

FA-EP: PROPUESTA DE LA UNIDAD TEMATICA DE SALUD

Plan de Gobierno en Salud

20 de mayo

Las grandes orientaciones que define el programa del FA/EP en esta área tienen como ejes el cambio del modelo asistencial hacia la aplicación de una estrategia de APS, cambios en el sistema de financiación asegurando equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional, y cambios en el modelo de gestión democratizándola, haciéndola más eficiente y garantizando su transparencia. El gobierno progresista deberá asegurar la cobertura de salud a toda la población, articulándola en forma de Sistema Nacional de Salud, con una organización territorial local, superando las actuales superposiciones, dilapidación de recursos y al mismo tiempo las carencias graves que sufre la población más vulnerable socialmente.

Los grandes ejes de esta política son:

- salud como un bien social, derecho humano esencial y una responsabilidad del Estado. Encarada con un enfoque integral que incorpora los determinantes, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos que hacen a la calidad de vida de la población.

- La atención a la salud orientada por los siguientes principios: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, oportunidad, calidad aceptable, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social, gestión democrática, derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, centralización normativa y descentralización en la ejecución, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, sustentabilidad.

- El cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la prevención y promoción a la salud con una estrategia de APS con énfasis especial en el primer nivel de atención.

- El cambio en el sistema de financiamiento del sector asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad, a través de un Seguro Nacional de Salud.

- El cambio en el modelo de gestión asegurando la coordinación y complementariedad de servicios en todos los niveles, la profesionalidad, transparencia y honestidad en la conducción de los mismos y la participación de los involucrados.

- La afirmación del rol rector del Ministerio de Salud Pública en las políticas de salud, tanto en lo referente a su importante responsabilidad como efector como en los aspectos de regulación y de contralor.

- La jerarquización de los trabajadores de la salud, definiendo una política de recursos humanos y el estatuto único para sus trabajadores. Buscando estimular y reconocer los equipos de salud del Primer Nivel de Atención

- La definición de una política del medicamento basada en los géneros, para asegurar la accesibilidad, la calidad de la medicación, así como la racionalización de su utilización, abatiendo costos y potenciando la producción nacional.

- La definición de una política de Tecnologías que busque controlar el ingreso y la utilización de la existente, coordinando y complementando, dando las máximas garantías de calidad y accesibilidad a las mismas, abatiendo costos. Incentivando la investigación y el desarrollo nacional en esta materia.

OBJETIVOS DEL PLAN DE GOBIERNO EN SALUD

1) CAMBIOS EN EL MODELO

ASISTENCIAL: APLICACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

2) CAMBIOS EN LA GESTIÓN: democratización, transparencia, incompatibilidades, eficacia y eficiencia para el logro de una mayor calidad asistencial.

3) CAMBIOS EN LA FINANCIACIÓN: SEGURO NACIONAL DE SALUD, que asegure equidad, solidaridad y sustentabilidad al sistema de salud.

4) CREACIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La crisis profunda del sector ha venido estallando en expresiones puntuales agudas tanto en Salud Pública como en el Mutualismo y en el Hospital universitario. Las carencias de recursos en Salud Pública y en el Hospital universitario, las graves limitaciones de la atención que brinda, el deterioro del sistema mutual con cierre de instituciones y pérdida de la cobertura por parte de muchos miles de uruguayos, y las dificultades de accesibilidad fruto de altos tiques, así como la ausencia de todo tipo de cobertura sanitaria en más del 10% de la población, son algunos de los hechos más notorios.

La salud como derecho humano fundamental está cada vez más lejos de la mayoría de los uruguayos. El incremento de la pobreza y en especial de la pobreza infantil y juvenil, también la precarización laboral producidos en los últimos años agudiza el grave deterioro de la salud.

El actual modelo asistencial, centrado en lo curativo, no incorpora el conjunto de acciones vinculadas a lo que se denomina Atención Integral a la Salud, es decir la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Este modelo, entonces, sobredimensiona y utiliza en forma acrítica la tecnología y el medicamento, no respondiendo a las necesidades de salud de la población, demostrada claramente por el conjunto de indicadores, tema que nadie duda en proclamar desde hace décadas y que se ha agravado en el último período. La mercantilización y el afán de lucro han penetrado en la atención sanitaria, deshumanizándola, encareciendo sus costos, generando ineficiencias y dificultando el acceso de la población, desnaturalizando los orígenes sin fines de lucro del mutualismo y el cooperativismo médico. La superposición y descoordinación entre los distintos efectores de salud agrega ineficiencia y pérdida de calidad asistencial. Este modelo de gestión excluye la participación de trabajadores y usuarios en la definición de políticas y planes de salud.

