

*Cambio del Modelo de
Atención en el Sistema Nacional
Integrado de Salud*

Grupo de Trabajo para el cambio de Modelo de Atención

Ministerio de Salud Pública

2014

CAMBIO DEL MODELO ATENCION

EN EL SNIS

Documento realizado por el Grupo de Trabajo para el cambio de Modelo de Atención conformado por Ordenanza N° 471 de fecha 26 de agosto de 2014

Integrantes:

Por la Asesoría de la Ministra Dra. Susana Muñiz:

Dr. Álvaro Ferolla (Coordinador)

Prof. Lic. Pilar González Ortuya (Directora del Área de Salud Rural)

Prof. Dr. Julio Vignolo (Director del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria UDELAR)

Por Dirección General de la Salud (DIGESA)

Dra. Adriana Brescia (Sub- Directora de la Salud)

Dra. Ana Noble (Directora del Departamento de Programación Estratégica. DPES)

Por Dirección General de Secretaria / UDT Unidad de Descentralización Territorial. (DIGESE)

Dr. Carlos Benavidez (Director Departamental de Salud de Tacuarembó)

Dr. Carlos Pose (Director Departamental de Salud de Canelones)

Por Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS)

Eco. Ida Oreggioni (Directora del Área de Economía de la Salud)

Sr. Francisco Amorena (Asesor de la Dirección)

Por Junta Nacional de Salud. (JUNASA)

Dra. María Cristina Olivera Scaroni (Asesoría Jurídica de la JUNASA)

Contenido

INTRODUCCIÓN:.....	5
PARTE I	7
LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL	7
CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN	8
LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	8
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	10
PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	11
REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)	12
EQUIPO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ESPNA)	13
PARTE II	15
AVANCES HACIA EL CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN EL SNIS	15
SITUACIÓN DE LA SALUD ANTES DE LA REFORMA.....	15
EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - SNIS	16
AVANCES EN LA ESTRATEGIA DE LA REFORMA.....	18
PLANIFICACIÓN EN SALUD: “PROGRAMAS PRIORITARIOS”	19
SALUD RURAL	23
DESCENTRALIZACIÓN Y REORGANIZACIÓN TERRITORIAL.....	26
COMPLEMENTACIÓN Y CAMBIO DE MODELO	28
PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	29
CONSEJOS ASESORES HONORARIOS DEPARTAMENTALES (Ju.De.Sa.).....	29
JUNTAS LOCALES DE SALUD (Ju.Lo.Sa.)	31
CONSEJOS ASESORES Y CONSULTIVOS.....	32
EJECUCION DEL FORO NACIONAL EN SALUD	32
MOVIMIENTO DE USUARIOS.....	33
OTRAS HERRAMIENTAS PARA EL CAMBIO DE MODELO	36
CONTRATOS DE GESTIÓN.....	36

METAS ASISTENCIALES	37
Líneas de trabajo priorizadas:	38
PARTE III	42
PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.	42
Propuesta de implementación	42
Anexo I.....	46
FUNCIONES DEL ESPNA	46
(DOC. DT-01/14)*	46
Funciones del equipo de proximidad	47
BIBLIOGRAFIA	49

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del presente documento es presentar el marco conceptual, los principales lineamientos y ejes que guían la propuesta de cambio del Modelo de Atención impulsado por la Reforma del Sector de Salud uruguayo iniciada en el año 2005.

La Reforma del Sector de Salud, forma parte de una profunda modificación del Estado, que asume un rol protagónico para brindar a la población uruguayo una matriz de protección social que les permita a las personas, familias y comunidad un mejor nivel de salud y calidad de vida a lo largo y ancho de todo el territorio nacional.

La estrategia de la Reforma consiste en avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y un Seguro Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal, orientados a racionalizar y optimizar los recursos en salud, en el marco de una lógica de complementación y coordinación entre efectores públicos y privados.

“... la meta que nos proponemos, es que todos los uruguayos puedan recibir una atención integral de salud, mediante un Sistema Nacional Integrado –mixto- público y privado; financiado por un Seguro Nacional de Salud...”.

Sus principales ejes son el cambio del modelo de atención, el cambio del modelo de gestión y el cambio del modelo de financiamiento. Es en los dos últimos donde se han observado los mayores avances, sin embargo el nuevo modelo de atención requiere un profundo cambio socio – cultural que va desde los efectores y los técnicos a los estilos de vida de la población con una visión integral e integrada, abordando al individuo en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y comunitaria. Se trata de cambios que se producen en forma más lenta y que requieren poner en común principios, conceptos y objetivos, para entonces delinear la estrategia y los pasos necesarios para alcanzar la meta propuesta.

La ley 18.211 de creación del SNIS establece en su capítulo IV, “Redes de atención en salud”, los principales lineamientos que guían el cambio del modelo de atención, en particular: “El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención”.

Diversas acciones han impulsado cambios en el sentido deseado desde el inicio de la reforma, pero es necesario profundizar en lo ya planteado y actuado para avanzar más rápidamente en una estrategia común.

PARTE I

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

Uno de los pilares en lo que se asienta esta Reforma de la Salud es la concepción de la salud como derecho humano esencial y por lo tanto responsabilidad del Estado.

El concepto de salud ha ido variando a lo largo de la historia en relación al nivel de desarrollo económico, social y cultural de la humanidad. Básicamente hasta mediados del siglo pasado la salud era concebida cómo la ausencia de enfermedad. De este modo el concepto de salud se construyó a partir de una premisa negativa. La enfermedad se circunscribía a la ausencia de diagnóstico y a la sensación de salud del individuo.

Un salto cualitativo en el desarrollo del concepto se planteó con el surgimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en abril de 1948. Se adopta entonces una definición positiva e integral: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Múltiples formulaciones ha tenido el concepto en los últimos sesenta años. Pero es el que han enunciado los Doctores Hugo Villar y Roberto Capote y que se recoge en la Exposición de Motivos de la Ley 18211 del SNIS el que se tomó como punto de partida de la reforma: “la salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad y constituye un inestimable bien social”.

La OMS establece en su carta constitucional que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Entonces la salud como unidad dialéctica deviene en la síntesis del proceso salud-enfermedad en el individuo y este, en tanto ser social, expresa además la síntesis individuo-sociedad. Así, el derecho humano fundamental que tiene cada individuo a la salud debe ser garantizado por la sociedad.

“La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones

para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud.”

Por consiguiente, la concepción que se tenga de la salud y de los factores que intervienen en su consecución, impacta en los marcos normativos y el sentido de la acción que desarrollan los Estados, las sociedades y los actores de la red de atención sanitaria en los diferentes momentos. En el Uruguay, la Reforma del Sistema de Salud (RSS) que se procesa en la actualidad sintetiza una serie amplia de transformaciones que dan cuenta de esta relación. El giro del modelo de atención hacia una estrategia que privilegie la prevención y promoción de la salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS), la reforma del modelo de financiamiento que avanza hacia el aseguramiento universal y equitativo y, complementariamente, la readecuación de la gestión del sistema favoreciendo la coordinación y complementariedad de los diferentes servicios y niveles, con un fuerte reposicionamiento del rol rector del Estado y consolidando espacios para la participación activa de la ciudadanía, evidencian un profundo cambio de la concepción de la salud (MSP, 2009).

CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN

El cambio en el Modelo de Atención implica pasar de un modelo: curativo, fragmentado, centrado en la enfermedad, médico hegemónico, hacia uno que considere integralmente a las personas, privilegie la promoción de la salud, trabaje en Equipos, fortalezca el Primer Nivel de Atención.

Conjuga a su vez tres vertientes conceptuales: la estrategia de APS renovada, el primer nivel de atención (PNA) y la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La APS fue definida en Alma Ata, por la OMS en 1974 como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."

Es amplia y profunda la elaboración conceptual en torno al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en todos los niveles de atención. Esta estrategia busca dar satisfacción a los objetivos de salud de los pueblos en el marco de su concepción como un derecho humano fundamental que por tal debe ser garantizado por los Estados. La APS ha presentado cambios en los últimos 36 años siendo la Declaración de Montevideo del año 2005 un salto cualitativo en su definición incorporando valores principios y elementos en los sistemas salud en relación a los cambios demográficos y epidemiológicos producidos desde la reunión de Alma Ata: envejecimiento de la población, alto grado de concentraciones urbanas, mayor peso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y enfermedades emergentes y reemergentes estrechamente vinculadas al fenómeno de la globalización.

A ello se agrega el desarrollo y profundización del concepto de determinantes del proceso salud enfermedad elaborado por Marc Lalonde en 1974 desde una perspectiva que planteaba lo social como un factor de riesgo más entre otros. Si bien esta visión fue la más visible, a partir de los años '80 se comienzan a concebir los determinantes como elementos de construcción social de la salud a influjo de los aportes de Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Naomar Almeida Da Silva entre otros.

La APS renovada propone que los sistemas de salud deben estar orientados por los valores de solidaridad, equidad y el derecho a la salud como un bien social y público, de modo de asegurar a las personas, familias y comunidades el acceso a una cobertura universal en salud. En el documento de posición de la OPS "La Renovación de la APS en las Américas" el mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central, dando respuesta a las necesidades de salud de la población, orientada hacia la calidad, con responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación intersectorial e interinstitucional.

Un sistema de salud basado en la APS debe garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios, en términos de equidad, atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en la prevención y la promoción y asegure el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en la APS requiere un sólido marco organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas

óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, desarrolla – además – mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.

Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales e interinstitucionales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad. La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la APS alcanzan mejores resultados y mayor equidad, son más eficientes, tienen menores costos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa.

