1era. Conferencia de Prensa Especializada

EC. DANIEL OLESKER

02, de setiembre de 2010
Departamento de Comunicación y Salud MSP
Secretaría de Comunicación - Presidencia de la República

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SEGUNDA ETAPA DE LA REFORMA
LOS 6 EJES

1. Completar el Seguro Nacional de Salud.
2. Cambio de Modelo de Atención basado en el acceso y desarrollo de los programas de Salud con prioridad en niñez, adolescencia, mujer, y desarrollo de salud mental y rural.
3. A través de la descentralización fortalecer el desarrollo de la salud en el interior del país urbano y rural.
4. Divulgación masiva de los derechos generados por la reforma
5. Consolidar los ejes de la participación Social
6. Fortalecer la política de Recursos Humanos en salud.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSALIZACIÓN DEL FONASA I

UNIVERSALIZACIÓN DEL FONASA

Ley 18211: Seguros Convencionales, Cónyuges, Profesionales

CÓNYUGES

2011 entran **27.000**

2012 entran **46.000**

2013 entran **58.000**

2014 entran **93.000**

TOTAL: Entran **224.000 cónyuges**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSALIZACIÓN DEL FONASA

Profesionales:

- Son entre 24.000 y 26.000 personas con un superávit de entre U$SS 20 millones y U$S 23 millones.

Seguros convencionales

- Son entre 65.000 y 75.000 personas con un superavit de entre U$S 45 millones y U$S 50 millones.

Por compromiso del programa de gobierno:

Ampliar gradualmente el acceso de los Jubilados tomando en cuenta ingreso, edad y situación sanitaria.

PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD II

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD

- Son el conjunto de medidas que ponen en marcha cambios en el modelo de atención y hacen a la calidad de los servicios de salud.

- Estas medidas están orientadas a fortalecer la descentralización del sistema de salud y requiere el compromiso activo de las mutualistas y de los servicios de salud públicos.

¿Qué es el cambio del modelo?

- Un modelo que privilegie la atención integral del paciente, que implica acciones de promoción y prevención de salud, que asegure la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la mayor recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y el tratamiento del crónico y los cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollan en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutiva del primer nivel de atención.

PROGRAMA
NACIONAL DE SALUD DE LA NIÑEZ (I)

Objetivos:

Llegar a la Tasa de Mortalidad Infantil de los ODM: 6,9/000

¿Cómo hacerlo?

- Revisar y actualizar las normas de habilitación de las maternidades y unidades de asistencia neonatal con su acreditación.
- Dar cumplimiento a la ordenanza 449/2009 e implementar el registro nacional de defectos congénitos.
- Normatizar el diagnóstico, control y tratamiento así como las prestaciones asistenciales de las patologías actualmente incluidas en el Programa Nacional de Pesquisa.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA
NACIONAL DE SALUD DE LA NIÑEZ (II)

Fortalecer el Programa Muerte Inesperada del Lactante y promover su alcance nacional.

Incluir la visita domiciliaria en el control del recién nacido antes de los 10 días de vida como instrumento de prevención.

- Extensión del Programa Aduana hasta los 36 meses incorporando la estrategia de visita domiciliaria.
- Desarrollar una estrategia Nacional de prevención, diagnostico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (Plan de Invierno).

PROGRAMAS
Prestaciones relacionadas con la incorporación de la Salud Mental
(I)

Las prestaciones psicoterapéuticas se integrarán al SNIS a partir de enero de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales.

En enero de 2011 esta prestación se implementará para: Adolescentes y adultos jóvenes (hasta 25 años), docentes de enseñanza pre-escolar y primaria, docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud.

Progresivamente se irá extendiendo con el objetivo que en el 2014 abarque a todos los usuarios.

Fundamentación :

1) El reconocimiento que la integralidad de la salud incluye los factores psicológicos y sociales.

2) Que la enfermedad, especialmente en el área de salud mental, no es un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector.
3) Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y poblaciones vulnerables.
4) Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.
5) La convicción que esta incorporación permitirá descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos para el sistema de salud.

PROGRAMAS
Prestaciones relacionadas con la incorporación de la Salud Mental
(II)

Las intervenciones psicológicas están pensadas en tres niveles, ya sea para adultos como para infancia niñez y adolescencia.

En todos los casos el Nivel 1 es grupal.

