Subtotal Activo Corriente	1.213.028.229	1.294.227.984	1.617.941.029	1.462.321.622
-Créditos a Largo Plazo	80.009.246	72.563.236	532.787.109	407.168.568
-Bienes de Uso	3.564.329.108	3.821.143.436	5.134.587.244	5.393.461.932
-Activo Intangible	122.402.466	63.670.250	65.150.537	22.133.527
-Activo Nominal				
Subtotal Activo No Corriente	3.766.740.820	3.957.376.922	5.732.524.890	5.822.764.027
TOTAL DE ACTIVO	4.979.769.049	5.251.604.906	7.350.465.919	7.285.085.649
PASIVO Y PATRIMONIO				
-Deudas con Proveedores	1.655.837.247	1.996.555.633	2.303.370.702	2.440.311.600
-Deudas Financieras	716.395.887	717.525.718	1.117.262.110	704.359.702
-Deudas con Org.Prev.Soc.(del Ej.)	174.491.115	193.588.077	190.099.199	311.410.325
-Deudas con Org.Prev.Soc.(Ej.ant.)	15.617.823	5.538.069	2.371.300	
-Deudas Diversas	972.712.638	1.157.922.238	1.305.830.705	1.715.737.345
-Previsones Corrientes	76.275.752	51.333.779	101.833.615	55.678.181
Subtotal Pasivo Corriente	3.611.330.462	4.122.463.514	5.020.767.631	5.227.497.153
-Deudas a Largo Plazo	475.076.367	630.166.287	1.202.344.169	1.565.882.150
-Consolidación de Deudas c/O.P.S.	5.866.613	2.991.006	9.091.412	
-Previsiones no Corrientes	66.630.604	168.001.747	204.402.284	124.203.225
Subtotal Pasivo No Corriente	547.573.584	801.159.040	1.415.837.865	1.690.085.375
-Capital Social	283.210.581	41.470.754	23.546.484	23.249.453
-Ajustes al Patrimonio	2.026.875.435	2.357.975.119	3.742.357.529	4.189.830.862
-Reservas Obligatorias	810.814.806	937.650.532	921.290.587	945.871.819
-Reservas Facultativas	52.624.152	39.593.796	43.552.472	18.974.839
-Resultados del Ejercicio Anterior	-1.796.673.714	-2.360.464.085	-2.783.812.416	-3.935.627.150
-Resultado del Ejercicio	-555.986.257	-688.243.764	-1.033.074.232	-874.796.703
Subtotal Patrimonio	820.865.003	327.982.352	913.860.423	367.503.120
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	4.979.769.049	5.251.604.906	7.350.465.919	7.285.085.648

25/02/2000
 clausura Cemeco

05/07/2001
 clausura Midu

12/01/2005
 clausura Comaec

28/11/02 - clausura Central Médic

07/12/02 - clausura Oca-Larghero

26/03/03 - clausura Caisa

Fuente : SI.NA.D.I.

TOTAL MONTEVIDEO
ESTADO DE RESULTADOS

Cierre del Ejercicio :	30/09/2000	30/09/2001	30/09/2002	30/09/2003
INGRESOS OPERATIVOS				
-Cuotas (incluye sobrecuota de inversiones)	5.636.527.827	5.725.170.302	5.558.694.016	5.935.522.031
-Tasas moderadoras, Ordenes	330.151.400	317.453.753	296.918.261	245.649.349
-Tasas moderadoras, Tiques, Para-clínica	671.581.497	741.308.735	715.143.348	798.729.625
-Otros	934.435.867	1.043.640.608	887.969.051	816.865.407
Subtotal Ingresos Operativos	7.572.696.591	7.827.573.398	7.458.724.675	7.796.766.412
INGRESOS NO OPERATIVOS				
-Otros ingresos	374.389.880	422.359.534	689.097.952	697.969.966
Subtotal Ingresos No Operativos	374.389.880	422.359.534	689.097.952	697.969.966
TOTAL DE INGRESOS	7.947.086.471	8.249.932.932	8.147.822.627	8.494.736.378
EGRESOS OPERATIVOS				
-Remuneraciones y Cargas Sociales	4.399.259.245	4.421.846.279	4.186.710.430	4.053.818.982
Bienes	1.613.351.795	1.599.944.157	1.530.436.129	2.043.803.992
-Medicamentos	1.171.879.597	1.188.648.513	1.096.312.568	1.338.218.323
-Otros Bienes	441.472.198	411.295.644	434.123.561	705.585.669
Servicios	1.052.813.937	1.170.473.359	1.159.236.258	950.971.863
-Servicios Propios	99.975.405	183.723.902	189.790.297	
-Servicios Contratados	952.838.532	986.749.457	969.445.961	950.971.863
-Gastos de Mantenimiento	101.671.576	92.391.368	102.832.463	149.132.857
-Gastos de Funcionamiento	599.809.449	588.502.908	543.235.460	1.117.324.105
-Amortizaciones	167.966.656	177.091.429	276.073.535	291.244.856
-Transferencias	63.487.426	68.500.058	9.649.851	
-Otros Egresos				
Subtotal Egresos Operativos	7.998.360.084	8.118.749.558	7.808.174.126	8.606.296.655
EGRESOS NO OPERATIVOS				
-Gastos Financieros	317.751.120	558.821.103	1.001.949.932	667.990.836
-Otros Egresos	186.961.524	260.606.035	370.772.801	95.245.590
Subtotal Egresos No Operativos	504.712.644	819.427.138	1.372.722.733	763.236.426
TOTAL DE EGRESOS	8.503.072.728	8.938.176.696	9.180.896.859	9.369.533.081
RESULTADO DEL EJERCICIO	-555.986.257	-688.243.764	-1.033.074.232	-874.796.703

12/01/2005

Fuente : SI.NA.D.I.

TOTAL INTERIOR**ESTADO DE SITUACION PATRIMONIAL**

Ejercicio al :	30/09/2000	30/09/2001	30/09/2002	30/09/2003
ACTIVO	\$	\$	\$	\$
-Disponibilidades	86.656.374	78.048.166	128.539.196	133.998.665
-Inversiones Temporarias	100.795.977	178.739.080	286.345.129	237.235.272
-Créditos	442.288.110	477.362.208	683.232.112	675.185.830
-Bienes de Cambio	147.303.737	148.123.802	142.413.832	169.752.409
-Otros Activos	9.875.869	13.719.242	24.978.926	37.158.207
Subtotal Activo Corriente	786.920.067	895.992.498	1.265.509.195	1.253.330.383
	0	0	0	
-Créditos a Largo Plazo	138.917.773	210.907.707	390.479.746	521.491.678
-Bienes de Uso	1.441.859.833	1.627.993.658	2.209.683.917	2.302.101.823
-Activo Intangible	3.111.082	3.594.430	25.237.274	4.711.544
Subtotal Activo No Corriente	1.583.888.688	1.842.495.795	2.625.400.937	2.828.305.045
TOTAL DE ACTIVO	2.370.808.755	2.738.488.293	3.890.910.132	4.081.635.428
PASIVO Y PATRIMONIO				
-Deudas con Proveedores	363.803.756	422.261.860	588.189.827	656.967.907
-Deudas Financieras	193.780.254	342.602.217	413.302.795	204.520.318
-Deudas con Org.Prev.Soc.(del Ej.)	67.925.856	76.952.275	103.724.748	58.341.922
-Deudas con Org.Prev.Soc.(Ej.ant.)	1.138.686	1.033.543	1.513.083	
-Deudas Diversas	323.792.687	379.269.117	468.546.329	604.879.099
-Previsiones Corrientes	24.899.619	26.371.728	16.524.636	29.769.830
Subtotal Pasivo Corriente	975.340.858	1.248.490.740	1.591.801.418	1.554.479.076
	0	0	0	
-Deudas a Largo Plazo	136.841.993	173.538.801	384.452.934	474.976.211
-Consolidación de Deudas c/O.P.S.	1.024.391	1.884.378	12.432.338	883.453
-Previsiones no Corrientes	17.156.167	33.257.403	34.146.615	30.592.930
Subtotal Pasivo No Corriente	155.022.551	208.680.582	431.031.887	506.452.594
	0	0	0	
-Capital Social	70.264.743	100.280.806	135.887.244	142.227.888
-Ajustes al Patrimonio	772.591.383	826.797.670	1.406.853.053	1.602.610.954
-Reservas Obligatorias	615.754.252	677.031.315	681.907.727	612.061.328
-Reservas Facultativas	42.267.720	45.174.323	41.667.025	142.205.016
-Resultados del Ejercicio Anterior	-209.114.479	-247.358.304	-389.931.252	-429.905.584
-Resultado del Ejercicio	-51.318.273	-120.608.839	-8.306.970	-48.495.845
Subtotal Patrimonio	1.240.445.346	1.281.316.971	1.868.076.827	2.020.703.757
	0	0	0	
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	2.370.808.755	2.738.488.293	3.890.910.132	4.081.635.427