Todos estos conceptos han sido incorporados en los fundamentos de la reforma de la salud en Uruguay y por lo tanto en su SNIS, con un fuerte énfasis en el primer nivel de atención (PNA) contextualizado en una visión familiar y comunitaria.

EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Primer Nivel de Atención (PNA) implica constituir o integrar la unidad de salud más cercana a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

El primer nivel tiene tres funciones esenciales: ser el principal punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el itinerario de las personas en el sistema, y asegurar la integración y la síntesis de la información de salud de cada usuario con una perspectiva familiar y comunitaria.

Siendo el de menor grado de complejidad en función de los recursos y tecnología necesarios para su aplicación, constituye la base del sistema. Bien organizado y contando con los recursos necesarios resuelve el 80% de los problemas de salud de la población. Realiza atención ambulatoria, domiciliaria y de urgencia con actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación, educación e investigación. Su ámbito no es sólo el consultorio. También

se lleva a cabo en domicilios, centros de estudio y de trabajo, instalaciones deportivas y recreativas y potencialmente en todo lugar en donde transcurre la vida cotidiana de la comunidad.

Se destaca que el personal de salud que trabaja en este nivel- al abordar problemas de alta complejidad social - necesita una capacitación adecuada y un re- perfilamiento para el trabajo en equipo, con coordinación intersectorial y la participación de los involucrados.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Trabajar en promoción de la salud, implica promover el empoderamiento individual y colectivo, la participación activa de toda la población en el cuidado de la salud y sus condiciones de vida, implica el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Debe realizarse desde un enfoque intersectorial que garantice el análisis y accionar integral, frente a la compleja realidad en la que transcurre la vida cotidiana de las personas. De esta forma se facilitaran los cambios individuales y colectivos que permitan modificar la realidad epidemiológica, asegurar la profundización de la Reforma Sanitaria y elevar la calidad de vida de las uruguayas y uruguayos.

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

En la ley 18211 se establece: “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con

infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.”

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

En la organización del sistema en RISS se expresa un concepto que ha tenido un largo proceso de elaboración con el objetivo de resolver los problemas de fragmentación y segmentación de los servicios de salud tradicionales.

Estas características que aún se mantienen en alguna medida en nuestro país generan dificultades en el acceso, ausencia de continuidad en la atención, prestaciones de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos. Ello es consecuencia de un modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos, entre otras.

Estas características que se verifican en otros sistemas de salud de las Américas persisten a pesar de los esfuerzos realizados. Estos aspectos se vienen abordando en diferentes niveles de desarrollo a partir de la reforma de la salud. Ante la urgente necesidad de resolución de los problemas de fragmentación y segmentación la OPS ha planteado la creación de redes integradas de servicios de salud basadas en la APS.

El desarrollo de las RISS contribuirá a la prestación de servicios de salud, accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Los atributos esenciales de las RISS para una atención a la salud son:

- a) población y territorio a cargo bien definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud; extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública;
- b) un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la

- mayor parte de las necesidades de salud de la población; prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
- c) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
 - d) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

EQUIPO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ESPNA)

En el primer nivel de atención, pensado en función de la estrategia de APS, es el equipo de salud- la particular forma de organización del trabajo que asumirá la responsabilidad de acompañar, evaluar e intervenir en los procesos salud-enfermedad -individual y colectivo - de una población referida a un área geográfica. Es nodo fundamental en la estrategia de APS y por lo tanto en las RISS.

El trabajo en equipo ha sido definido por la OPS como “un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud”.

El denominador común de los equipos de salud es el médico y la enfermera con formación familiar y comunitaria. Luego se integran otras disciplinas en relación a las necesidades y características de la comunidad en la que se desempeñan.

El cambio de Modelo de Atención para el avance de la Reforma, se impone en función de una serie de consideraciones:

- 1) El concepto de salud ha variado de acuerdo a los diferentes momentos históricos dependiendo de contextos socio, económicos, y culturales. La salud es conceptualmente un proceso complejo y multidimensional que se construye social y biológicamente. Se concibe a la misma desde el enfoque de los determinantes sociales en salud.
- 2) La realidad demo-epidemiológica del país, donde predominan las enfermedades crónicas como principales causas de morbimortalidad y donde los enfoques modernos para el encare de las mismas pasan por fuertes políticas de prevención y

promoción de salud. El perfil epidemiológico del Uruguay da cuenta de la gran incidencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) en las tasas de morbilidad y mortalidad, con una esperanza de vida situada en 75,72 años para ambos sexos

- 3) El concepto de atención integral implica que el Sistema abarca desde la promoción hasta los cuidados paliativos, pasando por diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y la rehabilitación. Fortaleciendo los aspectos preventivos sobre los curativos.

En base a éstas es que se propone implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria con políticas de salud articuladas, estimulando la descentralización, organizando las prestaciones según nivel de complejidad, áreas territoriales y sus realidades epidemiológicas locales.

Para este Modelo, el Sistema en su organización debe transitar hacia un desarrollo profundo del Primer Nivel de Atención con la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que sea eficaz y eficiente, de cobertura universal, equitativa y solidaria, y que permita el logro de una mejor calidad de vida para la población.

PARTE II

AVANCES HACIA EL CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN EL SNIS

SITUACIÓN DE LA SALUD ANTES DE LA REFORMA

En el análisis de la evolución histórica del sector salud, se evidencia un desarrollo donde conviven expresiones asistenciales públicas y privadas.

Hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX, nacen los primeros hospitales públicos, frutos de la acción de obras de caridad y comunidades religiosas.

En 1856 se crea la primera mutual: Asociación Española de Socorros Mutuos, que funciona en la órbita privada. A fines de dicho siglo se suman, asociaciones de ayuda mutua de las diversas colectividades de inmigrantes.

En 1934 se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP) y se dicta la Ley 9202 Orgánica de Salud Pública.

En 1935, se crea el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en la órbita del subsector privado y la incorporación del Seguro de Enfermedad de los trabajadores privados.

En 1979 se crea el Fondo Nacional de Recursos (F.N.R), responsable del financiamiento de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (I.M.A.E), los tratamientos y técnicas de alto costo y complejidad. Institución que continúa funcionando y permite aumentar la equidad en las prestaciones especialmente a las franjas más vulnerables de la población.

En 1987 se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E), siendo el Organismo Público responsable de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP, en los cuales se asistían la población de menores recursos que no podían afrontar el pago de la atención de su salud.

En el año 2002, la crisis financiera ocasiona el cierre de Empresas de Salud, con las consecuentes pérdidas de empleo. De igual manera la alta incidencia en el mercado de los efectores privados, con respuestas inequitativas, con énfasis en la atención hospitalaria, y una tendencia acelerada a la incorporación de tecnológica y a la súper-especialización.

Situaciones que aumentan la desigualdad y la inequidad en el acceso a la salud.

El Gobierno que asume en el año 2005 se encuentra con una realidad en el sector salud crítica, con múltiples servicios de salud centrados en la atención de la enfermedad, no articulados entre sí, con marcada inequidad en la asignación de los recursos financieros, materiales y humanos, generando la duplicación y subutilización de los mismos

Los servicios de salud se organizaban en base a dos grandes grupos o subsectores: público y privado, funcionaban en paralelo sin demasiados puntos de contacto entre sí, con un financiamiento inequitativo, dificultades para garantizar cobertura y un modelo de atención centrado en la enfermedad, con diferentes respuestas frente a situaciones de salud similares, siendo la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) el principal prestador en el subsector público y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) dentro del subsector privado. Estas últimas eran las únicas instituciones habilitadas para contratar con el seguro de salud administrado por el Banco de Previsión Social para la cobertura de los trabajadores privados en actividad. Asimismo coexistía un pequeño sector de seguros privados, integrales y parciales, con fines de lucro y de muy baja cobertura poblacional.

EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD - SNIS

Bases Jurídicas

Estas se concretan en nuevas leyes, decretos reglamentarios y ordenanzas que en forma progresiva fueron dando institucionalidad al Sistema Nacional Integrado de Salud y su puesta en funcionamiento.

Por su trascendencia las tres principales leyes son:

- Ley 18131 creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), reúne todos los fondos de la Seguridad Social, que se destinan a financiar los Servicios de Salud, se incorporan nuevos trabajadores. Aparece ASSE como nueva opción asistencial y las cuotas salud se unifican y se pagan en base a la población de riesgo (edad y sexo);
- Ley 18.161 de descentralización de ASSE, separa las funciones de rectoría competencia del MSP y la prestación de los Servicios de Salud de responsabilidad de ASSE, dirigida por un Directorio con

cinco representantes dos del ámbito social (representante de los trabajadores y un representante de los usuarios);

- Ley 18.211 regula el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. Correspondiéndole al MSP la implementación del Sistema y a la JUNASA la administración del Seguro Nacional de Salud.

Principios

Son principios rectores del SISTEMA:

- 1) Promoción de la salud, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida,
- 2) Intersectorialidad de las políticas de salud respecto al conjunto de políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población,
- 3) Cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud,
- 4) Equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones,
- 5) Orientación preventiva, integral y de contenido humanista;
- 6) Calidad integral de la atención de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación que respeten los principios de bioética y los derechos humanos de los usuarios;
- 7) Respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud;
- 8) Elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios;
- 9) Participación social de trabajadores y usuarios;
- 10) La solidaridad en el financiamiento general;
- 11) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales y
- 12) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Objetivos

- 1) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- 2) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos
- 3) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- 4) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales
- 5) Lograr el aprovechamiento racional del personal de salud, de los recursos materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse, mediante la complementación en territorio de los prestadores de salud.
- 6) Promover el desarrollo profesional continuo del personal de salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica
- 7) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- 8) Promover la participación social ya que hace al proceso de construcción de los cambios en salud, con el involucramiento activo de usuarios y trabajadores, en todas sus instancias. Esta modalidad de participación garantiza un estilo de conducción democrática que en un proceso gradual deberá implementarse en todos los niveles de conducción de los Servicios de Salud.