La estructura de financiación de la salud está agotada y es profundamente inequitativa ya que quienes tienen más aportan menos. Pérdida de equidad y aumento de la injusticia entre el sector público y el privado con una gran diferencia en el monto asignado por usuario entre ambos sectores, y también entre trabajadores con remuneraciones muy dispares para el cumplimiento de la misma función. La cuota única en el mutualismo es en sí misma un factor de inequidad que los tiques y órdenes agravan vulnerando la solidaridad intergeneracional y entre sanos y enfermos.

La gravedad y el carácter estructural de la crisis que se padece en la salud ha llevado a las distintas fuer-

zas sociales a combinar sus reivindicaciones y reclamos inmediatos con propuestas de cambios profundos en un sentido programático.

Los gremios agrupados en el PIT CNT como la FUS, la UTHC, la FFSP, los funcionarios de la Salud del BPS y del Bco de Seguros, con diferentes énfasis, han confluído en un conjunto de propuestas programáticas aprobadas en el Congreso del PIT CNT, que incluyen:

- la creación de un Seguro Nacional de Salud,
- el cambio del modelo asistencial, la aplicación de una estrategia de APS, etc.

Dichos planteos son coincidentes en lo sustantivo con las orientaciones programáticas definidas en el Congreso Hector Rodríguez del FA/EP.

También el SMU en su Encuentro de Solis II y en el proceso en curso de la VIII Convención Médica, ha avanzado en un sentido similar en el plano programático. Incluso otros sectores expresados en la FEMI han manifestado sus coincidencias generales con las propuestas del FA/EP para el sector. Con orientaciones similares se han pronunciado instancias representativas de otras áreas de la salud.

En este escenario es muy posible construir un amplio bloque de apoyos sociales a las orientaciones de cambio que promueva un futuro gobierno progresista.

Ese respaldo de los actores sociales puede incluso ir más allá participando como un protagonista más en los procesos de transformación. En ese sentido es importante tener en cuenta como un elemento positivo que las propuestas del FA/EP han sido elaboradas en constante contacto y diálogo con las fuerzas sociales que actúan en el sector. Al analizar a estos actores sociales debe quedar claro que no se trata de un conglomerado exento de contradicciones y pueden generarse dinámicas negativas de desgregación y choques que debiliten los soportes del cambio progresista del sector. Sin embargo los procesos que se han desarrollado en las fuerzas sociales del sector en los últimos años marcan un camino de mayor preocupación, elaboración y movilización en pos de soluciones programáticas a los problemas de fondo de la salud, y también mayores confluencias en este plano. Vale la pena destacar este hecho por sus consecuencias importantes en la gestión de un escenario positivo para la aplicación de una estrategia de cambios con fuertes apoyos sociales.

Al mismo tiempo es necesario valorar el poder que tienen sectores interesados en sostener el actual status quo, que aún en la crisis presente han continuado usufructuando de grandes ganancias. Nos referimos a las grandes multinacionales del medicamento que son un poder gravitante a nivel mundial con el respaldo activo del gobierno de Estados Unidos y la OMC entre otros. Nos referimos también a sectores de empresarios vinculados con un conjunto heterogéneo de servicios parciales de salud que han venido incrementando su participación en lo que ellos mismos denominan mercado de la salud, apoyándose en la inexistencia o imprecisión de normativas o directamente a la falta de voluntad política de aplicarlas (ej. sistemas privados de seguros, algunas emergencias móviles, etc). Nos referimos también a un conjunto de instituciones vincula-

das a determinadas tecnologías así como a algunos grupos corporativos con ingresos desmesurados y descontextualizados. Como se aprecia, existen un conjunto de actores que pueden resistirse a los procesos de cambio planteados. Sin embargo es tan notoria la crítica situación sanitaria actual, el fracaso manifiesto en dar respuesta a las necesidades de la población, el documentado sistema de indicadores que muestran ineficiencia, inequidad, despilfarro que genera el sistema actual que a nadie le debería resultar difícil prever su inviabilidad a mediano y largo plazo y la necesidad de transformaciones estructurales. Razón por la cual es posible y necesario plantearse una negociación donde estos actores acepten nuevas reglas de juego, y donde sus ganancias se adecuen al nuevo Sistema.

Se adjuntará un primer y breve diagnóstico institucional del sector público: MSP, ASSE, Servicios de Salud de Intendencias, Entes autónomos, BPS, BSE, FNR, y privado: IAMC (mutualismo y cooperativismo médico), Emergencias móviles, Seguros privados, Efectores odontológicos y psicológicos, policlínicas comunitarias.

ETAPAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GOBIERNO

El conjunto de cambios planteados en el ámbito de la salud no pueden procesarse de un día para otro sino que exigen una estrategia de cambios que reconozca distintas etapas.

En una primera etapa que incluye los primeros meses del gobierno progresista los objetivos prioritarios serán:

- fortalecer el primer nivel de atención con la conformación de un verdadero sistema de atención en este nivel.

- lograr la aprobación de los instrumentos legales del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud,

- la puesta en marcha de un conjunto de políticas que se detallan a continuación.

A partir de la constitución del Seguro y Sistema Nacional se ingresará en una segunda etapa donde se contarán con herramientas más aptas para llevar adelante las transformaciones propuestas.

En una tercera etapa estaría planteada la consolidación del funcionamiento del SNIS, retroalimentando la planificación efectuada con los resultados obtenidos y readequando el Plan Nacional de Salud.

OBJETIVOS PRIORITARIOS DE LA PRIMERA ETAPA

OBJETIVO 1) Fortalecer la atención en el primer nivel con una estrategia de APS, estructurado como sistema con base territorial, asegurando cobertura universal con especial énfasis en la población vulnerable.

OBJETIVO 2) Gestar los instrumentos políticos y jurídicos de las transformaciones en el sistema de financiamiento y en la arquitectura del sistema institucional de salud: Sistema Nacional y Seguro Nacional.

OBJETIVO 3) Definición e inicio de la implementación de una Política Nacional de Medicamentos y Tecnología que asegure su accesibilidad y su calidad, racionalice su utilización y abata costos, potenciando los recursos nacionales, la investigación y producción nacional.

OBJETIVO 4) Iniciar cambios en

el modelo de gestión centrados en:

4.1.- Democratización del funcionamiento del sistema de salud y sus efectores con la participación de usuarios y trabajadores.

4.2.- Eficacia y eficiencia en el logro de mayor calidad asistencial.

4.3.- Asegurar transparencia y cristalinidad en la gestión. Erradicación del clientelismo político y el caos escalafonario en el MSP. Establecer un conjunto de incompatibilidades que superen los posibles intereses de tipo corporativo empresarial en determinados niveles de toma de decisiones.

4.4.- Promover un relacionamiento con los trabajadores basado en su participación y compromiso con los objetivos de salud de la población, en su dignificación como trabajadores, en su superación constante en formación y calidad de su labor y en el respeto de sus organizaciones sindicales.

OBJETIVO 5) Iniciar el fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención y la racionalización de los servicios de urgencia y emergencia.

MEDIDAS DE GOBIERNO PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

OBJETIVO 1) Fortalecer la atención en el primer nivel en el marco de una estrategia de APS, estructurado como sistema con base territorial, asegurando cobertura universal con especial énfasis en la población más vulnerable.

En el concepto de vulnerabilidad se toma en cuenta la grave situación de deterioro social que implica la pobreza y la desigualdad crecientes en nuestro país, así como los requerimientos que surgen de necesidades y prioridades de distintos grupos sociales sean etáreos, discapacitados o de diferentes zonas geográficas.

MEDIDAS:

Para el logro del Objetivo 1 se implementarán las siguientes medidas:

1.1) Fortalecimiento de las policlínicas y centros de Salud de ASSE: Tendrá como objetivos:

- Mejorar la calidad de la atención que se brinda

- Incrementar su capacidad de resolución

- Aumentar y racionalizar su oferta de servicios en base a una planificación territorial que coordine con el resto de los efectores públicos, de las IAMC y policlínicas barriales asegurando una cobertura universal.

1.2) Conformación de Sistemas Locales de Salud articulando los efectores públicos y privados como ejes de un sistema de atención en el primer nivel, con una cobertura planificada territorialmente.

1.2.1.- La cabecera de los Sistemas Locales de Salud podrán ser los Centros de Salud de ASSE, con las adecuaciones y modificaciones que se entienda necesarias para conformar una estructura ágil y eficiente. Se promoverá y reconocerá la conformación de equipos básicos multidisciplinarios en el primer nivel de atención.

1.2.2.- De esta forma se asegura la desconcentración en las prestaciones, la coordinación de los efectores con base territorial, la participación comunitaria en la planificación y gestión del sistema y la incorporación-adecuación de las realidades locales en las políticas

sigue en pág. 9

viene de pág. 8

ticas generales de salud.

1.2.3.- Se formarán Plenarios Zonales con participación de los efectores de salud locales y representantes de organismos de participación comunitaria (Concejos Vecinales o similares). Dichos Plenarios contarán con un equipo de Dirección multidisciplinario designado por la Junta Nal de Salud.