12/01/2005

Fuente : SI.NA.D.I.

**TOTAL INTERIOR
ESTADO DE RESULTADOS**

Cierre del Ejercicio :	30/09/2000	30/09/2001	30/09/2002	30/09/2003
INGRESOS OPERATIVOS	\$	\$	\$	\$
-Cuotas (incluye sobrecuota de inversiones)	3.182.508.782	3.305.754.458	3.377.314.568	3.659.054.081
-Tasas moderadoras, Ordenes	78.834.159	92.267.396	85.492.863	77.939.833
-Tasas moderadoras, Tiques, Para-clínica	283.490.073	310.202.854	325.001.341	366.419.548
-Otros	403.479.437	402.574.666	416.584.656	350.555.994
Subtotal Ingresos Operativos	3.948.312.451	4.110.799.374	4.204.393.428	4.453.969.456
INGRESOS NO OPERATIVOS				
-Otros ingresos	71.156.267	139.339.739	463.393.360	298.024.545
Subtotal Ingresos No Operativos	71.156.267	139.339.739	463.393.360	298.024.545
TOTAL DE INGRESOS	4.019.468.718	4.250.139.113	4.667.786.788	4.751.994.001
EGRESOS OPERATIVOS				
-Remuneraciones y Cargas Sociales	2.136.101.029	2.230.452.124	2.205.650.302	2.036.907.258
Bienes	691.919.532	719.894.441	733.029.766	1.001.815.098
-Medicamentos	550.498.741	563.804.756	535.847.974	692.919.544
-Otros Bienes	141.420.791	156.089.685	197.181.792	308.895.554
Servicios	722.465.685	754.618.704	770.876.633	533.908.795
-Servicios Propios	58.504.022	60.334.507	70.733.877	
-Servicios Contratados	663.961.663	694.284.197	700.142.756	533.908.795
Gastos de Mantenimiento	41.702.144	48.140.848	48.533.226	53.732.734
Gastos de Funcionamiento	306.465.776	328.674.728	341.618.638	551.883.906
Amortizaciones	72.935.609	84.573.099	143.306.035	159.379.362
Transferencias	2.907.804	1.275.051	1.438.857	
-Otros Egresos				
Subtotal Egresos Operativos	3.974.497.579	4.167.628.995	4.244.453.457	4.337.627.153
EGRESOS NO OPERATIVOS				
-Gastos Financieros	70.342.556	109.960.796	336.927.928	240.166.776
-Otros Egresos	25.946.856	93.158.161	94.712.373	222.695.917
Subtotal Egresos No Operativos	96.289.412	203.118.957	431.640.301	462.862.693
TOTAL DE EGRESOS	4.070.786.991	4.370.747.952	4.676.093.758	4.800.489.846
RESULTADO DEL EJERCICIO	-51.318.273	-120.608.839	-8.306.970	-48.495.845

12/01/2005

Fuente : SI.NA.D.I.

8- Se incorporó a los **funcionarios y a todo el Programa PROMOSS a la línea del Ministerio**, se reformuló la operativa del Programa y se elaboraron las baterías de indicadores por Institución desde 1999 a la fecha, en forma mensual. Esto constituyó la base misma para el análisis de los **Proyectos de Equilibrio económico – financiero que más adelante, con el Fideicomiso, se les solicitó a todas las IAMCs del país** y que están en total aplicación.

9- El endeudamiento laboral de las IAMCs superaba los U\$S 33.000.000 y era a todas luces incobrable por los trabajadores. Con el aumento de cuota de dic./2003, el aporte del Estado a través del precio DISSE y el aporte de las Instituciones, se generó un Fondo de 2,15% de los ingresos que se afectó al **Fideicomiso para el pago del endeudamiento laboral**.

Fue y sigue siendo el primer y más grande Fideicomiso de administración operativo en el país.

Los funcionarios aseguraron y así está ocurriendo, el cobro en cuotas de todos sus adeudos. Y se comprometieron bajo firma a no reclamar por los mismos, lo que estaba ahogando la caja de las Instituciones.

10- A setiembre del 2002 el pasivo corriente del compilado de Instituciones era el 78% del total del pasivo. Hoy en día, con el Fideicomiso operativizándose, ese pasivo corriente es del 45%.

11- El aumento de cuota de diciembre/2003 marcó, además **un jalón en pro de la solidaridad del sistema**: cargó porcentualmente más a las afiliaciones colectivas, que en la lucha por la competencia entre empresas, habían quedado muy atrás, en perjuicio de las afiliaciones individuales.

12- El Fideicomiso permitió otra acción importantísima para lograr un mejor gerenciamiento: para poder dar el destino fijado a los dineros del fideicomiso se exigió que cada IAMC hiciera **un Plan de Equilibrio Económico – Financiero** que se controla mensualmente desde la División de Servicios de Salud y que condiciona el uso de los dineros para el pago del endeudamiento laboral.

13- **El PROMOSS, el Fideicomiso y el Plan de Equilibrio son las herramientas indiscutidas** que están atrás de los mejores indicadores de gestión que hoy pueden mostrar todas las IAMCs del país. A ello debe sumarse **la reactivación general** que está permitiendo que poco a poco, los afiliados perdidos durante la crisis, vayan volviendo al sistema privado.

14 – Se elaboró un **archivo histórico de la población de las IAMCs por grupo etáreo y sexo** desde el año 1981.

15- Se prepararon los **cuadros estadísticos sobre censos, estados contables e indicadores asistenciales, período 2000 – 2003**, de las Cooperativas y Mutualistas de Asistencia Médica, para su **publicación en la página Web** del Ministerio.

16- Se **modificaron los Planes de Cuentas y los Manuales para la contabilización del Fideicomiso** de las Instituciones de Salud y se reformularon los formularios en medio magnético para la recepción de los Estados Contables.

17- **Análisis de todos los Estados Contables de las IAMCs, previo a su publicación en el Diario Oficial**, realizándose comunicaciones o reuniones en aquellos casos de observaciones por parte de los técnicos del Ministerio.