- Este nivel será gratuito y tiene por objetivo dar rápidamente respuesta a situaciones de urgencia, por ejemplo con grupo de familiares y /o pacientes con adicciones, grupos para abordar la problemática de violencia doméstica, en el caso de niñez, infancia y adolescencia, por ejemplo grupos de Psicoprofilaxis quirúrgica de niños, dispositivos para la atención domiciliaria de madres dentro del primer año postparto con indicios de depresión, etc.

- En los casos que se requiera un dispositivo individual los equipos técnicos lo consideraran y pasaran al nivel 2

PROGRAMAS
Prestaciones relacionadas con la incorporación de la Salud Mental
(III)

- El **Nivel 2** tanto para adultos como para infancia niñez y adolescencia, brindara una atención más extensa en el tiempo aunque limitada y contara con un copago.

  Se conformaran comités de recepción en las instituciones, el mismo recibirá a los usuarios, recomendara y derivara según el tipo de tratamiento necesario.

- El **Nivel 3** tanto para adultos como para infancia niñez y adolescencia está pensado con un tiempo de extensión más prolongado ya que se trataran de situaciones más crónicas.

  Los comités de recepción son los responsables de derivar a los usuarios.

  También contará con un copago mayor que el del nivel 2.

PROGRAMA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (I)

Los enfoques de la política

A) La necesidad de vincular a los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, mejorando tanto en términos cuantitativos (número de consultas-accesibilidad) como cualitativo (empatía - adaptabilidad de los servicios).

B) La exposición a un grupo variado de situaciones de riesgo y, vinculado a esto, la alta incidencia de las muertes por causas externas en este grupo poblacional (en particular la vinculada a accidentes de tránsito, suicidios, entre otras).

PROGRAMA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD(II)

Modelo de Atención

Pago por cumplimiento de metas prestacionales en relación al médico de referencia. En este caso la obligación es el llenado de la Historia Clínica Adolescente. que integra aspectos sanitarios con aspectos del contexto social y familiar. Promoción de acuerdos para la instalación de Espacios Adolescentes.

Proyecto de Consejerías (Salud Mental, SSyR, Consumo problemático de Sustancias, Violencia interpersonal, entre otros temas) en centros de educación secundaria, centros barriales y otros lugares de concentración de jóvenes.

PROGRAMA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (III)

Mortalidad por Causas Externas

• SUICIDIO: registro en historia clínica de los intentos de autoeliminación y seguimiento de los casos, dado que está demostrado de manera científica que toda persona que se suicidó, lo intentó antes alguna vez.

• Accidentes de tránsito: Profundización de la política a través de UANSEV de controles (consumo de alcohol, uso de cinturones, casco, velocidad, etc)

Captación y seguimiento de JÓVENES EN SITUACIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO Y/O SOCIAL (Consumo problemático de sustancias, Embarazo, Violencia interpersonal, Desafiliación del sistema educativo, Privados de libertad o en situación de calle).

PROGRAMA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (IV)

Fiscalización de Derechos Vigentes: vinculados al CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS que son obligaciones tanto de ASSE como del sector mutual.

- Atención telefónica o presencial durante las 24 hs.

- Equipos de Atención Multidisciplinarios por Prestador, disponible al menos 3 veces por semana y para atención individual, familiar o grupal.

- Disponibilidad de espacios para la internación para desintoxicación con independencia de espacios de internación psiquiátrica.

PROGRAMA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (I)

Implementación de Servicios de SSyR en todos los prestadores, tanto públicos como privados, como marca la ley 18246, para que sean verdaderos centros de asesoramiento sobre la salud sexual y reproductiva.

Accesibilidad a métodos anticonceptivos a bajo costo:

- Pastillas anticonceptivas
- Anticoncepción de emergencia
- Entrega de condones
- Colocación gratuita del DIU

PROGRAMA
IMPACTO SÍFILIS CONGÉNITA

La Sífilis Congénita con su transmisión vertical actual de un 2,5%, es una expresión dramática de la inequidad porque castiga la indigencia en casi el 100% de los casos.

Impactar en la transmisión vertical de Sífilis congénita en el quinquenio 2010-2015revirtiendo la tendencia incremente de la transmisión y la epidemia.

Crear un grupo multidisciplinario que represente a los diferentes actores con capacidad de decisión política.