1.2.4.- Los Sistemas Locales tendrán una instancia departamental o regional de coordinación y estructuración de las políticas generales y de los programas definidos.

1.3) **Cobertura universal en materia de salud** implementando un Registro Nacional de Salud, con el otorgamiento de un Carne de Asistencia que implica un registro informatizado con una asignación específica a una zona y a un centro público o privado de primer nivel. Junto a la garantía de cobertura se efectuará un relevamiento de los problemas de salud más prevalentes.

1.4) **Implementación de un Plan de Promoción y Educación en Salud** y de Prevención de enfermedades en base a Programas prioritarios a nivel nacional como Accidentes en el hogar, accidentes en el tránsito, violencia doméstica, salud sexual y reproductiva, accidentes laborales, salud ocupacional, toxicomanias, cambio de hábitos y estilo de vida. Para ello se requerirá la participación de los medios de comunicación y se coordinará con diferentes actores institucionales del sistema de salud y fuera de él (Sistema Educativo, municipios, BPS, Entes), así como con un amplio espectro de actores sociales. La democratización del conocimiento forma parte de la construcción de una ciudadanía activa, promoviendo el autocuidado, el mutuo-cuidado y el involucramiento en las decisiones sobre salud con una perspectiva integral.

1.5) **Aumento de la capacidad de resolución en el primer nivel de asistencia**, para obtener una atención de calidad y el uso eficiente y eficaz de los recursos.

1.5.1.- Estableciendo pautas y protocolos de diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes, garantizando los recursos para su aplicación eficiente. Protocolos de intervención que incluyan los diferentes niveles de atención, diferentes niveles de prevención y evidencia sistematizada hasta el momento actual.

1.5.2.- Prevención: cumplimiento de las pautas nacionales e internacionales en la prevención de diferentes patologías con criterio de atención integral y humana.

1.5.3.- Se pondrá énfasis en la capacitación del personal y evaluación de desempeño: orientación en servicio en los distintos niveles técnicos.

1.5.4.- Se adecuarán y/o crearán índices de evaluación de calidad de atención (accesibilidad de la atención, horarios de asistencia/usuarios atendidos, evolución de la morbilidad) que se aplicarán en forma comparada.

1.5.5.- Se fortalecerán servicios de apoyo eficientes en materia de análisis clínicos y consulta a especialidades básicas.

1.5.6.- Programas de orientación y capacitación en servicio de los distintos niveles técnicos.

1.6) **Creación de ámbitos de coordinación intersectorial** a nivel local con el sistema educativo, municipal, cultural, deportivo, seguridad social, etc., para enfrentar los determinantes socio-culturales, económicos, políticos y ambientales, en la producción de problemas de salud-enfermedad de las personas y las comunidades, e implementar soluciones a los mismos. En ese senti-

do se implementará un Plan Nacional de Alimentación para asegurar ese derecho a los sectores más vulnerables socialmente. Son necesarias políticas integrales de alimentación, de empleo, de educación, de seguridad social y de vivienda que se traduzcan en proyectos concretos, con metas definidas, con asignación de recursos y coordinación de los mismos, que se articulen con las medidas desarrolladas desde el sistema de salud.

1.7) **Integración en la atención a la salud del trabajo de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral que incluya áreas hasta hoy excluidas como la salud bucal y psicológica que son derechos de todos los ciudadanos.** Labor a encarar en el marco de una estrategia de APS, con un abordaje comunitario y un enfoque preventivo que incluya seguimiento a grupos de riesgo, consultas programadas, avisos, etc. De la misma forma se desarrollará un enfoque de educación y promoción de salud que incluya instancias de difusión barrial, estímulo a formación de grupos de autoayuda, coordinación de apoyos educativos y acceso a medios de comunicación.

En el plano de la salud de los trabajadores se entiende prioritario la reglamentación de los servicios de salud en la empresa como efector de acciones de prevención y promoción en la salud de los trabajadores para lo cual se reglamentará el convenio internacional de la OIT N°161, sobre Servicios de Salud en el Trabajo ratificado por el país.

1.8) **Fortalecimiento de la atención en base a Programas**, articulando las definiciones normativas de grandes lineamientos con los niveles operativos de la planificación local en el primer nivel. Definición de Programas y Planes Integrales de carácter Nacional sobre áreas prioritarias. Dentro de los cuales destacamos la defensa de la salud sexual y reproductiva en tanto derecho humano fundamental encarada con un enfoque preventivo. Programas y Planes Nacionales de salud bucal, de salud mental, de atención a la infancia y adolescencia, al adulto mayor, Atención madre-hijo, atención a discapacitados, entre otros.

OBJETIVO 2) Gestar los instrumentos políticos y jurídicos de las transformaciones en el sistema de financiamiento y en la arquitectura del sistema institucional de salud: Sistema Nacional y Seguro Nacional.

MEDIDAS

.- Presentación de un proyecto de Ley que establecerá el Seguro y Sistema Nacional de Salud, en el primer conjunto de medidas a plantear al nuevo Parlamento. Sobre el mismo se continuará desde ahora con la política de consultas a los distintos actores sociales llevada adelante procurando los máximos consensos posibles respecto a las orientaciones definidas por el FA/EP. Dicho proyecto incluirá:

2.1) **La creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud** como organismo público descentralizado, en la órbita del MSP, dirigido por una Junta Nacional de Salud, con las siguientes características: 1.1- **JUNTA NACIONAL DE SALUD.** Será integrada por el Ministro de Salud Pública (que la presidirá), por el Superintendente de Salud (nombrado por el P. Ejecutivo), que dirigirá el Seguro Nacional a través de un Consejo Directivo de tres miembros, por el Director General de la Salud, un representante electo por los usuarios y un representante electo por los trabajadores. 1.2- Se creará asimismo una Comisión Consultiva en la que participarán, entre otros, re-

presentantes de la IAMC, del área odontológica, de la Universidad de la República.

2.2) **La creación de un Seguro Nacional de Salud** como organismo público descentralizado en el marco del MSP, cuyos rasgos fundamentales son:

2.2.1) El monto a asignar al sector salud y su distribución debe establecerse a partir de las necesidades asistenciales de la población.

2.2.2) Los usuarios deben aportar al sistema en función de su ingreso familiar con un mínimo no imponible y ello les da derecho a la cobertura integral de los servicios de salud. Las tasas serían progresionales según ingreso y tamaño de las familias.

2.2.3) Las empresas públicas y privadas deben aportar al Fondo de financiamiento que será proporcional a la cantidad de trabajadores contratados. Este aporte podría mantenerse en el nivel actual de 5% sobre la nómina de salarios.

2.2.4) El Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal para llegar a la cifra requerida. Si tomáramos como base el gasto actual el aporte del fisco deberá mantener el monto de todo el sector público. Además de ese aporte regular son necesarias en una primera etapa fuertes inversiones en los Centros de Salud, Policlínicas y Hospitales públicos, para que presten una atención de calidad, tal como se requiere del sector mutual.

2.2.5) Las instituciones deben recibir ingresos que les posibilite un adecuado equilibrio entre ellos y los costos de su atención que será proporcional a la población cubierta y adecuado a los riesgos de dicha población. Ello implica que cobran cuotas diferenciadas por prima de riesgo, según sexo, edad u otras variables.

2.2.6) Las instituciones de asistencia privada que se integren al Sistema, deben aceptar e instrumentar las pautas, normas y controles que el SNS resuelva, como condición ineludible para ser financiadas por el Seguro.

2.2.7) El Seguro podrá aportar sobrecuotas que financien actividades con la finalidad de apoyar las prioridades y estrategias definidas a nivel de todo el Sistema Nacional de Salud.

2.2.8) La coordinación de recursos y prestaciones se establecerá en convenios de acuerdo a protocolos y aranceles definidos a nivel nacional. Los efectores y el Sistema Local recibirán la financiación del Seguro Nacional en base a un sistema prioritario de capitación combinado con pagos por prestaciones. Estos últimos mecanismos serán utilizados para promover las acciones prioritarias de prevención, protección y promoción de salud. En la gestación de nuevos servicios se procurarán formas integradas de organización y funcionamiento entre las distintas instituciones.

2.2.9) El Seguro será administrado por una superintendencia de Salud dependiente del MSP, con un Consejo Directivo de tres miembros nombrados por el P.Ejecutivo.

El control financiero, pero sobre todo de la calidad de los servicios es una clave de esta propuesta.

2.2.10) Se realizarán periódicamente controles financieros por parte de la superintendencia de Salud en todas las instituciones financiadas por el Seguro.

2.2.11) Se establecerá la prohibición de gastos de marketing, publicidad por parte de los efectores de salud y todo tipo de intermediación lucrativa de usuarios, impidiendo la derivación de recursos por estas vías hacia afuera del sistema asistencial.

OBJETIVO 3) Definición de una Política Nacional de Medicamentos y Tecnología que asegure su accesibilidad, racionalice su utilización y abata costos, potenciando los recursos nacionales, la investigación y producción nacional.