AVANCES EN LA ESTRATEGIA DE LA REFORMA

En lo que ha transcurrido el período se ha avanzado en los ejes vinculados al Cambio de Modelo de Financiamiento y de Gestión.

Sin embargo en el Modelo de Atención los avances han sido más lentos, a pesar de haber un gran consenso nacional sobre la necesidad de modificar las características predominantes del modelo hegemónico de

atención a la salud, cuyo principal foco estaba puesto en la enfermedad, en la alta tecnología, en la fragmentación de la atención y el enfoque asistencialista con escasa o nulas acciones de promoción y prevención. Es por ello que pasa a ser un tema relevante para la continuidad y profundización del proceso.

PLANIFICACIÓN EN SALUD: “PROGRAMAS PRIORITARIOS”

La creación del Departamento de Programación Estratégica (DPES) en 2010, actualmente División de Programación en Salud (2013), se enmarca en el proceso de fortalecimiento de las funciones de Rectoría del MSP, con la finalidad de mejorar las capacidades de planificación institucional en materia de formulación y desarrollo de las políticas públicas en salud de la población. Se pretende aportar al proceso de construcción de una Política Pública en Salud como política de Estado sustentable, con visión estratégica, democrática, de alcance nacional y especificidad territorial, basada en los derechos humanos, la participación social, la Intersectorialidad, el conocimiento y la investigación, el desarrollo local, y con enfoque de género, curso de vida y demás determinantes sociales de la salud.

Estas políticas se desarrollan a través de Planes Nacionales que contienen las directrices, orientaciones y principales acciones estratégicas en materia de política sanitaria para las diversas poblaciones, en función de las prioridades definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Formular la política a través de Planes, implica en sí mismo, un esfuerzo por disminuir el grado de fragmentación programática, históricamente existente, apuntando no solo a mejorar la calidad en la formulación de las políticas sino también a facilitar su efectiva implementación.

Para el desarrollo de las acciones previstas en los Planes, se definen dos escenarios; el escenario del Sistema de Salud y el de los Determinantes Sociales de la Salud mediante el diseño de Políticas públicas Intersectoriales.

Estas acciones se organizan a su vez, en torno a la promoción de tres ejes:

- 1) fortalecimiento y reorientación de los servicios de atención a la salud hacia una atención accesible, integral, continua, oportuna y de calidad, basada en las necesidades de la/s población/es, con fuerte orientación a la promoción y a la prevención, con enfoque de derechos, género y curso de vida, y con énfasis en la eficacia de las acciones y la eficiencia y sustentabilidad del sistema;

- 2) desarrollo de acciones de promoción de salud a nivel de los entornos y de las personas tanto a nivel individual como a los colectivos y comunidades. Implicará desarrollar estrategias que promuevan la creación de entornos saludables y de habilidades personales para la adopción de estilos de vida saludables y,
- 3) la equidad en salud mediante acciones dirigidas a grupos con necesidades especiales y/o grupos en situación de vulnerabilidad dada por; la edad, el género, o la condición del entorno y/o enfermedad.

En el período 2010-2014, se han ido formulando e implementando diversos Planes nacionales de carácter poblacional con enfoque de curso de vida y otros más específicos, lo cuales se encuentran en diverso grado de desarrollo, de acuerdo al grado de priorización por parte de las Autoridades. Algunos de los proyectos más recientes que se vienen desarrollando en el marco de los Planes Nacionales son:

Plan Nacional Perinatal y de Primera Infancia.

- Proyecto de mejora en la calidad de atención en las maternidades nacionales.
- Proyecto para la implementación de una Red Nacional de Cuidados críticos materno perinatales e infantiles.
- Mejora de la Calidad en la práctica clínica (con énfasis en el PNA): Actualización de Normas y Guías de Práctica Clínica: Embarazo, parto y puerperio. Atención Integral de las niñas y niños sanos, sífilis-VIH, anemia entre otras.
- Plan Nacional de defectos Congénitos y Enfermedades Raras; entre otras acciones, incluye los programas de pesquisa prenatal y neonatal.
- Apoyo al desarrollo de los RRHH: Cursos de capacitación en obstetricia y neonatología crítica, AIEPI neonatal, Visita Domiciliaria integral a Recién Nacidos de Riesgo entre otros.
- Participación en la formulación e implementación del Programa “Uruguay Crece Contigo”.
- Sistema Nacional Integrado de Emergencia y Traslado
- Formulación del proyecto general del SNIET-SAME y reglamentación de la ley de Rendición de cuentas 2013, artículo 265 (creación del Sistema).

- Formulación del proyecto de Centro Coordinador Nacional del Sistema, actualmente en fase inicial de implementación.
- Formulación del proyecto de la Red Nacional de Cuidados Críticos materno-perinatales e infantiles.

Plan Nacional de Escuelas Promotoras de Salud

- Acuerdo entre OPS, MSP, ANEP para el desarrollo de la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud, actualmente en proceso de ampliación a nuevos socios incluyendo a: los cuatro consejos sectoriales de la ANEP (primaria, media, técnica y formación docente), el MEC, el MIDES, la JND, la UNASEV Y la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular.
- En el marco de esta estrategia, se han y vienen desarrollando las siguientes acciones a nivel intersectorial:
 - Formulación y aplicación de encuesta de hábitos en escolares para trazar línea de base y monitoreo.
 - Reglamentación de la Ley 19.140 “de Cantinas Saludables en centros educativos”.
 - Elaboración de contenidos programáticos y materiales de educación en los siguientes temas: alimentación saludable, actividad física, salud sexual, vínculos saludables.
 - Desarrollo de un modelo de referencia y contra- referencia entre el sector salud y educación para los problemas más frecuentes.
 - Desarrollo de un portal en web gestionado intersectorialmente como apoyo a la Estrategia.

Plan Nacional de Adolescencia y Juventud

- Diagnóstico y seguimiento de la situación de salud de adolescentes y jóvenes: co- ejecución de la EMSE 2012.
- Formulación y plan piloto para implementación de Buenas prácticas en atención a adolescentes en los servicios de salud del SNIS.
- Apoyo al desarrollo de los RRHH: cursos de capacitación en la atención integral de adolescentes.
- Formulación y apoyo a la implementación del proyecto de Consejerías en salud para los adolescentes en centros de estudio.

- Promoción de salud: formulación y ejecución en territorio del Proyecto “Yo por vos”
- Equidad: Abordaje integral del consumo problemático de alcohol en adolescentes y jóvenes; hoja de ruta para la atención en los servicios de salud y capacitación.
- Equidad: Abordaje integral del IAE en la adolescencia.

Plan Nacional de Promoción de Salud y Prevención y control de las ECNT.

- Formulación del Plan en forma interinstitucional. (En proceso)
- Estrategia Municipios saludables. 59 Municipios en todo el país con el desarrollo de múltiples proyectos en promoción de salud con enfoque de género, generaciones y determinantes sociales.
- Actualizaciones de guías de práctica clínica y protocolos en prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.
- Estrategia y campaña menos sal más salud. Firma compromiso de CIPU para reducción de la sal en el pan.
- Proyectos de gestión comunitaria para instalación de circuitos aeróbicos en todo el país (58).
- Diversas actividades y estrategias en prevención de siniestros de tránsito. Coordinaciones con UNASEV
- Curso de intervenciones breves para manejo del consumo de alcohol a equipos del PNA.

Salud Sexual y Reproductiva.

- Consolidación de la Red de equipos referentes en SSRR de todo el país
- Reglamentación e implementación de la ley de Interrupción voluntaria del embarazo.
- Monitoreo de la política de salud sobre violencia; ejecución de encuesta.
- Ampliación de la oferta de métodos anticonceptivos en el SNIS.
- Reglamentación de la ley de reproducción asistida. (Alta complejidad en proceso)

Salud Mental: Plan Nacional de Prevención del Suicidio y Plan de Prestaciones.

- Formulación, apoyo a la implementación, difusión y monitoreo del Plan de Prestaciones.
- Encuentros de sensibilización y capacitación en distintos puntos del país en prevención suicidio.
- Normativa de obligatoriedad en el Registro de los IAE por parte de los prestadores del SNIS
- Inclusión de una prestación específica dentro del plan de prestaciones de salud mental, tanto a nivel de la persona que transita un IAE como de sus familiares más cercanos.

Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

- Formulación y lanzamiento del Plan en 2013, diagnóstico de situación de partida.
- Encuentros con los prestadores de todo el país, para implantación progresiva del modelo de atención de cuidados paliativos. Acompañamiento del proceso.
- Publicación de Guía de bolsillo “Cuidados paliativos, Control de Síntoma”

SALUD RURAL

La salud rural es definida como una de las prioridades de gobierno en esta segunda fase de la reforma, para avanzar en la disminución de las brechas de desigualdades que existen en el acceso a una atención integral a la salud entre pobladores urbanos y rurales y mejorar la calidad de vida y el nivel de salud de la población rural.

Se cuenta con un Plan Nacional de Salud Rural (octubre 2010) que orienta el accionar de todos los efectores de salud del sistema como un instrumento de salud pública, en el que se ubican como ejes estratégicos: la organización de la atención, el fortalecimiento y capacitación de los equipo, la participación social y la intersectorialidad y la generación de conocimientos sobre el medio rural. Este plan fue elaborado con la participación de todos los actores involucrados en el proceso asistencial y de base territorial. El mismo ha sido publicado y difundido a nivel nacional.

Las direcciones departamentales de salud con los Consejos Asesores Honorarios Departamentales (Judesas) realizaron sus ajustes e iniciaron el proceso de implementación teniendo en cuenta las particularidades del territorio.