18– Junto al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública, el Plenario de Instituciones Médicas, la Unión de la Mutualidad del Uruguay, la FEMI, el Círculo Católico, COSEM, el CASMU y la Federación Uruguaya de la Salud, **se está instrumentando un mecanismo de reinserción de aquellos trabajadores no**

médicos del sector que no pudieron ser absorbidos en ocasión del cierre de algunas Instituciones. Se acordó la creación del Registro de Trabajadores y en 120 días se negociarán las condiciones de integración.

19- El Departamento de Control de Calidad de la División Servicios de Salud definió un **Programa de Inspecciones Regulares a todas las Instituciones de Asistencia**, enfocando en primera instancia el área propiamente asistencial, pero en algunos casos también abarcando los aspectos económicos, financieros y organizacionales.

20- La **función de rectoría del MSP** en lo referente a habilitación, contralor y fiscalización ha estado limitada tradicionalmente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva IAMCs, pero esta administración ha **extendido la misma a los Servicios Privados Particulares de Montevideo y del Interior**. Se hacen anualmente cientos de visitas inspectivas y se procesan casi mil denuncias o reclamos de usuarios que cada día más, saben defender sus derechos.

Específicamente en la División Productos de Salud.

1 – En esta División se regulan y controlan los medicamentos, los alimentos, los dispositivos médico quirúrgicos, la tecnología médica, cosméticos, hierbas, etc. En el caso de alimentos, aunque tenía mandato legal para hacerlo, el Ministerio actuaba sólo en forma muy esporádica. **La División intensificó enormemente las inspecciones** a plantas elaboradoras de alimentos y se verificó la aplicación de Buenas Prácticas de Fabricación y Control, que se extendió también a productos farmacéuticos. Por concurso de oposición y méritos ingresaron 12 técnicos profesionales que permitieron absorber el mayor trabajo.

2 – Se ejerció la coordinación nacional del Proyecto de Cooperación con la FAO para la **prevención del fusarium en el trigo**. Se logró reducir en forma muy importante los niveles de toxina DON en la harina comercializada.

3 – Se estableció una **cooperación técnica efectiva con la Food and Drug Administration de EEUU** en las áreas de Tecnología Médica y Alimentos, que permite la evacuación rápida de consultas y asesoramiento técnico.

4– A pesar de que se ha logrado en parte, ha sido muy difícil disminuir los tiempos de Registro de nuevos medicamentos. El personal del Departamento, fundamentalmente el cuerpo de evaluadores, ha disminuido en un tercio (los bajos sueldos no atraen a los profesionales). Por eso el Ministerio ha resuelto realizar una **licitación para contratar los servicios de una firma consultora internacional que analice los Procesos de Registro de Medicamentos** y aconseje y planifique modificaciones tendientes a acelerar el proceso sin disminuir la calidad de la evaluación. Esta administración considera que ello es un objetivo estratégico para conseguir una mayor concurrencia y competencia en las licitaciones de UCAMAE.

5- Se ha **reorganizado la operativa de Inspección de Farmacias**. En el 2004 se han inspeccionado más de 300 Farmacias de Montevideo y del Interior.

6- Mediante convenio con las Asociaciones de Farmacias se ha contratado personal inspectivo con el fin de **educar y evitar la venta ilegal de medicamentos** en todo el territorio nacional. En 3 meses se realizaron 237 inspecciones de las cuales en 148 se constataron irregularidades.

7- A pesar de la poca disponibilidad de personal, desde el 2002 hasta el 2004, el **Registro de productos nuevos, modificaciones y/o renovaciones ha aumentado un 15% anual acumulativo**.

8- El Departamento de Tecnología Médica registra productos médicos. **Aprobó 811 productos más que el año pasado** y en los 2 últimos años ha registrado 4480 productos y se habilitaron 116 empresas.

9- Se realizó **por primera vez un Censo Nacional de Tecnología Médica**. Cumpliendo el compromiso asumido por el MSP en julio 2003, en la Comisión de Tecnología para el Fortalecimiento de las IAMCs, se relevaron en todas las Instituciones públicas y privadas del país, los equipos de alta tecnología. La publicación correspondiente se hará en los 2 primeros meses del 2005 y contendrá los datos y análisis referentes a complejidad, funcionamiento, utilización, estado, origen, servicio técnico, población usuaria, etc.

10- Se trabajó intensamente en las múltiples **Reuniones del SGT No.11 del MERCOSUR: "Salud"**, así como en sus reuniones preparatorias. Los temas principales sobre los cuales se elevaron los correspondientes acuerdos a los Sres. Ministros fueron: Prevención y tratamiento HIV/SIDA, Control del tabaco, Dengue, Articulación de Sistemas de Información, Política de Medicamentos, Salud y Desarrollo, Situaciones de Riesgo, Vigilancia epidemiológica, Buenas Prácticas de Fabricación, Productos Médicos, Farmacovigilancia, etc., etc. Han funcionado en forma simultánea 14 ámbitos de trabajo integrados siempre por nuestros especialistas en los distintos temas.

11- Uruguay ha tenido una participación **muy destacada en cada uno de los Encuentros Internacionales**, liderando propuestas y acuerdos a nivel de la región. En el caso del **Convenio Marco de lucha contra el Tabaco**, fue el primer país de América del Sur en ratificarlo, siendo ésta una de las medidas más importante de Salud Pública hacia el futuro. Hemos encabezado la **Revisión del Reglamento Sanitario Internacional** y en trabajo con el MERCOSUR, llevaremos una posición estratégica común a la Reunión Técnica de Ginebra en febrero de 2005.

III. Dirección General de Secretaría (D.I.G.E.SE.)

La Dirección General de Secretaría comprende 5 Divisiones: Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios, Jurídico Notarial, Sistemas de Información y Recursos Económico Financieros.

Tiene 258 funcionarios presupuestados.

III.1 División Jurídico-Notarial.

Esta División comprende tres Departamentos: Departamento Jurídico, Departamento Investigaciones y Sumarios y Departamento Notarial.

En el ámbito del Departamento Jurídico se creó el Área de Informática, a los efectos de compilar la normativa legal correspondiente y el área litigante fue constituida como departamento contencioso, reforzándose el mismo con unidades del departamento de sumarios.

En cuanto al Departamento de Sumarios se estableció un régimen estricto del control de las investigaciones y sumarios a fin de evitar la caducidad bienal.

En el Departamento Notarial se logró la coordinación con el Departamento Jurídico en lo atinente a la tramitación de las sucesiones, en las cuales el MSP es heredero o legatario, estableciéndose que los escribanos puedan tramitar las sucesiones no contenciosas, redundando en una mayor agilidad en el trámite de las mismas y un descongestionamiento de la tramitación judicial por parte del Departamento Jurídico. A tales efectos se concedió representación a los escribanos para poder actuar por el MSP.

III.2 División Recursos Materiales y Servicios.

Esta División cuenta con tres Departamentos: Servicios de Apoyo, Administración Documental y Adquisiciones y Suministros.

A su vez, depende de esta División, la Secretaría de Comisiones del MSP y ASSE.

Dentro de los logros destacables de esta División, en el período 2000/2004, se confeccionó e implantó un "Sistema de Inventario de Bienes", habiéndose logrado por primera vez en esta Secretaría de Estado, el 100% de las oficinas inventariadas, así como su fiscalización y registro.

La Secretaría de Comisiones del MSP-ASSE, unidad de la División

RR. Materiales y Servicios, atiende las Comisiones internas que trabajan a nivel del MSP. Actualmente existen 26 Comisiones en funcionamiento más la Comisión Honoraria de Salud Pública CHSP, que es permanente y fue creada legalmente (Ley 9.202). En el año 2001 se atendieron 33 comisiones más la CHSP y se generaron durante el período 2000/2004, 24 proyectos de leyes.

Administración Documental: en el mes de enero del 2000 se procedió a la implantación del Nuevo Sistema de Seguimiento de Documento (Lotus Note), primera vez que se instaló un Programa en red para todo el Casco Central del MSP. La implantación de este sistema redujo considerablemente los plazos de tramitación de los expedientes y la ubicación de los mismos en tiempo real.

A fin de implementar la implantación del expediente electrónico en interconexión con toda la Administración Central, Entes Autónomos y Presidencia de la República, están concurriendo funcionarios del Departamento a recibir la capacitación correspondiente para manejar el sistema.

El Departamento de Adquisiciones y Suministros se encarga de todo el sistema de compras y licitaciones de las Unidades Ejecutoras 001 y 070.

Para el cumplimiento de estos fines se diseñó el Sistema de Gestión y Control de Compras y Stock, integrándose a partir de enero del 2003 al sistema de compras a través de la Unidad Centralizada de Adquisición de Medicamentos y Afines del Estado (UCAMAE), para proveer de los insumos específicos a los distintos servicios asistenciales dependientes de la UE 070 (Laboratorio Central de Salud Pública, Clínicas Preventivas, Sanidad Aérea y Marítima, Departamento de Zoonosis, Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones).

En los dos últimos años, se ha actualizado el sistema de software a efectos de lograr la eficacia requerida para integrarse a las compras por UCAMAE y por las reformas establecidas en el marco del Programa de Modernización de la Gestión Pública (Decreto 66/02 que obliga al ingreso de información sobre compras y contrataciones estatales).

III. 3 La División Recursos Humanos

Es la encargada del personal que presta servicios en las Unidades Ejecutoras 001 y 070. Actualmente integran el padrón presupuestal de la **Unidad Ejecutora 001, 258 personas** y de la **Unidad Ejecutora 070, 332 personas**. Cinco Departamentos integran esta División: Personal, Capacitación, Selección y Promoción, Cuentas Personales y Certificaciones Médicas.

La División Recursos Humanos se transformó de Departamento a División al aprobarse la reestructura organizativa del MSP en febrero del 2002. Compete a esta División el relacionamiento con el Instituto Nacional de la Juventud, para el ingreso de becarios a los distintos servicios, en el marco del convenio de Primera Experiencia Laboral, destinando los recursos humanos contratados, tanto al MSP como a la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

En el Departamento de Personal se instaló el programa Lotus Notes de RRHH. El objetivo a alcanzar es la informatización del total de aproximadamente 1.200 legajos personales (entre activos y pasivos) de las UU EE 001 y 070. A la fecha se ha procesado toda la información básica de la totalidad de los legajos y sólo se ajustan datos que, por la movilidad de los recursos humanos, se producen a diario.

En cuanto a calificaciones y promociones aún no se han podido realizar promociones, por no contar con vacantes de ascenso para realizar las mismas, las que se producirán una vez que se apruebe la reestructura, actualmente a la firma del Ministerio de Economía y Finanzas.

En cuanto a Capacitación, **se capacitaron 150 funcionarios** en diferentes áreas: control de gestión, atención al público, supervisión y Excel avanzado, cursos que se dictaron en el Instituto Superior de Informática. Word, Excel, Access, Internet y correo electrónico, dactilografía y operador Windows 98-Internet (Office xp

profesional), dictados en el Instituto Bios y distintos cursos dictados por la Oficina Nacional del Servicio Civil.

El Departamento de Cuentas Personales es el nexo entre el MSP y el BPS y maneja las cuentas personales de los funcionarios de todo el Inciso, procesando un promedio mensual de 40 trámites jubilatorios.

Certificaciones Médicas es la oficina encargada de certificar a los funcionarios de Salud Pública, así como de realizar juntas médicas y certificaciones de todos los funcionarios de la Administración Central de Montevideo. Realiza un promedio de 430 certificaciones médicas mensuales (incluidas las Juntas Médicas).

El Departamento de Secretaría General y Acuerdos brinda apoyo operativo a las Unidades Ejecutoras del Inciso, ayudando a cumplir los aspectos formales de la toma de decisiones, manteniendo actualizada la información relativa.

Redacta y tramita proyectos de ley, mensajes, decretos, resoluciones del Poder Ejecutivo o Ministeriales y de la Dirección General de Secretaría en coordinación con las unidades involucradas y registra, tramita y comunica a las Unidades Ejecutoras y Organismos que correspondan, las resoluciones, normas y reglamentaciones aprobadas.

Es de destacar que durante el presente período de gobierno, **se redujo el número de funcionarios con el que contaba este Departamento, en casi un 50%**, pasando de 21 funcionarios a los 11 con que cuenta en la actualidad.

Sin perjuicio de ello, **se redujeron los plazos de tramitación del año 2002, en un 7%**.

Se disminuyó el gasto material, en lo que tiene relación a todo lo utilizado para la confección de proyectos de resolución y demás normativa redactada por el Departamento, logrando disminuir el mismo, respecto al año 2002 en un 10%. Se capacitó a los funcionarios, a través de la Escuela de Capacitación de la Oficina Nacional del Servicio Civil y se comenzó en octubre del presente año, con el Proyecto GEX- Interconexión (de Presidencia de la República), integrado por todos los Ministerios, Poder Legislativo, Contaduría General de la Nación, Oficina de Planeamiento y Presupuesto y el Tribunal de Cuentas de la República.

III.4 Normativa más relevante, aprobada durante este período de gobierno:

AÑO 2000

- Se aprobó la Ley 17.242 que declaró de interés público la prevención de cánceres génito-mamarios.
- Se decretó la presupuestación de todo el personal contratado al amparo de lo dispuesto por el artículo 410 de la Ley 16.170, que establece la incorporación al padrón presupuestal de aquellas personas que tengan computado un año de servicios ininterrumpidos a diciembre de 1999.
- Por el Decreto 111/2000 se introdujo la modalidad del sorteo para las vacantes a cubrir con el art.410 de la Ley 16.170, democratizando el acceso a la fuente laboral con igualdad de oportunidades.
- Se redefinió el Estatuto de los contratados por las Comisiones de Apoyo, a través del Decreto 193/2000, asimilándolos a los trabajadores de la actividad privada,

derogando el Decreto 298/998 que los había reconocido como funcionarios públicos.

AÑO 2001

- Ley 17.548 por la cual se establece que las instituciones gremiales que presten servicios de asistencia médica colectiva quedarán sujetas a la legislación sobre IAMCs.
- Ley 17.565 por la cual se establece que los establecimientos o instituciones donde se asistan partos, deben contar con partera interna de guardia.
- Resolución del PE 125/2001 por la que se autoriza al Hospital de Clínicas la creación y habilitación de un IMAE de Transplante de Médula Osea.
- Resolución 135/2001 del PE por la que se clausura, interviene y liquida COMAEC (Empleados Civiles de la Nación).
- Resolución 136/2001 del PE por la que clausura, interviene y liquida MIDU (Mutualista Israelita del Uruguay).
- Resolución 145/2001 del PE por la cual se homologa el convenio de atención preventiva y asistencial entre el MSP y la UDELAR (Facultad de Psicología), para la atención de los usuarios de Asistencia Integral.
- Decreto 104/2001 por el cual se establecen reglas de conducta médica en las IAMC.
- Decreto 106/2001 por el cual se crea el Comité Interministerial Administrador del Programa de Modernización del Sector Salud (PROMOSS).
- Decreto 165/2001 que hace obligatoria la notificación de recién nacidos con bajo peso.
- Decreto 194/2001 que obliga a las IAMCs a adoptar el Estatuto Tipo.
- Decreto 217/2001 que establece la diferencias entre empresas de intermediación que realizan prestaciones de asistencia médica u odontológica respecto de las demás.
- Decreto 218/2001 que establece el Marco Regulatorio de la Asistencia Médica.
- Decreto 224/2001 por el que se reformula la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública.
- Resolución Ministerial 236/2001 por la que se crea y habilita el sanatorio propiedad de la Mutualista Evangélica.
- Resolución Ministerial 237/2001 por la que se autoriza la fusión por absorción de Asistencial Médica Departamental de Maldonado por la Institución de Asistencia Médica Cooperativa de Maldonado.
- Ordenanza Ministerial 228/2001 por la que se dispone el uso obligatorio del Vedemécum Unico Nacional.
- Ordenanza Ministerial 467/2001 sobre la situación de la oncología radioterápica en nuestro país.
- Ordenanza 706/2001 por la que se aprueba la nómina de funcionarios contratados al amparo del Art.410 de la ley 16.170 que quedaron incorporados a los padrones presupuestales del MSP en los cargos y funciones que se indican.

AÑO 2002

- Resolución 117/2002 del PE por la que se interviene Casa de Galicia, se separa del cargo a las autoridades naturales y se designa una comisión interventora-liquidadora.
- Resolución 121/2002 del PE por la cual se crea al Instituto Cardiovascular del Uruguay (ICU) como IMAE, que funcionará en las instalaciones de MUCAM.
- Resolución 147/2002 del PE por la que se crea el Instituto de Cardiología del Hospital Evangélico como IMAE.
- Resolución 178/2002 del PE que dispone que el MSP y ASSE deberán reconocer en forma expresa las donaciones, herencias y legados de que sean beneficiarios, identificando a los benefactores mediante placas en lugar visible del Centro Asistencial destinatario.
- Resolución 209/2002 del PE autorizando al Sanatorio Americano S.A. la realización de Hemodinamia, Angioplastia y Transplantes Cardíacos de adultos y niños en su propio establecimiento.
- Resolución 213/2002 del PE por la cual se clausura, interviene y liquida Cooperativa Central Médica.
- Resolución 223/2002 del PE por la cual se interviene, liquida y clausura la Organización Cooperativa de Asistencia Cooperativa Médica OCA-Larghero.
- Resolución 224/2002 del PE por la cual se transfiere la totalidad de afiliados de Cooperativa Central Médica al Círculo Católico de Obreros del Uruguay, con todos los derechos de cobertura asistencial.
- Resolución 225/2002 del PE por el cual se crea en el INOT un IMAE para la realización de técnicas de artroplastia de cadera y rodilla.
- Decreto 173/002 por el cual se comete al MSP la implementación de un Registro Obligatorio de Fallecidos y Lesionados como consecuencia de accidentes de tránsito.
- Decreto 297/002. Se aprueba la "Cartilla de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud".
- Decreto 318/002. Se establece para los profesionales médicos u odontólogos, que actúen individualmente, en equipo o a través de entidades públicas o privadas, particulares o colectivas, la obligación de consignar en la receta que expidan, el nombre genérico del medicamento que prescriben.
- Decreto 359/2002 Se adecua parcialmente la reglamentación vigente en materia de distancias entre establecimientos farmacéuticos, atendiendo a la realidad demográfica del Departamento de Montevideo y las necesidades sanitarias.

AÑO 2003

- Ley 17.668 por la cual se sustituye el art.1º. de la Ley 14.005 en lo referente a la donación de órganos.
- Ley 17.714 por la cual se sustituye el art.2º. del Decreto Ley 15.361 sobre el rótulo de advertencia en tabacos.
- Ley 17.715 por la que se agrega al art.6º. del Decreto Ley 15.703 los numerales que se mencionan (tema de Farmacias).

- Resolución 35/2003 del PE por la cual se clausura, interviene y liquida la Cooperativa de Atención Integral de Salud (CAISA).
- Resolución 157/2003 del PE por la cual se autoriza al Hospital de Clínicas la creación y habilitación del Servicio de Cirugía Cardíaca.
- Resolución 167/2003 por la cual se establece el 20 de octubre de cada año el "Día del Funcionario de Salud Pública"
- Resolución 225/2003 por la cual se crea y habilita el Servicio de Transplantes Renales, propiedad de la Sociedad de Hecho "Servicio de Transplantes Renales".
- Durante el transcurso del año 2003 el Poder Ejecutivo resolvió aceptar 256 renunciadas incentivadas en el MSP.
- Decreto 67/2003 por el cual se suprime la UE 065 "Comisión Honoraria para la Lucha contra la Hidatidosis".
- Decreto 101/003. 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.
- Decreto 320/003 por el cual se establece la obligatoriedad de presentar estados contables por parte de las Instituciones de Asistencia Médica Privadas Particulares de Cobertura Parcial, Total e Intermediadores e Institutos de Medicina Altamente Especializada.
- Decreto 321/003 por el cual se establece en el Vademecum el listado de medicamentos de denominación genérica.
- Decreto 374/003 por el cual se modifica el Vademécum con la incorporación de antibióticos.
- Decreto 396/003 por el cual se establece la historia clínica electrónica única de cada persona.
- Decreto 465/003 por el cual se crea un registro de auditores externos y empresas auditoras donde se inscribirán quienes aspiren a realizar auditorías externas de estados contables en las Instituciones de asistencia médica colectiva y privadas.
- Decreto 482/003 que establece condiciones, requisitos y obligaciones para el funcionamiento de las Casas de Masajes.
- Resolución Ministerial 500/2003 autorización de obras en MUCAM, en su edificio sede, con destino al Instituto Cardiovascular del Uruguay (ICU).
- Ordenanza Ministerial No.57 por la cual se dispone el cierre del establecimiento Laboratorio Biofarma, propiedad de TERPIN S.A.
- Ordenanza Ministerial 73 por la cual se dispone la instrucción de una investigación administrativa a fin de esclarecer los hechos en relación al establecimiento de análisis clínicos BIOHEM.
- Ordenanza Ministerial 227 por la cual se clausura la investigación administrativa relativa al Laboratorio BIOHEM.
- Ordenanza Ministerial 358 por la que se aprueba la reglamentación para la atención psicológica de los beneficiarios de Asistencia Integral del interior del país.
- Ordenanza Ministerial 394 por la que se dispone que el Departamento de Laboratorios de Salud Pública actuará como Centro Coordinador de los

Laboratorios para la Instrumentación de la Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos a nivel nacional, a los efectos dispuestos por la Ordenanza 552/02.

AÑO 2004

- Ley 17.774 por la que se incluye en el Carné de Salud la dosificación de plumbemia.
- Ley 17.796 para la promoción integral de la salud en los adultos mayores.
- Ley 17.803 por la que se establecen los mecanismos de promoción de la lactancia materna.
- Resolución 116/2004 del PE por la que se clausura, interviene y liquida la Cooperativa Médica Uruguay España (COMUE).
- Resolución 120/2004 del PE por el cual se aprueba el convenio suscrito entre el MSP y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, en lo que tiene relación a mejorar los estándares de producción y calidad en la atención de la salud mental.
- Resolución 247/2004 del PE por la cual se mantiene la transferencia de la totalidad de afiliados de Cooperativa Central Médica al Círculo Católico, por recurso presentado por la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
- Resolución 248/2004 del PE por la cual se mantiene la transferencia de la totalidad de afiliados de Cooperativa Central Médica al Círculo Católico, por recurso presentado por varios profesionales.
- Resolución 254/2004 del PE por la que se clausura, interviene y liquida la Cooperativa Integral de Médicos Asociados (CIMA).
- Resolución 305/2004 del PE por la cual se crea un servicio de implante de prótesis de cadera y rodilla en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
- Resolución 313/2004 del PE por el cual se designa con el nombre de Dr. Pedro Figari a las policlínicas externas del Hospital de la ciudad de Minas.
- Resolución 321/2004 del PE por la cual se crea el Centro Nefrológico por la Asistencial Médica de Río Negro (AMEDRIN) –Cooperativa Médica.
- Resolución 323/2004 del PE decretando el traspaso de afiliados por el régimen del BPS de Cooperativa Médica Uruguay España (COMUE).
- Resolución 343/2004 del PE autorizando el traslado a la ciudad de Asunción (Paraguay), a profesionales del MSP a efectos de colaborar humanitariamente con las víctimas de la tragedia ocurrida en dicha ciudad.
- Resolución 344/2004 del PE por la cual se autoriza el traspaso de los afiliados por el régimen de DISSE de la ex “Cooperativa Médica de San José” a la “Asociación Médica de San José Cooperativa”, con la totalidad de los derechos asistenciales adquiridos.
- Durante el año 2004 el Poder ejecutivo resolvió aceptar 227 renunciaciones incentivadas.
- Decreto 19/004 por el cual se establecieron las condiciones y formalidades que deberán cumplir las IAMCs para poder acceder a los recursos citados en el Decreto 545/003 (Fideicomiso).
- Decreto 111/04 por el cual se prohibió la importación de bromato de potasio.

- Decreto 40/04 por el cual se modifica el Decreto 111/2000 en cuanto a los requisitos para acceder a la contratación por art.410 de la Ley 16.170.
- Decreto 64/04 por el cual se aprueba el Código Nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria.
- Decreto 98/2004 sobre la Declaración de Ambientes 100% libres de Humo de tabaco.
- Decreto 139/04 sobre los procedimientos de intervenciones, liquidaciones y clausuras de las IAMCs.
- Decreto 171/04 que establece los traslados totales o parciales de los IMAEs.
- Decreto 193/04 por el que se establecen normas de procedimiento de las Comisiones de Apoyo de las Unidades Ejecutoras del MSP.
- Decreto 259/04 que establece modificaciones en las denominaciones de funciones contratadas de alta prioridad.
- Decreto 309/04 que establece la supresión de dosis de vacuna BCG a los 5 años.
- Decreto 348/04 que establece la modificación del Código Nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria.
- Decreto 359/04 por el que se modifica el Decreto 309/04 respecto de las vacunas BCG y triple viral.
- Decreto 378/04 por el cual se crea la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio.
- Ordenanza Ministerial 47, estableciendo la obligación de todo importador, fabricante, distribuidor o comerciante de bromato de potasio de presentar mensualmente ante la División Productos de Salud, comprobantes de las enajenaciones realizadas.
- Ordenanza Ministerial 83 por la que se establece la obligatoriedad de todo importador de fórmulas infantiles en polvo, de presentar ante el Departamento de Alimentos del MSP, declaración jurada y certificado de análisis de origen.
- Ordenanza 147 por la cual se crea una Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funcionará en el ámbito del MSP.
- Ordenanza 287 por la cual se declara al Sistema Nacional de Registro, Tipificación y Búsqueda de Donantes de Médula Ósea y Progenitores de otros orígenes – SINDOME del Laboratorio de Inmunogenética e Histocompatibilidad del BNOT, responsable oficial de la coordinación general de las actividades a nivel nacional e internacional relacionadas con el trasplante de células hematopoyéticas.
- Ordenanza 369 por la cual se aprueba la normativa “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”.
- Ordenanza 423 autorizando al BNOT a instrumentar los operativos de trasplante hepático con receptor y donante uruguayo en la República Argentina.

III.5 Asesoría en Cooperación Internacional

Proyectos con Cooperación Internacional llevados a cabo en 2003 y 2004, terminados o en plena realización:

En la Unidad Central de Salud Mental:

- a) "Proyecto de Actualización en Promoción y Prevención en Salud Mental", con Canadá, coordinado por OPS.
- b) "Proyecto de Asesoramiento en la Reformulación y Reactualización del Plan Nacional de Salud Mental", con OPS y Universidad de Campiñas, Brasil.
- c) "Suicidios". Curso – Taller y ciclo de Conferencias. Con Universidad de Montreal. Cooperación canadiense.

En el Servicio Nacional de Sangre:

- a) Proyecto "Hagamos la Diferencia", promueve la donación voluntaria de sangre. Con Cruz Roja.
- b) "Capacitación de Garantía de Calidad en Bancos de Sangre", con capacitación técnica de OPS.
- c) "Evaluación Externa del Desempeño", con OPS.
- d) "Promoción de Donación Voluntaria", con Rotary Club.
- e) "Estudio Epidemiológico de hepatitis C en politransfundidos", con OPS.

Programa de Chagas:

"Red de Vigilancia para Enfermedad de Chagas", con OPS.

En Educación para la Salud:

"Programa de Desarrollo Rural y Seguridad Alimentaria", con Naciones Unidas, FAO, OPS y GTZ.

Programas para el Adulto Mayor:

- a) "Apoyo al Programa de Ancianidad del MSP para una Política de Formación de Recursos Humanos", con la Agencia Española de Cooperación Internacional.
- b) "Implementación de Políticas para el Envejecimiento Saludable", con OPS y Cooperación Canadiense.

Programa área mujer – niño:

"Proyecto Mujer – Niño", con Cooperación Técnica de OPS.

Programa VIH – SIDA:

- a) "Prevención de la Infección por VIH-SIDA en Jóvenes del Sistema Educativo Formal", con PNUD.
- b) "Prevención de la Infección de VIH en gays", con cooperación de PNUD.
- c) "Intervención con Usuarios de Drogas de Zona Oeste de Montevideo", con ONUSIDA.

Programa de Salud Bucal:

"Proyecto de Restauración Atraumática" PRAT, cooperación técnica del BID y OPS.

Promoción de la Salud:

“Análisis Conjunto de los Proyectos Multisectoriales de Promoción de la Salud”, cooperación mixta entre Uruguay y Chile.

Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo:

“Modelo Integral de Prevención del Embarazo Precoz”, con cooperación del BID.

Transferencia de Tecnología:

“Transferencia de Tecnología en Gestión Hospitalaria”, con la Agencia Canadiense de Cooperación y la Universidad de Montreal.