MEDIDAS: POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

3.1) Promoción de una Ley de Medicamentos genéricos que desvincule la indicación médica del nombre comercial, asegurando la asequibilidad, la calidad, seguridad y eficacia del producto a fin que puedan ser intercambiables, y disponer de los elementos necesarios para hacer estudios de bioequivalencia para aquellos productos donde esté indicado hacerlos.

3.2) Fortalecer la Unidad de Vigilancia Farmacológica del MSP que actuando coordinadamente con la Universidad, controle la calidad e intercambiabilidad y realice una labor de fármaco-vigilancia y de evaluación del impacto terapéutico respecto de los medicamentos autorizados. Dicha Unidad será responsable de asegurar información técnica confiable a médicos y usuarios.

3.3) Coordinación de las políticas de medicamentos en sus distintos planos, en el ámbito regional, promoviendo formas de negociación conjunta que abatan costos. En este contexto promover una actitud de firmeza para garantizar el acceso a la medicación y rechazar todo tipo de presiones o iniciativas que en el marco del ALCA o la OMC debiliten dicha capacidad del país y de la región.

3.4) Establecimiento de mecanismos de transparencia y control de costos y precios, así como centralización de compras del sistema de salud.

3.5) Reducción sustantiva de los costos moderadores de la medicación esencial implementando los mecanismos para asegurar su accesibilidad por parte de la población.

3.6) Promoción progresiva de la producción de un conjunto de medicamentos y otros insumos químicos por parte del Estado haciendo una inversión técnica y económica en los laboratorios del Hospital de Clínicas y en el Dorrego.

3.7) Estímulo a la producción nacional de medicamentos en condiciones de competitividad y con los controles de calidad adecuados.

3.8) Se promoverá la investigación y desarrollo en materia de medicación a nivel nacional, con las coordinaciones regionales que sean necesarias.

3.9) Ajuste de las formas de registro de nuevos medicamentos para evitar registros rápidos de medicamentos no bien estudiados.

POLITICA NACIONAL DE TECNOLOGIA

3.10) Unidad de Regulación de la Tecnología que se creará en el ámbito del MSP que conjuntamente con la Universidad establezca las normas de ingreso, utilización, regulación y control eficaz de la tecnología, de acuerdo a prioridades y criterios definidos estratégicamente. A esos efectos se procurarán las coordinaciones regionales necesarias.

3.11) Se procederá a un Registro y nueva acreditación de toda la tecnología existente en el país, en especial la de alto impacto sanitario y económico derivado de su utilización.

3.12) Se promoverá un uso racional de dicha tecnología, evitando superposiciones y estableciendo las coordinaciones necesarias para una cobertura nacional. La complementariedad de los servicios efectores tanto estatales como privados en la medicina altamente especializada se hará sobre el criterio de la excelencia

del servicio y la racionalidad de los costos.

3.13) La racionalización y optimización de los recursos tecnológicos disponibles en todos los niveles del Sistema de Salud, se cumplirá mediante la aplicación de medidas de gerenciamiento apoyado en la aplicación de un sistema de información de costos continuos por paciente, con soporte informático y comunicaciones para dar sustentación a una gestión eficaz y eficiente.

3.14) Todo nuevo ingreso será evaluado previamente a su autorización, desde el punto de vista de sus efectos diagnósticos y terapéuticos, así como en su ecuación costo/beneficio y riesgo/beneficio, teniendo en cuenta la estrategia de salud definida. Se priorizará la participación del ámbito público en la incorporación de nuevas tecnologías.

3.15) Se estimulará la investigación y producción nacional en condiciones de competitividad y con controles de calidad.

3.16) Cuando estén en funcionamiento pleno el Seguro y el Sistema Nacional de Salud las actuales funciones del Fondo Nacional de Recursos serán cumplidas por el Seguro en cuanto a la recaudación y por la Unidad Nacional de Tecnología en cuanto a control y regulación de la tecnología.

3.17) Se realizará una profunda reestructuración y reglamentación de la cobertura de servicios que hoy se brindan a través de los institutos de medicina altamente especializada (IMAE's) sobre la base del fortalecimiento de los prestadores de servicios públicos y en particular los universitarios (Facultad de Medicina) y el cumplimiento de criterios asistenciales de racionalidad, solidaridad, equidad y calidad técnico-científica para todos los servicios efectores.

3.18) Las retribuciones por todo concepto del personal médico y otras categorías de las diferentes especialidades, serán fijadas según criterios arancelarios acordes con la racionalidad de todo el sistema y con nuestra realidad socio-económica.

3.19) Compra centralizada de los insumos de alto costo.

OBJETIVO 4) Iniciar cambios en el modelo de gestión centrados en: 4.1.- Democratización del funcionamiento del sistema de salud y sus efectores con la participación de usuarios y trabajadores.

4.2.- Eficacia y eficiencia en el logro de mayor calidad asistencial.

4.3.- Asegurar transparencia y cristalinidad en la gestión. Erradicación del clientelismo político y el caos escalafonario en el MSP. Establecer un conjunto de incompatibilidades que superen los posibles intereses de tipo corporativo empresarial en determinados niveles de toma de decisiones.

4.4.- Promover un relacionamiento con los trabajadores basado en su participación y compromiso con los objetivos de salud de la población, en su dignificación como trabajadores, en su superación constante en formación y calidad de su labor y en el respeto de sus organizaciones sindicales.

MEDIDAS

4.1) Participación de trabajadores y usuarios

4.1.1) **Participación de representantes de trabajadores y usuarios.** Inclusión en el proyecto de Ley de Salud la participación de representantes electos por usuarios y trabajadores en la Junta Nacional de Salud así como en las distintas Instituciones de Asistencia a la Salud Colectiva que se integren al SNS.

4.1.2) **Incorporación de la participación comunitaria** en los siste-

Médico de COMEPA logró premio por trabajo sobre técnica de microcirugía



El doctor Mario Lanterna logró el premio al mejor trabajo presentado por un neurólogo del Interior en el II Congreso Uruguayo de Neurología, en Colonia. El trabajo presenta-

do sobre «Microdescompresión aplicada a la estenosis espinal lumbar», fue realizado junto al traumatólogo y cirujano Víctor Grille.

La microdescompresión aplicada a la estenosis espinal lumbar se caracteriza por aplicar una técnica de microcirugía a patologías muy frecuentes de la columna vertebral, como hernia de disco, canal estrecho lumbar o estrechez lumbar, una patología degenerati-

va que se da generalmente en el adulto mayor.

Dentro del grupo de pacientes presentados en el trabajo se encuentra una persona de 82 años, quien fue intervenida mediante esta técnica, obteniéndose una buena evolución, desapareciendo el dolor radicular provocado por una hipertrofia en la articulación de la vértebra lumbar.

Esta técnica de microcirugía, que

se realiza en la Corporación Médica de Paysandú (COMEPA), permite una menor agresión al paciente tratando que no se le asocie una estabilidad de columna a su patología previa y con menos disección de masa muscular y de ligamentos. El postoperatorio de estos pacientes es de entre 12 y 24 horas de internación, y en casos de jóvenes que no tengan sobrepeso, de entre 6 y 12 horas.



FA-EP: Propuesta de la Unidad Temática de Salud

viene de pág. 9

mas Locales de Salud a través de Concejos Vecinales u órganos similares de descentralización. La estrategia de descentralización implica el fortalecimiento de la comunidad, el ejercicio del control social, y en definitiva la adquisición/gestión de poder por parte de la población.

4.1.3) PLAN NACIONAL DE SALUD. La discusión del Plan Nacional de Salud, será una instancia participativa, de carácter ciudadano, con respaldo técnico, con fuerte protagonismo de los Sistemas Locales de Salud, promoviendo la intervención de la comunidad en el diagnóstico, la definición de los programas prioritarios, referenciándolos en forma zonal y departamental, estableciendo metas, plazos y recursos para su cumplimiento y las acciones principales a llevar a cabo. En su definición e implementación deben comprometerse todos los actores institucionales y sociales dispuestos a transformar la salud del país.

La detección de los problemas de salud más relevantes a nivel nacional será actualizada a la luz de la evolución del país en los últimos años, mediante estudios epidemiológicos serios, encardados en forma interdisciplinaria.

4.2) Eficiencia y calidad

4.2.1) Constitución de las comisiones reguladoras: Comisión de Ética y Calidad, Comisión de Educación Continua, Comisión de Derechos de los Usuarios y Comisión

de Colegaciones y códigos.

4.2.2) Cumplimiento pleno de la función fiscalizadora y reguladora del MSP respecto a la calidad de la asistencia a través de la habilitación de servicios, programas de garantía de calidad, sistemas de acreditación, etc. Para ello desarrollará auditorías en todo el SNIS, y mejorará los sistemas de registro e información. La Calidad se encarará en forma holística desde los aspectos científicos y técnicos del diagnóstico y la terapéutica a los más amplios de las interrelaciones humanas y el relacionamiento con la sociedad.

4.2.3) Evaluación de los niveles de desempeño, adecuando y aplicando en forma comparada los indicadores sobre prestaciones que realiza cada servicio en los distintos niveles: promocionales, preventivas, asistenciales, rehabilitadoras. Se procurará la eficacia y la eficiencia en el cumplimiento de las metas definidas haciendo un uso racional de los recursos, evitando distorsiones producidas por intereses corporativos y de lucro.

4.2.4) Formación continua en servicio a través de convenios con la participación de la Universidad de la República para la formación continua en servicio, jerarquizando la formación en la Atención Primaria en Salud y atención en el primer nivel, en estudios de pre-grado y postgrado, enriqueciendo y ampliando la interrelación entre formación técnica y servicio a la comunidad, y las políticas de extensión universitaria.

4.2.5) Conformación de un sistema de información que incluya la base de datos de usuarios, historias clínicas y un registro de actividades adecuado, articulando los sistemas de información de ASSE, intendencias, BPS, otros públicos y privados. Se instrumentará en primer lugar un Carné de Asistencia donde se lleven los datos básicos necesarios, las consultas y estudios realizados, internaciones, etc. obligatorio para todos los usuarios. En el mismo sentido se implementará una historia clínica en papel y electrónica (la misma) sencilla, fácilmente llenable, legible y procesable, centrada en los problemas de salud del paciente, no remitiéndose a un mero esquema cronológico. El sistema de información se basará en un módulo básico de información zonal común establecido a nivel nacional, con manejo de indicadores básicos por programas y gestión central de los mismos.

4.3) Transparencia e incompatibilidades

4.3.1) Regularización escalafonaria y concursos. Establecimiento del concurso como forma de ingreso y ascenso en el MSP y en todo el SNIS.

4.3.2) Cristalinidad en la gestión e Incompatibilidades. Las personas que accedan a responsabilidades jerárquicas en el Sistema de Salud deberán realizar una declaración jurada sobre bienes, ingresos por todo concepto y vínculos directos con empresas privadas al ingreso y egreso de la función pública. Existirá una incompatibilidad

entre el desempeño de la función pública y la existencia de vínculos con empresas proveedoras de insumos o servicios del área.

Se seguirán en estos aspectos las directivas definidas por el FA en su documento sobre Transparencia, aprobado por el P. Nal en el mes de abril 2004.

4.4) Relación con los trabajadores

4.4.1) Estatuto del Trabajador de la Salud elaborado con amplia participación de las organizaciones de trabajadores.

4.4.2) Convenio con los sindicatos. Promover un Convenio a varios años que incluya los aspectos salariales junto con mecanismos de formación continua y superación en la calidad de la labor asistencial, y de compromiso con los objetivos de salud de la población. La vinculación entre los aspectos señalados y la detención del proceso de deterioro salarial actual, el inicio de su recuperación en términos reales, la equiparación progresiva de los trabajadores públicos y privados, la recuperación de los sectores más sumergidos y la racionalización de la pirámide salarial reduciendo la distancia entre los extremos, serán los criterios fundamentales en este plano. También se tomará en cuenta los elementos que surjan de la implementación de la estrategia sanitaria definida.

OBJETIVO 5) Fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención y racionalización de los servicios de urgencia y emergencia.

5.1) Establecimiento de sistemas de referencia y contrareferencia, definidos claramente con los efectores de primer, segundo y tercer nivel.

5.2) Fortalecimiento de la red hospitalaria. Debe iniciarse un proceso de inversión sostenido para el mejoramiento de los efectores públicos de segundo y tercer nivel de atención, articulándolos en forma de red, vinculándolos como referencia y contrareferencia con el primer nivel, especializándolos cuando corresponda transformarlos en centros de referencia nacional en determinadas patologías. De esta forma los hospitales públicos podrán integrarse junto a los sanatorios de las IAMC, en un segundo nivel, dimensionado en función de una nueva estrategia sanitaria. En ese sentido se establecerá la obligatoriedad de dar cuenta al conjunto de la población del resultado de las auditorías de calidad asistencial donde se establezcan los indicadores correspondientes. Con el logro de estos objetivos se apuntará a establecer mayor libertad de elección del usuario en este nivel, al mismo tiempo que se asegura un funcionamiento racional y eficiente basado en la especialización y distribución de roles de los efectores en este nivel.

5.3) SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA. Se establecerá una reglamentación, coordinación, y racionalización a nivel nacional de los servicios de Urgencia y Emergencia con una articulación zonal de recursos y coberturas.

¿Estás preparado para enfrentar las agresiones de todos los días?

Por eso es fundamental tomar, cada mañana, un **Actimel** de La Serenísima.

En cada **Actimel** hay más de 10.000 millones del fermento exclusivo **L.CASEI DEFENSIS**, la dosis diaria que ayuda a reforzar tus defensas naturales para que cumplan con su rol de barrera frente a las agresiones de todos los días, y así tu organismo esté mejor protegido.