Objetivo

- Disminuir la transmisión vertical
- Disminuir las pacientes no detectadas
- Disminuir las pacientes embarazadas en las que se diagnostica y no se trata la sífilis
- Aumentar el tratamiento al varón pareja de la embarazada en la que se diagnostica la sífilis

PROGRAMA TABACO (I)

En marzo de 2008 aprobó la ley 18.256 de control del tabaco que incluye 5 ejes estratégicos:

- Los ambientes 100% libres de humo de tabaco y el proceso de fiscalización de dicha norma.
- Las advertencias sanitarias con imágenes y leyendas, en ambas caras principales.
- Prohibición amplia de la publicidad.
- Incorporación del diagnóstico y tratamiento de la dependencia al tabaco en el primer nivel de atención de los servicios de salud públicos y privados con obligatoriedad de policlínicas de cesación de tabaquismo.
- La prohibición de términos, marcas, signos o promociones que crean la falsa impresión de que determinados productos del tabaco son menos nocivos que otros.

PROGRAMA TABACO (II)

Adicionalmente y como sexto punto de la estrategia, el gobierno ha tenido una política de aumento progresivo de los precios de los productos de tabaco a través del aumento de impuestos.

En este período se profundizará esta política incluyendo un séptimo componente de desarrollo de educación y comunicación sobre los efectos del tabaco.

PROGRAMA
VIOLENCIA DOMÉSTICA

Para el MSP es de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la Violencia Doméstica; Por ello el Ministerio de Salud Pública llevará a cabo una encuesta anual sobre prevalencia de la Violencia Doméstica y sus diferentes formas en la población asistida.

A su vez las Instituciones o Servicios de Salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deberán.

- Prestar atención y asistencia a las usuarias, afiliadas o pacientes del sexo femenino que se encuentren en situación de violencia doméstica. C 5278.
- Incluír en las historias clínicas de las usuarias, afiliadas o pacientes del sexo femenino mayores de 15 (quince) años, el Formulario de Violencia Doméstica.
- Procurar que el personal posea formación que le permita detectar y brindar una primera respuesta a las mujeres en situación de violencia domésticacc
- Constituir un equipo multidisciplinario de referencia para la atención específica, formado al menos por tres técnicos/as, de los cuales uno/ a de los/as integrantes sea médico/a.
- Informar mensualmente al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública, el porcentaje de mujeres supervisadas sobre el total de mujeres consultantes y el porcentaje de respuestas positivas sobre el total de encuestadas

PROGRAMA SALUD RURAL

Objetivo:

Favorecer espacios de vida dignos habitables y saludables con acceso universal a servicios de salud de calidad, lo que implica universalizar el marco regulatorio para los trabajadores de la salud rurales.

Para ello:

Conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud, entendidas como un conjunto organizado de unidades y recursos de atención médico-sanitarias que presta o hace los arreglos para prestar un continuo coordinado, integral e integrado de servicios de protección contra riesgos, promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como rehabilitación, a una población definida, en una circunscripción territorial, y que está dispuesto a rendir población a la que sirve

PROGRAMA SALUD RURAL

Instrumentos:

- La complementación asistencial entre ASSE y mutuales con los apoyos que sean posibles de los gobiernos departamentales y municipales es el principal instrumento de este programa.

- Universalizar marco regulatorio para los trabajadores de la salud rurales, para lo cual es necesario definir un marco regulatorio a nivel nacional para instituciones de salud, en la cual se priorice la atención a los pobladores de zona rural, genere obligaciones de presencia propia o contratada en el medio y definir el equipo de salud básico y su perfil.

- Generar Políticas (financieras, educativas, reguladoras y de beneficios extendidos) que faciliten la radicación de RRHH en medio rural. Estimular pasantías de pregrado y posgrado en medio rural de distintas disciplinas.

- Generar un Sistema de Información único e integral de salud rural georeferenciado

- Generar espacios de coordinación intersectorial, a través de la participación en las mesas de desarrollo rural y otras coordinaciones.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

METAS ASISTENCIALES Y CONTRATOS DE GESTIÓN

Continuaremos trabajando con las instituciones de salud en base a dos herramientas: metas asistenciales y contratos de gestión.

Las metas asistenciales estimulan el trabajo por resultados, generando premios y castigos económicos de acuerdo a los mismos.

A las metas de promoción y prevención de salud de niños y embarazadas se suma como eje central de la estrategia de metas, el Médico de Referencia.

METAS ASISTENCIALES (I)

Médico de Referencia:

Está demostrado que tener un médico de referencia determina una mejora de calidad de la atención y la gestión clínica, con la consiguiente satisfacción para el usuario y la utilización más racional de los recursos. El médico de referencia aporta una visión integral del paciente (lo analiza con un criterio psico- físico y social) y desarrolla un vínculo longitudinal con el mismo, a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

En esta nueva etapa, nos proponemos avanzar en la referenciación de los adolescentes y jóvenes hasta 20 años, al tiempo que se les realiza una consulta obligatoria y gratuita anual, según las pautas del Programa del Adolescente.