Cooperación Horizontal:

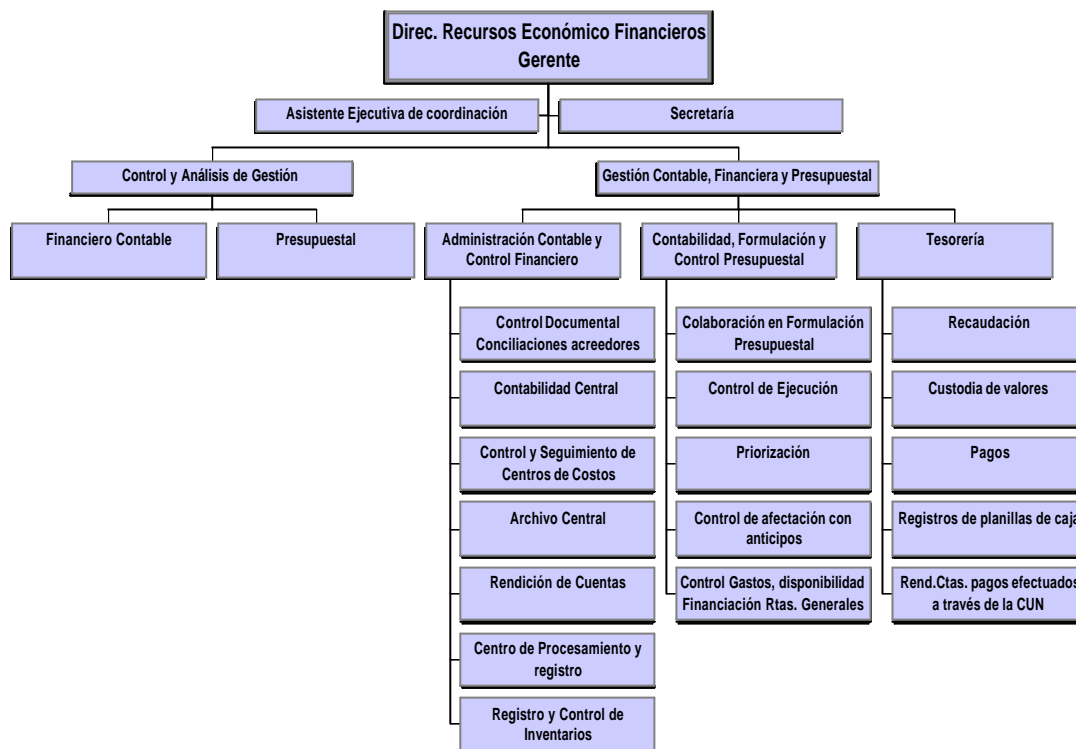
Están en funcionamiento múltiples coordinaciones horizontales, complementaciones, acuerdos y actividades con: Argentina, Brasil, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Paraguay.

III.6 Dirección de Recursos Económico Financieros.

Al ingresar al período quinquenal de administración en el año 2000, la situación de la División Recursos Económicos Financieros del MSP se encontraba con una estructura organizativa que respondía a la división operada en el año 1996, a partir de la cual se segregaron las funciones contables de ASSE y las correspondientes al CASCO CENTRAL (unidades 001, 070, y 065).

Se comienza con un diagnóstico poco alentador, de bajo nivel de desarrollo en lo que respecta al Control Interno, no cumplimiento de leyes y resoluciones y ausencia de confiabilidad en los procedimientos e información contable.

Este estado de cosas hace imprescindible la realización de una reestructura de la División, la que finalmente se realiza por intermedio de una firma consultora internacional y se somete a consideración de CEPRE.



La mencionada reestructura ordena y sistematiza todo el flujo de información, perfiles de cargos, capacitación y da cumplimiento a todos los principios de buena administración recomendados por la doctrina.

Principales medidas en Control Interno y mejora de Procedimientos:

- ✍️ Gestión de Recursos Humanos.
- ✍️ Gestión de Recursos Materiales.
- ✍️ Definiciones organizacionales, relacionado con los diferentes departamentos, direcciones y responsables integrantes de la División.
- ✍️ Control presupuestal y resultados económicos proyectados.

Se incorporaron los siguientes sistemas de software:

- ✍️ S.I.I.F
- ✍️ Sistema Contable Galileo (como sistema contable de partida doble y contabilidad patrimonial.)
- ✍️ SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS. (Hoy totalmente operativo)
- ✍️ SISTEMA DE MANEJO DE EXPEDIENTES.
- ✍️ SISTEMA DE CONTROL DE PRESTACIONES DE ASISTENCIA INTEGRAL.
- ✍️ WINFARMA para los consumos de medicamentos de Asistencia Integral.

Todos estos sistemas contribuyeron al logro de mejorar la gestión documental y económica financiera de las unidades 01, 070, y 065.

Es importante destacar que durante el año 2001 se modificó la modalidad de pago de obligaciones del Estado de ejercicios anteriores, por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, comúnmente denominado déficit, para cancelar las obligaciones pendientes de pago de los ejercicios 1999 y 2000.

Se estructuró una modalidad de reperfilamiento de las obligaciones de mediano plazo para poder hacer frente a los compromisos asumidos en plazos mas largos. Se negoció el endeudamiento con aproximadamente 1200 proveedores, en períodos de entre 12 y 20 meses, con quitas.

Asistencia Integral:

Cabe mencionar especialmente la mejora en la gestión realizada en el Beneficio de Asistencia Integral (servicio de salud a los funcionarios y familiares del MSP.)

Desde los comienzos de la prestación del beneficio de cobertura médico – hospitalaria para funcionarios del Ministerio de Salud Pública, no se había instrumentado una oficina que administrara, controlara y constituyera un nexo entre todas las unidades del país y el nivel central. A partir del año 2000 se creó una oficina con dicho objetivo y se contrató y creó una **Gerencia de Asistencia Integral**, con el cometido de administrar y controlar el funcionamiento de este servicio y la finalidad de lograr que el beneficio de asistencia integral constituyera una gran mutualista a nivel nacional, para cubrir gratuitamente los servicios establecidos por ley a los beneficiarios del sistema.

La disminución en el gasto no obedece a una disminución en las cantidades ni en la calidad de las prestaciones, sino a una mejora en la gestión, eficiencia y eficacia del gasto incurrido, no existiendo demanda insatisfecha.

Este abatimiento se obtuvo a través del establecimiento de cupos por unidad ejecutora teniendo presente la cantidad de usuarios potenciales del sistema.

Los cupos deben ser rendidos, (informe respecto de su utilización) ya que su renovación esta supeditada a la correcta información de su utilización.

Se establecieron controles respecto a la legitimidad de los trabajos realizados así como fiscalizaciones de los trabajos (auditorías operativas) verificando la pertinencia de los mismos y evitando abusos.

Se implementaron licitaciones para el suministro de servicios de odontología y ópticas, en Montevideo primero y luego en todo el interior, así como la realización de un convenio con la facultad de Psicología que contribuyó a la cristalinidad y transparencia en los procedimientos de contrataciones de dichos servicios.

Como antecedente a continuación ofrecemos un cuadro en el que se muestra la evolución del gasto por este concepto.

Año	Total del Gasto		Tipo de C.	Total del Gasto		Total del Gasto	
	pesos corrientes	%		en dólares	%	pesos constantes	%
1999	194,402,440	100%	11.34	17,143,072	100%		
2000	169,757,534	87%	12.11	14,022,595	82%	169,757,534	100%
2001	91,098,566	47%	13.32	6,837,692	40%	85,535,336	50%
2002	70,670,514	36%	21.26	3,323,638	19%	59,127,624	35%
2003	68,007,479	35%	28.22	2,409,733	14%	54,204,802	32%
2004	90,257,681	46%	28.87	3,126,348	18%	68,905,202	41%

A partir del año 2001 se procedió a instrumentar, los siguientes cambios:

- Se comenzó a comprar medicamentos utilizando la **licitación única del MSP**, juntamente con la de ASSE, eliminándose, casi por completo, la compra directa.
- **Convenio con la Facultad de Psicología** para la atención psicológica a los usuarios de Montevideo.
- Centralización de la **fiscalización de odontología** para Montevideo, contratando a odontólogos que actuaran como fiscalizadores de los tratamientos planteados.
- Para las regionales del Interior se realizó un llamado para contratar a seis odontólogos y cumplieran la tarea de fiscalización para los usuarios del Interior.
- Se estableció el régimen de **licitación para las prestaciones odontológicas y de óptica**, lo que llevó a una gran racionalización en la utilización de estos servicios, en la calidad de las prestaciones y en las economías obtenidas. El régimen anterior de las prestaciones antedichas era de compra directa.
- Se elaboró un **Programa de Gestión para Asistencia Integral**, conociéndose de esta forma todos los tratamientos autorizados a cualquier usuario y en cualquier lugar del país, en todas las prestaciones cubiertas por el sistema.
- Se otorgaron **cupos anuales** para la compra de medicamentos para usuarios del sistema, gestionados por cada Unidad Ejecutora.
- Se elaboró un **padrón de usuarios** del sistema a nivel nacional.
- La Gerencia de Asistencia Integral realiza **visitas periódicas** a las distintas unidades ejecutoras a fin de interiorizarse personalmente de las necesidades y de las distintas realidades de los usuarios del sistema, viendo los problemas a solucionar, "in situ".

COMPORTAMIENTO DEL GASTO DEL M.S.P. (CASCO CENTRAL) ENTRE LOS AÑOS 2000 – 2003.

Año	Crédito Vigente	Gasto Ejecutado	% ejecutado	% disminución	T.de C.	Ejecutado dólares	% disminución
2000	468,925,281	374,001,719	80%	100%	12.11	30,893,914	100%
2001	378,039,917	296,412,256	78%	79%	13.32	22,248,162	72%
2002	326,653,786	295,457,738	90%	79%	21.26	13,895,393	45%
2003	366,601,860	266,334,296	73%	71%	28.22	9,437,116	31%
2004							

Corresponde señalar que se incluye refuerzos de rubros recibidos en ejercicio 2002 por \$ 28.861.032 (vacunas) y \$ 7.500.000 (Aedes).

Este ha sido el comportamiento presupuestal del período 2000 – 2003 en lo referente al Ministerio de Salud Pública (Casco Central, no incluye ASSE), para dar cumplimiento a lo que es la competencia misma de la cartera en función de los cometidos establecidos en la Constitución de la República, la Ley Orgánica 9.202 sus concordantes y complementarias.

Como vemos el gasto presupuestal de la cartera medido en pesos corrientes, constantes y dólares se ha visto abatido sin que se menoscabe el cumplimiento de los programas de vacunaciones (Plan Nacional de Vacunación), competencias de contralor del sistema sanitario nacional y formulación de políticas sanitarias, lo que denota una mejor eficacia, eficiencia y gestión del gasto incurrido en los sucesivos ejercicios. No obstante, cabe acotar que se ha realizado un enorme esfuerzo para acompasar en todo momento la realidad por la cual atravesó el país especialmente en el año 2002 y sus consecuencias.

III.7 Recopilación Normativa. Normas generales. Normas de la Asistencia Médica Colectiva, Privada y Particular.

La normativa en materia de Salud es compleja, muy amplia y nunca había sido agrupada para un mejor conocimiento de la misma, por parte de los diferentes y variados actores.

Muchas veces por desconocimiento (aunque éste no sea un argumento legal a esgrimir) no se acata la norma o se dificulta y demora su aplicación.

La intención de este Ministerio es ayudar al conocimiento directo de derechos y obligaciones por parte de los usuarios, así como el actuar cotidiano de las Instituciones y de los propios profesionales de la salud.

Por eso se encargó a dos prestigiosas abogadas del MSP hacer esta **Recopilación Normativa**, de forma que constituyera una herramienta informativa, objetiva y actualizada al 31/12/04.

Esta difusión de las normas vigentes de la Salud que hoy se presenta, es el primer paso hacia un Texto Ordenado de la Salud.

Queda pendiente para un Segundo Tomo, la Recopilación del Marco Jurídico del Sector Público.

Como forma de destacar la importancia de este trabajo, se transcribe a continuación el **Índice, absolutamente abreviado**:

LIBRO I

DISPOSICIONES GENERALES EN MATERIA DE SALUD

LIBRO II

CAPITULO I. DISPOSICIONES EN MATERIA DE ASISTENCIA MEDICA COLECTIVA Y PRIVADA.....

1.-) *NORMAS GENERALES*.....

2.-) *HABILITACIONES DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES*.....

CAPITULO II. NORMAS EN MATERIA DE GESTION DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA

1.-) *DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. Ver: Decreto-ley No. 15.181 artículos 9º, 10º. y 19º*.....

2.-) *DE LOS ESTADOS CONTABLES, REQUISITOS Y PRESENTACION. Ver: Decreto-ley No. 15.181 artículo 19º*.....

3.-) *DE LA PLANIFICACION E INVERSIONES*.....

4.-) *DEL REGIMEN DE FIJACION DE PRECIOS*.....

5.-) *DEL REGIMEN TRIBUTARIO. Ver: Decreto-Ley No. 15.181 artículo 13º*.....

6.-) *DEL REGIMEN DE AFILIACIONES*.....

7.-) *DEL FIDEICOMISO*.....

8.-) *DE LA RELACION ENTRE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PUBLICA Y LOS SERVICIOS PRIVADOS*

9.-) *DEL REGIMEN SANCIONATORIO. Ver: Ley No. 15.903 artículo 279 en redacción dada por el artículo 358 de la Ley No. 17.296*.....

CAPITULO III. NORMAS GENERALES EN MATERIA DE COBERTURA ASISTENCIAL DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA

1.-) *DE LA COBERTURA ASISTENCIAL*.....

2.-) COBERTURA DE PRESTACIONES.....

3.-) COBERTURA EN MEDICAMENTOS.....

4.-) EXCLUSIONES DE COBERTURA.....

CAPITULO IV. DERECHOS Y DEBERES DE USUARIOS Y/O PACIENTES.....

CAPITULO V. NORMAS EN MATERIA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

1.-) DISPOSICIONES GENERALES. Ver: Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934 artículos 2 numeral 6º.), 13 a 18, 24 a 33. Decreto N° 131/02 de 16 de abril de 2002.....

2.-) DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA

3.-) DE LOS DE LOS TECNÓLOGOS MÉDICOS.....

4.-) DE LOS OPTICOS

5.-) DE LOS ODONTOLOGOS. Ver Ordenanza N° 48/83 de 6 de diciembre de 1983.....

6.-) DE LOS TECNICOS DE FISIOTERAPIA.....

7.-) TATUAJES Y PERFORACIONES DECORATIVAS. Decreto No. 193/004 de 10 de junio de 2004.....

CAPITULO VI. NORMAS EN MATERIA DE ASISTENCIA MEDICA PRIVADA PARTICULAR.....

1.-) NORMAS GENERALES. Ver: Ley No. 9.202 artículos 13 a 18. Decreto-Ley No. 15.181 artículos 3º. literal A); 7º. Ley No. 15.903 artículo 282. Decreto No. 308/991. Decreto No. 416/002.....

2.-) DE LA ASISTENCIA MEDICA PRIVADA PARTICULAR DE COBERTURA PARCIAL (SEGUROS PARCIALES).....

3.-) DE LA ASISTENCIA MEDICA PRIVADA PARTICULAR DE COBERTURA INTEGRAL. Ver. Decreto No. 455/001 artículos 93 a 102. Decreto No. 404/002. Decreto No. 320/003.

4.-) DE LAS INTERMEDIACION EN LA ASISTENCIA MEDICA PRIVADA PARTICULAR.. Ver. Decreto No. 455/001 artículos 110 a 118. Decreto No. 404/002. Decreto No. 320/003. Ordenanza No. 149/003.....

5.-) DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA ALTAMENTE ESPECIALIZADA
(IMAEs).....

6.-) DE LOS ALOJAMIENTOS PARA ADULTOS MAYORES.....

7.-) DE LOS SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERIA.....