En el manual de orientación para la organización de los servicios de salud rural se destacan las acciones que se deben realizar para una atención a la salud rural integral, de calidad, con participación social, complementando las acciones y construyendo las redes integradas de servicios para garantizar la continuidad asistencial, Ha sido publicado y difundido a nivel nacional y en su construcción han participado las direcciones departamentales de salud, representantes de los trabajadores y usuarios del ámbito público y privado.

Se ha trabajado conjuntamente con la UDT para formalizar los convenios de hecho que ya existían en el territorio y una larga experiencia con diferentes modalidades de trabajo para resolver los problemas de la salud rural. A modo de ejemplo se destacan los convenios ASSE-FEMI para el área rural en los departamentos de Salto, Canelones, Florida, Durazno, Colonia, San José, Tacuarembó, Paysandú, Cerro Largo, Rivera, Rio Negro.

Se cuenta con el primer censo nacional de efectores de salud rural, validado en los 19 departamentos, próximo a publicar. Allí se identifican algunas brechas sobre alguna de las cuales, se elaboró el proyecto Rondas Preventivo Asistenciales (ROPAS) - Banco Mundial/PEPENT, donde a través de una modalidad de atención innovadora y móvil se acercan los equipos de salud, el equipamiento y las tecnologías a las localidades menores de 2000 habitantes y pobladores dispersos, para realizar una atención integral con un enfoque de promoción de la salud y preventivo. Se adquirieron 38 móviles equipados con equipos de salud (médicos, enfermería, odontología, parteras) y 9 camionetas para el traslado de usuarios que requieran una interconsulta o derivaciones a mamografías u otras técnicas de diagnóstico. Estos móviles pasarán en un comodato para ASSE, tendrán un equipo de coordinación local bajo la conducción de las direcciones departamentales de salud y el trabajo asistencial complementado entre ASSE -FEMI-Intendencias y otros efectores que existan en cada localidad.

Se realizó el reconocimiento de las buenas prácticas en salud rural Premio Dr. Vladimir Roslik en el que se pretende fortalecer la cultura de la calidad en los servicios de salud rural , rescatar la memoria de un médico rural comprometido con su localidad que fuera asesinado por la

dictadura militar , como parte de los derechos humanos , rescate de la memoria y la salud mental colectiva y la identificación de experiencias que se venían realizando apuntando al cambio del modelo de atención .Se entregaron 36 premios con 7 menciones de oro . Los premios apuntan a mejorar un área deficitaria en los puestos y policlínicas rurales como fuera identificada en el censo como la comunicación, para eso se coordinó con ANTEL quienes donaron 36 computadoras portátiles de última generación y 36 celulares con línea gratis por un año.

Para el fortalecimiento de los equipos de salud rural se inicia un proceso de capacitación para los equipos de las DDS y de ASSE del área de fronteras (Artigas, Cerro Largo, Rivera ,Rocha)a través de un proyecto para el fortalecimiento del SNIS con énfasis en poblaciones menores de 5000 habitantes, financiado por la Cooperación Alemana (GIZ) y el Ministerio de Salud de Brasil en el que se capacitaron a través de seminarios, consultores internacionales y pasantías en Brasil (equipos de salud , de gestión y representantes de los usuarios).

Como continuidad del mismo se logra financiar un proyecto de inversión para ASSE y MSP financiado por el banco alemán de préstamo no retornable(monto de tres millones y medio de dólares) que implica construcción de nuevos puestos de salud rural y policlínicas con su capacidad instalada , un laboratorio regional para la detección de VIH-Sida , ambulancias especializadas para el traslado , refacción de policlínicas y móviles equipados para la atención ambulatoria de acuerdo a las necesidades identificadas en esta áreas de frontera .

El financiamiento del primer plan de re perfilamiento de los equipos de salud rural con base en la APS (Comisión Mixta Salto Grande y BROU) en coordinación con Comisión Sectorial de Educación Permanente Universidad de la República, Facultad de Medicina (Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria) Facultad de Enfermería de Regional Norte; Direcciones de RAP –ASSE; Direcciones de primer nivel de FEMI ;Intendencias y UDT del MSP, permite la capacitación de los primeros 400 equipos de salud de la región noroeste.

En coordinación con la Facultad de Medicina de Udelar se incorpora la primera asignatura optativa en la formación de los estudiantes de medicina: optativa de salud rural 1 y 2. Realizando la experiencia un grupo de 30 estudiantes con inserción en puesto de salud rural de Cuareim Bella Unión.

Es intenso el trabajo coordinado con la Sociedad de Medicina Rural, la SUMEFAC, las mesas de desarrollo rural y el ministerio de agricultura y pesca.

Con MEVIR especialmente, se ha establecido coordinaciones para que en los futuros planes se prevea la construcción de puestos de salud rural y casas para la radicación de médicos y enfermeras en estas localidades rurales.

Se están apoyando investigaciones relacionadas a la tele -salud en el medio rural y la utilización de farmacopea autóctona y prácticas de cuidado que realizan los pobladores rurales a modo de avanzar en la generación de conocimientos en este medio.

Los avances de la salud rural caminan en la dirección de fortalecer la descentralización territorial, mejorar la organización de la atención a la salud rural en acciones integrales, de calidad, con equipos interdisciplinarios, con capacidad resolutive, asegurando la continuidad asistencial a través de la complementación de acciones y la construcción de las RISS. Promover los derechos de los usuarios de las localidades rurales, la participación social y la intersectorialidad.

El fortalecimiento y la capacitación de los equipos de salud rural de acuerdo a sus necesidades educativas y la coordinación con las entidades formadoras de la Udelar.

Mejorar los sistemas de información para la atención y generar nuevos conocimientos que nos permitan una mejor comprensión de la salud rural.

DESCENTRALIZACIÓN Y REORGANIZACIÓN TERRITORIAL

La descentralización y reorganización territorial es un componente esencial en el cambio de modelo de gestión y de atención. Este proceso se está realizando tanto a nivel de la macro gestión desde la rectoría del MSP como de la gestión de los propios prestadores del SNIS.

En particular en el año 2007 con la Ley 18.172 del 31 de diciembre de dicho año, en su artículo 227, se crean 19 Direcciones Departamentales de Salud las que desarrollarán sus actividades de acuerdo a un Plan Departamental aprobado por la Dirección General de la Salud.

Sus objetivos muestran claramente el rol a cumplir en el marco del cambio del modelo de atención según definición del Decreto 433 del 5 de diciembre del año 2008:

- 1) Generar políticas y herramientas de articulación intersectorial e interinstitucional en el ámbito Departamental, articulando la ejecución de políticas sociales, promoviendo la construcción y de redes y la articulación interinstitucional que permitan avanzar en acciones concretas de promoción y atención a la salud.
- 2) Implementar el Monitoreo y Evaluación del funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), efectuando el seguimiento de la aplicación de las políticas nacionales de salud y el efectivo cumplimiento de los acuerdos y contratos de gestión como obligaciones contraídas por los prestadores integrales. Garantizar el cumplimiento de las resoluciones generales y particulares que tome la Junta Nacional de Salud (JUNASA), creando los Consejos Honorarios Departamentales y Locales de Salud;
- 3) Desarrollar un Plan de Monitoreo de la Situación Sanitaria Departamental, ejecutando la Vigilancia en Salud, articulando y promoviendo la intervención en conflictos ambientales con repercusión sobre la salud humana, la complementación en el territorio de Políticas, Programas y Servicios entre todos los actores del ámbito local.
- 4) Armonizar y articular los Programas Prioritarios a las necesidades y demandas de la comunidad y los servicios de Salud promoviendo su participación en la definición y participación en los mismos;
- 5) Desarrollar una estrategia de promoción de la salud y hábitos de vida saludables incorporando otras organizaciones del Estado y la sociedad a su definición y ejecución adaptándolo a las realidades condiciones locales.

Posteriormente con la Ley 18.719 del 27 de diciembre de 2010 en su Art 566, se crea el cargo de "Coordinador General de Descentralización", dependiente de la unidad ejecutora "Dirección General de la Salud".

En lo que respecta a ASSE la Regionalización y los Compromisos de Gestión de los Coordinadores Regionales, que crea un organismo colectivo de conducción denominado Equipo de Gestión Regional, integrado por un Coordinador Regional y los Directores de las UE de la Región.

Los cometidos son formular y proponer el Plan de Salud Regional y asegurar su implementación. Evaluar el cumplimiento de los Compromisos de Gestión. Elaborar e implementar pautas para los

procesos asistenciales de problemas de salud prevalentes. Diseñar e implementar los mecanismos de referencia y contra referencia intra y extra regionales, en base al principio rector es que los procesos “empiecen y terminen en la Región”. Delegación progresiva de atribuciones en el Equipo de Gestión Regional, definiendo procesos asistenciales, administrativos, de personal de salud, materiales y financieros, resolutivez de procesos asistenciales del 1er y 2º nivel de atención, y algunos del 3er nivel. Traslados intra y extra regionales. Gestión de camas de Cuidados Intensivos Complementación de servicios, adquisición de mobiliario y equipamiento de bajo y mediano porte, progresivamente desarrollar contratación de obras para mantenimiento edilicio, preventivo y correctivo mediante Licitaciones regionales.

El proceso iniciado tiene el desafío de profundizar su desarrollo desde una lógica de servicio, hacia una red integrada de servicios de base territorial, con un sistema de referencia y contra-referencia establecido según necesidades de salud de la población, con un sistema de complementariedad público-privado. Este es uno de los mayores desafíos, se trata de organizar un sistema integrado de servicios de salud de base territorial. Para ello se debe partir de un diagnóstico participativo de situación por localidades y regiones definiendo un sistema de referencia y contra-referencia entre niveles de atención.

COMPLEMENTACIÓN Y CAMBIO DE MODELO

El marco programático de construcción del SNIS comprende, y así quedó plasmado en su ley de creación, la búsqueda de procesos que encaren y den solución a la segmentación y fragmentación que padece el sistema de salud en el Uruguay.

Estas características rompen con la equidad y continuidad de atención en salud, generando ineficiencia en el gasto, al superponer recursos, vulnerando así los derechos de los usuarios a una atención de calidad y frenan el proceso de construcción del SNIS.

La Complementación es una herramienta en el aporte a la construcción de una estrategia para desarrollar en los territorios Redes Integradas de Servicios de Salud públicos y privados.

Al mismo tiempo el MSP, ha definido y acordado en el Contrato de Gestión firmado con los Prestadores Integrales de Servicios de Salud: “Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o

materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuarias de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad - territorio según se defina.”

La Ley 18.211 establece una serie de definiciones con carácter de recomendaciones, en estos años se ha avanzado en la puesta en práctica de Convenios de Complementación en la casi totalidad de Departamentos del país.

A seis años de haber comenzado formalmente la Reforma del Sistema de Salud se han desarrollado acciones para llegar a la Complementación o Integración en territorio de los diferentes prestadores del SNIS en el marco de redes de atención que comprendan, además, el relacionamiento entre los diferentes niveles atención y la intersectorialidad con el propósito de solucionar los problemas de salud de la población.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Una de las tácticas operacionales que sustenta la estrategia de APS, la participación social y comunitaria, es propiciada a partir de la nueva institucionalidad creada en el SNIS.

La participación de usuarios y trabajadores de la salud en la JUNASA habilita el diseño, la implementación, monitoreo y evaluación de las políticas en salud, incorporando la visión de todos los actores involucrados en el sector.

A su vez la instalación de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales (CAHD) dependientes de la JUNASA, genera las bases objetivas para la gestión de políticas en el territorio.

CONSEJOS ASESORES HONORARIOS DEPARTAMENTALES (Ju.De.Sa.)

El 7 de julio del año 2011 mediante el Decreto 237 se reglamenta lo establecido en el artículo 27 de la Ley 18.211 respecto a este organismo dependiente de la Ju.Na.Sa.

Sus funciones son: Asesoramiento a la Junta Nacional de Salud, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones. Promover la observancia en el departamento de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el ámbito de su jurisdicción tienen como cometidos: Investigar y mantener informada a la Junta Nacional de Salud sobre la situación general de salud en el departamento, así como sobre las situaciones del entorno que influyan en ella. Proponer acciones para el mejoramiento

de la salud de la población local. Coadyuvar al cumplimiento en el territorio de los contratos de gestión suscritos por la Junta Nacional de Salud con los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud. Vigilar la observancia de las resoluciones de la Junta Nacional de Salud. Promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Propiciar el intercambio, la concertación y coordinación intra e intersectorial, participando de las instancias respectivas y fomentando la participación de las organizaciones sociales así como la de otros actores públicos y privados con incidencia en la salud de la población. Contribuir a la difusión de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y velar por su cumplimiento efectivo. Recibir y analizar las propuestas y reclamaciones que reciban de entidades o personas respecto de asuntos de salud del departamento, y elevarlas a la Junta Nacional de Salud con un informe que incluya antecedentes, evaluación y, en su caso, propuestas de intervención a su respecto. Promover, por propia iniciativa o en apoyo de la de otros actores institucionales y sociales, actividades locales tendientes a potenciar las políticas nacionales y/o departamentales de salud, y elevar a la Junta Nacional de Salud informes sobre sus resultados. Especialmente promoverán, como mínimo en forma anual, la realización de Asambleas Locales de Salud. Fomentar el intercambio con los Consejos Honorarios Departamentales de la Administración de Servicios de Salud del Estado y los Consejos Consultivos Asesores de los prestadores del Seguro Nacional de Salud.

Promover la instalación de Consejos Asesores Honorarios Locales de la Junta Nacional de Salud y colaborar en su instalación.

A partir de la reglamentación de los CAHD, se inicia el proceso de instalación, solicitando la nominación de los diferentes representantes a los organismos y sectores que preceptivamente integran cada consejo. Asimismo correspondió cursar la invitación a participar a los diferentes gobiernos departamentales.

En relación a la elección de los representantes de los usuarios y a los efectos de facilitar el proceso de designación se encomendó a los Directores Departamentales la tarea de coordinar y convocar a los interesados en participar de la integración, propiciando las acciones tendientes a obtener, en forma consensuada, la propuesta de los representantes entre los movimientos de usuarios del departamento. Arribado al acuerdo y conjuntamente con la designación de representantes de los demás sectores involucrados, se elevó a la

JUNASA a los efectos de que ésta procediera a formalizar la integración de los diversos Consejos Asesores Honorarios Departamentales.

Este proceso culminó con la instalación del 19° Consejo, instalado en diciembre de 2013, en Montevideo.

La convocatoria a la primera Junta Nacional de Salud Ampliada, la cual congregó a representantes y expositores de todos los colectivos representados en ésta, así como de sus consejos asesores, pretendió, entre otros, lograr una profundización en el relacionamiento JUNASA/JUDESAS (CAHD). A esos efectos, la JUNASA diseñó una agenda de encuentros en los cuales se presentó un proyecto de protocolo de relacionamiento para su discusión y posterior aprobación.

A fines del presente año se pretende haber cubierto las 5 regiones que agrupan la totalidad de los consejos.

REGIONES:

- 1) Salto Artigas Rivera Tacuarembó Paysandú
- 2) Rocha Maldonado Lavalleja Treinta y Tres
- 3) Colonia Rio Negro Soriano
- 4) Florida Flores Durazno
- 5) San José Canelones Montevideo

JUNTAS LOCALES DE SALUD (Ju.Lo.Sa.)

El fortalecimiento del primer nivel de atención, las políticas de promoción y prevención, así como la orientación familiar y comunitaria de la atención, requieren de la participación social para ser efectivas. Se trata de un proceso que ha comenzado y requiere de un desarrollo y consolidación para crear las condiciones que posibiliten llevar a cabo la armonización como así también articular los Programas Prioritarios a las necesidades y demandas de la comunidad y los servicios de Salud promoviendo su participación en la definición y participación en los mismos. Para el desarrollo de una estrategia de promoción de la salud y hábitos de vida saludables incorporando a su definición y ejecución con adecuación a las realidades y condiciones locales. A estos efectos el Decreto 237 en su artículo 5 establece que se podrán crear Juntas Locales de Salud según lo reglamente el Poder Ejecutivo.

CONSEJOS ASESORES Y CONSULTIVOS

En el marco del cambio del Modelo de Atención y en cumplimiento del mandato legal de la 18.211 mediante el Decreto 269 del 2 de junio de 2008 se reglamenta la participación de Usuarios y Trabajadores en cada Prestador de Salud.

Así se establece que todo prestador de salud deberá, contar con Consejos Consultivos y Asesores de carácter honorario, en los que estarán representados la propia entidad, sus trabajadores y sus usuarios. Estos órganos tendrán un funcionamiento autónomo respecto de los demás órganos del Prestador y sus cometidos se vinculan a la promoción y prevención de la salud. Emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador, Expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador así como evaluar el desarrollo en la Institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública. Con el cometido de proteger los derechos de los Usuarios deben velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde el prestador, analizar y evaluar las reclamaciones de los usuarios del prestador, coordinando acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares.

A los efectos del desempeño de sus cometidos deben contar con información suficiente para lo cual el Prestador suministrará, los balances y memoria de la entidad, Estados de resultados, Ingresos y egresos de caja, Estado patrimonial y composición de los pasivos, número y estructura de afiliados, estructura de Personal.

Los Consejos Consultivos y Asesores podrán dar cuenta a la Junta Nacional de Salud de la omisión o negativa de los prestadores a proporcionarles la información que le soliciten en el ejercicio de sus competencias, acompañando las actas donde consten las mismas y toda otra documentación relacionada con esos hechos.

EJECUCION DEL FORO NACIONAL EN SALUD

Los foros nacionales son una herramienta metodológica de planificación estratégica participativa. Espacios de encuentros donde se busca territorializar los Planes y los programas, ajustarlos a las necesidades y realidades a cada localidad. El foro convoca a la participación social real de todo el sector salud, favorece un espacio de encuentro y conocimiento, de negociación y construcción de alianzas que busca mejorar la salud de la comunidad, buscar mayor eficiencia y eficacia del

sistema sanitario y mejorar las condiciones laborales de los trabajadores del sector.

Durante el 2012 se desarrollaron instancias de Foro en seis departamentos del interior del país en el marco de los Planes de Salud Perinatal y Primera Infancia y de Escuelas Promotoras de Salud con la participación de alrededor de 600 personas entre usuarios, gestores de los servicios de salud, equipos de salud y actores de la educación y del MIDES en territorio

MOVIMIENTO DE USUARIOS

Fondo Concursable para la Promoción de la Participación Social en Salud

Dentro de las erogaciones previstas por la normativa vigente, dirigidas a proveer financiamiento a las Organizaciones de Usuarios de los Servicios de Salud, el artículo 324 de la Ley 18.362 de Rendición de Cuentas (2008), establece lo siguiente:

ARTÍCULO 324.- Facúltase al Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" a solventar los gastos derivados de alimentación y traslado en servicios de transporte departamental o interdepartamental, en que incurran los representantes de las organizaciones de usuarios para asistir a eventos o reuniones de interés para dicha Secretaría de Estado.

Las erogaciones autorizadas por la presente disposición deberán ser atendidas con cargo a los créditos vigentes de la Unidad Ejecutora 070 "Dirección General de la Salud".

El artículo 212 de la Ley 18.834 Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal, Ejercicio 2010 modifica la Unidad ejecutora a cargo de las erogaciones destinadas a solventar gastos de traslados y alimentación de las Organizaciones de Usuarios, pasado dicha competencia de la DIGESA a la DIGESNIS.

En 2014, las erogaciones establecidas en el artículo 212 de la Ley 18.834 se han hecho efectivas a través del Fondo Concursable para la Promoción de la Participación Social en Salud, siendo el único mecanismo previsto para el acceso a dichos fondos.

A la luz de lo establecido en la ordenanza 847 del 2013, con miras a profundizar en el proceso de descentralización territorial, se aspira a poder colaborar desde el Fondo Concursable a la consecución de proyectos en clave territorial y que potencie la articulación de los actores locales.

Concretamente, el fondo concursable tiene por objetivo fomentar y apoyar económicamente las actividades previstas en la agenda anual de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, vinculadas a la promoción de los derechos de los usuarios de los servicios de salud y a la educación, promoción y prevención de temáticas priorizadas por el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, a través de DIGESA, apoya el desarrollo de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud (ENPS). Esta, es el resultado de una coordinación intersectorial; se orienta a propiciar la toma de conciencia de la responsabilidad individual y colectiva en el ejercicio del derecho a la salud y al logro de un adecuado balance de acciones gubernamentales, comunitarias e individuales.

En su marco se inscriben los Fondos Concursables “Uruguay Saludable e Inclusivo” (FUSI) que impulsan el desarrollo de proyectos locales de promoción de estilos y entornos de vida saludables y particularmente, propuestas de prevención de enfermedades no transmisibles. Los proyectos son gestionados por organizaciones de la sociedad civil y contemplan la participación e involucramiento de la comunidad y de los diversos actores locales presentes en el territorio.

El Fondo aporta el capital, el seguimiento y la asistencia técnica a las propuestas locales seleccionadas a través de concursos públicos.

Se desarrolló este año, un audiovisual que comparte algunas experiencias de proyectos beneficiarias de los FUSI, implementadas a través del proyecto PPENT.

Esta iniciativa, que impulsa el desarrollo de proyectos locales de Promoción de estilos y entornos de vida saludables, fue lanzada en el mes de setiembre de 2009.

El material constituye un intercambio de experiencias tendientes a recoger y compartir los aprendizajes generados, apuntando a la reflexión en cuanto al papel que ocupan los actores locales y la trascendencia de la participación social en función de la Promoción de la Salud.

Llamados a Municipios, Comunidades o Localidades “Transitando hacia la Estrategia de “Municipio”, Comunidades y Localidades Saludables”. “Presentación de Propuestas para la Implementación de un Programa de Uso y Mantenimiento de Plazas Activas” (CIRCUITOS AERÓBICOS)

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, a través de la Dirección General de la Salud (DIGESA), apoya el desarrollo de una Estrategia Nacional de Promoción de la Salud (ENPS). Se pretende con ella, propiciar la concientización de la población acerca de la responsabilidad individual y colectiva en el ejercicio del derecho a la salud y promover así, un adecuado balance de acciones gubernamentales, comunitarias e individuales. Una de las líneas principales de trabajo de dicha Estrategia es el proyecto de Municipios, Comunidades y Localidades Saludables.

Algunos de los objetivos que se proponen en el marco de los Municipios, Comunidades y Localidades Saludables, son los siguientes:

- Generar coordinaciones y acuerdos intersectoriales para el desarrollo, ejecución y manutención de entornos saludables a través de espacios públicos saludables.
- Promover estilos de vida y entornos saludables en el individuo y población a lo largo del ciclo de vida de la persona y características específicas del desarrollo local.
- Promover el cuidado del hábitat familiar y colectivo. Así como el cuidado de un ambiente saludable.
- Implementar proyectos comunitarios en Promoción de la Salud y prevención de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNTs)
- Generar y promover acuerdos intersectoriales e involucramiento comunitario para el desarrollo de proyectos relacionados con la convivencia e interacción social.
- Fomentar la participación ciudadana en cada una de las temáticas propuestas.

A través de la estrategia de Municipios, Comunidades y Localidades Saludables, se podrán realizar medidas que desarrollen conductas y hábitos saludables para entornos saludables.

Entre esas medidas, encontramos propuestas como la de instalación y mantenimiento de plazas activas, que estimulan a la población a cambiar hábitos que se relacionan con la mejora en la calidad de vida de las personas y de la comunidad en general. La utilización de estos circuitos, debe ser en un marco de acción integral, que incluya orientaciones de alimentación, hidratación, respiración, cardio circulación, termorregulación, etc.

En esta línea, el MSP efectuó la compra de aparatos aeróbicos para el armado de un estimado de 38 circuitos aeróbicos a distribuir en todo el territorio nacional. Cada circuito completo consta de 8 aparatos aeróbicos.

OTRAS HERRAMIENTAS PARA EL CAMBIO DE MODELO

CONTRATOS DE GESTIÓN

Como innovación en el modelo de gestión el artículo 15 de la ley 18.211 que crea el SNIS establece que la Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores integrales que integren el SNIS y pretendan recibir beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

El contrato tiene como principal objetivo, facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone el marco regulatorio del Sistema, así como instrumentar las pautas para la implementación del pago por incentivo al alcanzar metas para el cumplimiento de los Programas prioritarios del Ministerio de Salud pública. Se trata de un instrumento importante en el proceso de transformación del Modelo de Atención.

Busca avanzar en el cambio de Modelo de Atención mediante el fortalecimiento de acciones vinculadas a: la detección precoz de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas como HTA y diabetes con seguimiento adecuado de los mismos, la referenciación a equipos de atención del 1º nivel, la capacitación y el trabajo mediante Guías y Protocolos.

Se establece la necesidad de desarrollar estrategias para que este equipo tenga la mayor capacidad resolutoria respecto de los problemas de salud que atienda en el primer nivel.

A su vez se impulsan estrategias para derivar al médico de Referencia toda vez que el usuario/a consulte en la emergencia y/o luego del alta de internación, junto a la información correspondiente, y se trata de fomentar que la atención domiciliaria se realice con el Médico de Referencia.

El contrato de gestión exige a Los prestadores la presentación de programas específicos tendientes a lograr una adecuada identificación de las necesidades de salud de sus usuarias/os y la implementación de respuestas de atención integral a los problemas que se detecten. Por su parte la JUNASA debe controlar los procesos que desarrollen los prestadores. Éstos deberán implementar actividades de prevención

secundaria vinculadas a la enfermedad hipertensiva, diabetes y patologías oncológicas, en especial cáncer de mama, cuello uterino y colon, así como disponer de un sistema de información electrónica, destinado a la identificación de los usuarios/as que presenten algunos de los factores de riesgo o enfermedades prevalentes, conformando una base de datos que facilite el plan de seguimiento según corresponda en cada caso, que implemente la referencia específica a un equipo de salud del primer nivel de atención y que realice los registros asistenciales en forma adecuada para cada usuario/as

METAS ASISTENCIALES

El Seguro Nacional de Salud, a través del FONASA, paga a los prestadores contratados por la JUNASA cápitas ajustadas por edad y sexo a lo cual se suma un pago por desempeño a través de la fijación de Metas asistenciales.

A través de cumplimiento de estas metas se promueve el cambio de modelo de atención, abordando una política de prestaciones por programa, incentivando la participación de usuarios y trabajadores de la salud, la promoción de hábitos saludables y la prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes. Esta herramienta busca impulsar la consolidación de una práctica asistencial y de gestión institucional fuertemente enmarcada en los ejes estratégicos del cambio de modelo de atención, con base en el desarrollo de la APS. Su objetivo es promover la atención integral e incentivar políticas de prevención en Salud.

Se establecen entonces metas a alcanzar por los prestadores, relacionadas a la atención de salud de la población beneficiaria, que evaluadas y auditadas por parte del MSP, dan lugar a un pago por parte del FONASA de acuerdo al grado de cumplimiento de las mismas. Se trata entonces de un incentivo que promueve el cambio del modelo de atención en las instituciones, asumiendo un compromiso de ejecución y evaluación de las políticas impartidas. Las acciones a llevar a cabo por la estrategia metas han sido diseñadas y priorizadas a través de un proceso sistematizado y en sinergia entre la JUNASA y otros niveles de decisión del MSP.

Los indicadores-meta seleccionados a partir del año 2007 se enmarcan en los programas de salud nacionales ministeriales, los cuales sustentan un enfoque integral, educativo y preventivo.

Unido a esto y acompañando al proceso de adecuación del primer nivel de atención y de formación de los recursos humanos hacia el cambio de

modelo sustentado en la estrategia de APS, se ha definido un eje estratégico consistente en el fortalecimiento del rol del médico de referencia en un proceso que conlleve a la integración y consolidación de equipos de salud en el primer nivel de atención, preparados para el abordaje integral de los programas de salud ministeriales a poblaciones de usuarios referenciados.

Líneas de trabajo priorizadas:

a) Atención del niño y la embarazada

La primera meta creada en Julio de 2007, Meta 1, prioriza los programas vinculados a la atención del niño y la embarazada.

Actualmente, en el año 2014, la Meta 1 impulsa acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros tres años de vida, el control de las embarazadas y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica. En particular se exige a los prestadores integrales:

Para los recién nacidos, control dentro de los primeros 10 días de vida y visita domiciliaria a los recién nacidos de riesgo.

- En el primer año de vida, 10 controles pediátricos, valoración de salud bucal, vacunas, ecografía de cadera, control del desarrollo y determinación de la hemoglobina
- En el segundo año de vida, 4 controles pediátricos, valoración de salud bucal, vacunas y control del desarrollo.
- En el tercer año de vida, 3 controles pediátricos, control odontológico y vacunas.
- Durante el embarazo, 5 controles obstétricos, control odontológico, análisis de HIV y VDRL, acciones en relación a la captación precoz del embarazo y el correcto llenado de la Hoja SIP.
- Para las mujeres mayores de 15 años, pesquisa de violencia doméstica.

b) Médico de referencia como integrante clave del equipo de salud

En el año 2009 se crearon las Metas 2 y 3, como forma de promover la figura del médico de referencia e impulsar un abordaje integral de la atención en salud de la población, permitiendo lograr la transversalidad de los programas nacionales de salud en la atención de los individuos y sus familias en las diferentes etapas de su vida. Es clave la estabilidad

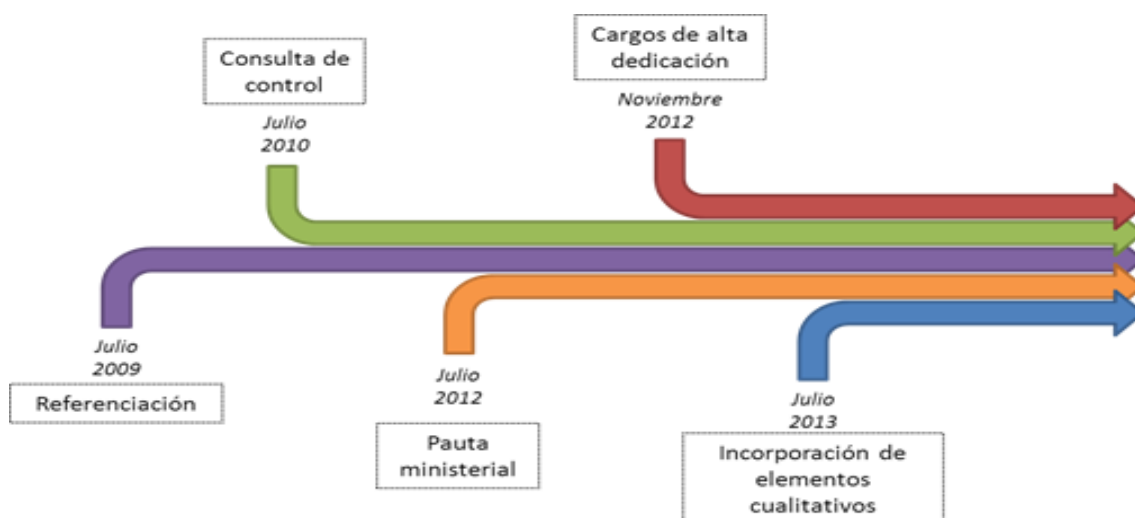
en el tiempo de la atención de salud de los individuos por su médico de referencia del primer nivel de atención, fortaleciendo la relación médico – usuario, consolidando y fidelizando dicha relación.

Las Metas 2 y 3 buscan entonces desarrollar una práctica asistencial basada en la constitución de equipos de salud del primer nivel de atención vinculantes al cuidado longitudinal e integral de la atención de poblaciones asignadas o referenciadas.

Un primer componente de estas metas se relaciona con la referenciación de usuarios a médicos de referencia, mediante la adscripción de usuarios a los médicos generales, de familia, pediatras y geriatras, para luego, a partir del año 2010 comenzar a exigir controles de salud para la población asignada. Las acciones en salud a desarrollar son pautadas desde los programas ministeriales, con evidencia científica de resultados costo-efectivos de la salud de las comunidades. Se estandarizan las características de las consultas preventivas: Hoja SIA para el adolescente, Screening para el adulto y Carné del Adulto Mayor para el adulto mayor.

En el año 2012 se exige también el seguimiento de una pauta temporal en el control según las recomendaciones de los programas ministeriales: una vez por año para el adolescente, una vez cada dos años para el adulto, una vez por año para el adulto mayor de entre 65 y 74 y dos veces por año para el adulto mayor de 75 años o más. En el año 2013, se incorporan actividades de promoción en salud y se incentiva el análisis cualitativo de los indicadores. En el caso de la atención a la población adolescente las metas incentivan el desarrollo de actividades de promoción en salud en instituciones educativas, deportivas y sociales.

Se busca reforzar la figura del médico de referencia como parte de la



estrategia de consolidación de los equipos de salud del primer nivel de atención con población a cargo. El siguiente esquema plantea una mirada de mediano plazo, con las incorporaciones que se han ido agregando desde 2009 en adelante.

c) Cambios en los modelos de trabajo

En noviembre de 2012 se acuerda en el marco de los Consejos de Salarios la creación y definición de contenidos de cargos médicos de alta dedicación. Estos cargos incluyen en su definición la existencia de una población a cargo o referenciada. La Meta 4 será entonces el incentivo para la contratación de cargos de alta dedicación por parte de los prestadores integrales del SNIS.

CONSEJOS DE SALARIOS

El aspecto esencial del trabajo en equipo se debe asumir atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, garantizando la atención integral de la persona, por lo que la actividad se focalizará en la gestión por procesos, donde el punto de atención es la persona y sus necesidades; entablando una relación de confianza entre el equipo y el usuario, una relación basada en acuerdos entre ambas partes

El rol y la labor que desempeñará cada uno de los integrantes del equipo de salud estará determinado por los roles desempeñados por los otros profesionales en el trabajo multi profesional desde la interdisciplina y por las características de la situación a atender. Es decir la situación representada por un determinado participante es parte integral de una representación alimentada y mantenida por cooperación de más de uno dentro del equipo

Desde esta perspectiva le permite y le proporciona al primer nivel de atención una mayor capacidad organizativa y distributiva de funciones en la situación asistencial a afrontar.

El objetivo de este equipo será generar un vínculo democrático, afectuoso con la población asignada, aspecto esencial en el proceso asistencial, a partir del cual se construya la confianza y se demuestre en la resolución de los problemas la profesionalidad en el acto del cuidado de la salud.

Se está procesando la revisión de los Laudos en el entendido que los trabajadores son el recurso esencial de los sistemas de salud, y por ende la forma en que los mismos se organicen impacta directamente en la atención de salud de la población y en la calidad de la misma. En este sentido, se pone un fuerte acento en mejorar la calidad de vida de

la población a través de las condiciones en que el médico desarrolla su actividad profesional en la esfera laboral, impulsando estrategias de cambio orientadas a agregar valor al proceso asistencial y racionalizar la labor médica durante su “ciclo vital” en aras del bienestar general.

En este sentido se ha logrado establecer nuevos contenidos en el área médica sobre la base de, ampliación o adecuación de la carga horaria con el objetivo de mejorar la calidad asistencial concentrando el empleo. Redimensionamiento de la actividad, incorporando en la carga horaria actividades que exceden la atención directa al paciente. En la actividad de policlínica, se suma a lo anterior: Incremento del tiempo disponible por consulta. Cambio en la forma de pago: combinando una proporción de salario fijo, con otro variable. En el caso del primer nivel de atención: un pago por población de referencia, y actividades enmarcadas dentro de los planes y programas de salud que correspondan de acuerdo a las características epidemiológicas de dicha población. Para las demás especialidades, un componente variable relacionado con indicadores de desempeño a definir (ej. historia clínica completa). Los cargos de alta dedicación incorporan además de la consulta, el seguimiento de su población en domicilio frente a situaciones de enfermedad y en el primer nivel de atención, el registro clínico y administrativo, seguimiento de su población de referencia en los otros niveles asistenciales, tareas de educación para la salud y Desarrollo Profesional Médico Continua (DPMC).

En todos los casos, el diseño de la propuesta contempla una imagen objetivo y un proceso de transición, por especialidades, niveles de atención y modalidades de trabajo, con diferentes alternativas, para que el proceso pueda adecuarse y ser funcional según la dimensión, naturaleza, gestión asistencial y capacidad para alcanzar los necesarios equilibrios institucionales y laborales en cada Prestador.

PARTE III

PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE EQUIPOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Trabajo elaborado por subgrupo:

Dr. Álvaro Ferolla (Coordinador)

Dr. Carlos Benavides (Director Departamental de Tacuarembó)

Prof. Lic. Pilar González Ortuya (Directora del Área de Salud Rural)

Prof. Dr. Julio Vignolo (Director del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria UDELAR)

Ec. Gabriela Pradere (Directora de Recursos Humanos DIGESNIS)

Lic. Diego Soria (Recursos Humanos DIGESNIS)

Lic. Sergio D. Núñez (Recursos Humanos DIGESNIS)

Propuesta de implementación

Los documentos previos establecen definiciones claras, precisas y necesarias en cuanto al cambio del modelo atención en tanto pilar de la reforma. El segundo en particular sintetiza los pasos dados concretamente en ese sentido y las herramientas construidas al efecto.

El camino recorrido desde 2005 abonó la síntesis realizada por este grupo. Sumando a ello el DT01/14 Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención se constituyó la base conceptual para una propuesta de implementación del cambio del modelo de atención.

El problema es atar de forma firme esos conceptos a la realidad social, cultural y económica en que se desarrolla el proceso de atención a la salud; el problema es establecer un vínculo adecuado de cada habitante pasando de la referenciación a un médico a la referenciación a un ESPNA. Y aunque la realidad no acepta imposiciones, es posible transformarla desde concepciones profundas en beneficio de todos los habitantes del país.

Cerca de cien por ciento de la población está cubierta por el sistema de salud; más de cuarenta prestadores integrales públicos y privados

además de decenas de prestadores parciales por prepago son responsables de la asistencia.

Sin embargo, situados ante esta perspectiva, surgen de inmediato grandes dificultades que habrá que sortear en el camino del cambio: disponibilidad de profesionales de la salud capacitados para desarrollar la estrategia de APS en el primer nivel de atención en todas sus dimensiones, recursos económicos y motivacionales para asegurar la presencia de los profesionales en donde sea necesarios, disponibilidad racional de recursos diagnósticos y terapéuticos, de infraestructura.

La propuesta entonces es la de plantear la implementación de tres pruebas piloto que establezcan el funcionamiento de sendos ESPNA en los términos definidos por los documentos conceptuales previos. A partir de los datos aportados por estos pilotos se podrá elaborar información para el análisis de las peculiaridades que el proceso de cambio del modelo de atención debe reconocer el desarrollo y consolidación de un primer nivel de atención resolutivo. Se trata de ir profundizando, integrando y sistematizando el conocimiento desde las comunidades, barrios poblaciones en la construcción de un modelo de aplicación en consonancia con la realidad del país.

Propuesta:

1°. Definir y proponer tres territorios: uno en el nordeste del país, uno en área metropolitana y uno en área rural al norte del Río Negro. Considerar para su elección, criterios de vulnerabilidad y de distribución de la pobreza de acuerdo al atlas socio-demográfico del INE y criterios de aplicación del Plan Juntos, Uruguay Crece Contigo y Plan Nacional de Salud Rural. Este mecanismo de selección de los territorios en los que se aplicará el piloto deberá permitir el desarrollo de dos procesos simultáneos: a) implementación efectiva del piloto y b) evaluación del impacto de dicha implementación en comparación con el mismo y con territorios control de similares características.

2°. Una vez definido el territorio y su población, la implementación de los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención podrá ser asumida de dos maneras:

- a. Por cada uno de los prestadores integrales con usuarios en territorio.
- b. Mediante un acuerdo previo de todos los prestadores integrales con usuarios en territorio.

3°. Los ESPNA deberán poseer las competencias y cumplir las funciones definidas en el documento DT 01/14 Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. El MSP determinará las modalidades de atención médica y las prestaciones del PIAS que podrán ser indicadas por los equipos.

4°. Cada EP será responsable de una población de no más de dos mil habitantes y estará integrado de acuerdo al documento DT 01/14. Dichos Equipos trabajarán en Red y Coordinarán con los restantes niveles de atención.

5°. Cada EPN estará integrado por no más de cinco EP constituyendo un ESPNA.

6°. La integración inicial del EPN será un administrativo, un Licenciado en Enfermería y un médico general preferentemente con posgrado de medicina familiar y comunitaria y eventualmente posgrado en gestión de servicios de salud y/o curso de re perfilamiento.

7°. La primera tarea del equipo será el diagnóstico de salud comunitaria para lo cual tendrá un plazo de tres meses. Esta tarea se realizará en conjunto con las juntas departamentales y locales de salud.

8°. La conformación posterior del EPN será función del diagnóstico de salud comunitaria y podrá variar en relación a las necesidades surgidas una vez iniciadas las funciones del ESPNA.

9°. Las necesidades de recursos materiales y económicos serán también función del diagnóstico de salud participativo.

10°. Los ESPNA tendrán la responsabilidad de desarrollar los planes, programas y metas dispuestos por el MSP, trabajando en Red y coordinando con los demás niveles de atención. Deberán realizar las funciones definidas en el DT 01/2014 (Anexo I)

11°. Las líneas de base para la evaluación surgirán del diagnóstico de salud participativo. Estarán en continuidad con los indicadores ya definidos por el MSP. Otros serán resultado de la realidad específica de la población a cargo. Se incluirán indicadores con enfoque de género.

12°. La evaluación se realizará en forma anual y será registrada como parte de los trabajos de investigación del equipo.

13°. Los cargos médicos de los ESPNA serán de alta dedicación de acuerdo a Consejo de Salarios.

14°. El seguimiento y monitorización de los pilotos será llevado adelante por un equipo multidireccional integrado además por los directores

departamentales correspondientes a los territorios en donde se realizan las experiencias.

Consideraciones pendientes:

15°. Elaboración de políticas de estímulos salariales y no salariales para la conformación de ESPNA de alta dedicación en el territorio.

16°. Considerar los aspectos educativos en forma específica dado que será necesario eventualmente el re perfilamiento de los ESPNA.

17°. Se plantea la necesidad de modificación del PIAS estableciendo en forma precisa las modalidades de atención y las prestaciones correspondientes al PNA. (Ej.: incorporación de la atención domiciliaria en las poblaciones rurales.)

Anexo I

FUNCIONES DEL ESPNA

(DOC. DT-01/14)*

Los equipos deberán desarrollar sus funciones asegurando el máximo nivel de resolutivez, brindando un trato digno, respetuoso y de cercanía con el usuario y la familia, aplicando el código ético de cada disciplina, con la comunicación adecuada y pertinente de la información, y orientación precisa acerca de la oportunidad, uso y acceso a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

Las tareas de todos los integrantes del primer nivel de atención se distribuirán en tres grandes bloques: Planificación, Ejecución y Evaluación.

A. Planificación. Elaborar un análisis de la situación de salud participativo que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, determinantes sociales y principales necesidades en salud.

B. Ejecución

- Promoción, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según las Guías de prácticas clínicas del MSP, desde un abordaje individual, familiar y comunitario.
- Prevención de la enfermedad y cuidado de la salud mediante: realización de controles en salud según pauta por curso de vida⁷, tamizajes específicos por etapa de vida, y la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC), Protocolos de Atención (PA) y Flujo gramas de Procedimientos (FP), proporcionados y/o aprobados por el MSP. Notificación de enfermedades obligatorias, vulnerabilidades ambientales y enfermedades vinculadas a la salud ocupacional.
- Incorporación de la población a la gestión del cuidado.
- Registro correcto en la historia clínica, así como también registro de actividades mensuales y semestrales.

- Participación en actividades de capacitación y desarrollo profesional continuo, vinculadas tanto a la ejecución de los Planes de Salud como las requeridas para el mantenimiento de un nivel de ejercicio profesional compatible con una atención de calidad en el marco del desarrollo técnico científico.

C. Evaluación

- Aplicar métodos de monitoreo y evaluación que sirvan para la autoevaluación del desempeño de la tarea y rendición de cuentas a sus usuarios. Para esto se requieren conocimientos para el manejo de resultados clínicos, métodos de evaluación de servicios y herramientas de evaluación de impactos sanitarios.

Funciones del equipo de proximidad

Además de las funciones generales a los dos equipos antes redactadas, se entiende que el EP deberá tener ciertas tareas específicas que se describen a continuación:

- Ser responsable de su población de referencia.
- Identificar las barreras de acceso (geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, étnicas, estructurales, edilicias, etc.).
- Realizar plan de actividades anual de acuerdo a las necesidades del perfil de salud elaborado.
- Realizar promoción para la salud de la población a cargo, en instancias individuales y/o colectivas, dentro y/o fuera del servicio de salud, fomentando en cada instancia los derechos y deberes de los usuarios, llevando adelante la abogacía para la salud.
- Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y las inequidades, y ampliar la cobertura. Identificar los recursos comunitarios existentes.
- Atención de la patología aguda no grave, el control y la descompensación no grave de la patología crónica, a la descompensación y control según GPC, PA y FP. Será obligatorio derivar al equipo de proximidad toda vez que el

paciente consulte en la emergencia y luego del alta de internación, junto a la información correspondiente.

- Responsabilidad, seguimiento y satisfacción de la demanda de atención de la población a cargo a lo largo del curso de vida, cumpliendo con el sistema de referencia y contra-referencia establecido, y con la adecuada gestión de casos.
- Fomentar y ejecutar el trabajo con el ESPNA mediante el trabajo en equipo con las profesiones que se consideren necesarias, acorde a los criterios mencionados en el documento. Los mecanismos pueden ser: derivación, interconsulta, actividades conjuntas, etc.
- Dichos Equipos trabajarán en Red y Coordinarán con los restantes niveles de atención.

BIBLIOGRAFIA

CAMBIO DEL MODELO ATENCION, abril 2011, Comisión Redacción Coordinación: DIGESA: Gilberto Ríos; Ana Gatti, Raquel Rosa; DIGESNIS: Marisa Buglioli, Amparo Paulos; DIGESE-DEPS: Lionel Briozzo, Pilar González Ortuya DOCUMENTO DE APORTES A LA COMISION INTERDIRECCIONAL

La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud, Patrick Van der StuyftI , IMD, PhD. Profesor Titular de Epidemiología. Instituto de Medicina Tropical. Amberes, Bélgica; Pol De VosII IIMD, MPH. Investigador en Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical. Amberes, Bélgica. Presentación oral en el Congreso de Higiene y Epidemiología 2007, La Habana, 5 al 9 de noviembre 2007. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400014&script=sci_arttext

La salud una política de Estado, Dr. Hugo Villar, marzo de 2003. Publicación del Colegio Médico del Uruguay

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), julio de 2007. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf

Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención DT 01/14, División Recursos Humanos del SNIS, enero de 2014.

<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/equipos-de-salud-del-primer-nivel-de-atenci%C3%B3n>

Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud, MCs, Dra. Rina M. Ramis AndaliaI, I. Profesora e Investigadora Auxiliar, ENSAP, CUBA, <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid04212.htm>

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21(2/3):73–84. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

“Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”, (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No.4) OPS, 2010 http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

“Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”, (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.1) OPS, 2008 http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

Plan Nacional de Salud Rural- DEPS- MSP 2010

http://www2.msp.gub.uy/uc_7704_1.html

Manual de Organización de la atención de la Salud Rural DEPS- MSP 2012

http://www2.msp.gub.uy/uc_7704_1.html

La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009, MSP.

Montevideo - Noviembre 2014.