METAS ASISTENCIALES (II)

Médico de referencia

También nos proponemos continuar referenciando al grupo de adultos entre 45 y 64 años, también con consultas gratuitas y obligatorias. Las mismas iran acompañadas de estudios de glicemia, colesterolemia y fecatest, también gratuitos.

Los mismos irán acompañados de la entrega del carné del adulto mayor completo que tiene como objetivo resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas adultas mayores, a los efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles y en especial para el seguimiento de la comunidad.

Tenemos como objetivo llegar al 2014 con un médico de referencia por cada usuario en el sistema de salud y que este médico sea verdaderamente resolutivo, exigiendo niveles de atención y seguimiento adaptados a cada grupo de edad y sexo.

CONTRATO DE GESTIÓN (I)

Como en todo contrato se establecen los derechos y obligaciones de cada una de las partes. A lo largo de los diferentes artículos van quedando establecidos los derechos de las personas, tanto asistenciales (derecho a recibir determinadas prestaciones) como no asistenciales (derecho a recibir información). También se establece la cantidad, la calidad y la oportunidad de la atención recibida.

La vigilancia de todos los artículos , traducidos en derechos de los usuarios, se lleva adelante por la Junta Nacional de Salud, apoyado por los equipos de fiscalizadores, y con el accionar de los Consejos Consultivos y Asesores de cada institución.

CONTRATO DE GESTIÓN (II)

Encuesta de Satisfacción de Usuarios

Los prestadores deben realizar, a su cargo, al menos una Encuesta de Satisfacción de sus usuarios por año.

De acuerdo al Art. 58 del Contrato de Gestión, las áreas cubiertas por el estudio para los diferentes servicios serán: respeto en el trato, facilidades de acceso, cumplimiento de los tiempos de espera, puntualidad de profesionales y técnicos, calidad de la atención y, alcance y veracidad de la información a disposición.

RECURSOS HUMANOS
III

RECURSOS HUMANOS

Debe ser una oportunidad para discutir no sólo salarios, ya que el proceso de mejora del nivel salarial debe mantenerse y eso no está en discusión, sino priorizar los temas de condiciones de trabajo y de organización del trabajo en salud dado que no hay cambio en el modelo de atención sino hay reorganización del trabajo. La propuesta de modificación del régimen laboral incorpora 5 aspectos centrales:

1. Ampliación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando el empleo.
2. Redimensionamiento de la actividad, incorporando en la carga horaria actividades que exceden la atención directa al paciente.
3. Disminución del número de consultas realizadas por hora
4. Compensación monetaria en consonancia con los cambios planteados

Cambio en la lógica del pago variable, conservando una proporción de salario fijo con otro variable que implique un pago por capitación adaptado a la realidad nacional.

PARTICIPACIÓN SOCIAL
IV

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PARTICIPACIÓN SOCIAL (I)

En este periodo se delineó la institucionalidad para la participación social y por ello ahora hay que avanzar en dotarla de efectiva organización sobre todo de usuarios de salud y en especial en las áreas de salud más alejadas de la capital del país.

Un hito fundamental lo marcará la primera elección de representantes a los Consejos Consultivos de los Prestadores Integrales del SNIS, a realizarse en el mes de Julio de 2011. Comprometemos desde ya nuestro esfuerzo para darle la mayor difusión promoviendo la más amplia participación de usuarios y trabajadores.

El otro compromiso es el de reglamentar los ámbitos que faltan, tales como los Consejos Asesores de Asse, organismos de similar posicionamiento que los Consejos Consultivos .

Reglamentaremos también las Juntas Locales de Salud llamados en la ley

PARTICIPACIÓN SOCIAL (II)

Las JLS tienen como objetivo la construcción del Sistema, son el escenario de la complementación de servicios público-privado, por lo tanto generadoras de acceso, eficiencia y mejora de la calidad de la atención del Sistema.

Son el camino para presionar la llegada a la metas territoriales, por sobre las metas institucionales, no para eliminar éstas, sino para avanzar en una mirada poblacional y de sistema.

Son las creadoras de las redes territoriales y ámbito para acordar acciones de promoción de salud y la prevención primaria en el PNA como primer paso.

MUCHAS GRACIAS

ministro@msp.gub.uy

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA