

Plan Estratégico

RIEPS 2014-2020



Red Integrada de Efectores Públicos de Salud

PLAN ESTRATÉGICO
RIEPS 2014 - 2020

Setiembre de 2014

**CONSEJO DIRECTIVO HONORARIO
DE LA RED INTEGRADA DE
EFECTORES PÚBLICOS DE SALUD
2014**

**ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO
(COORDINACIÓN)**

Titular: Dr. Wilson Benia
Alternativa: Dra. Rosario Echague

INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

Titular: Lic. Pablo Anzalone
Alternativa: Lic. Alicia Guerra

BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Titular: Dr. Rodolfo Vázquez
Alternativo: Dr. Ariel Apotheloz

BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

Titular: Dra. Rosario Oiz Márquez
Alternativo: Dr. Oscar Acuña

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD
DE LA FUERZAS ARMADAS**

Titular: Dr. Carlos Heuguerot
Alternativo: Dr. Bruno Ligugnana

**DIRECCIÓN NACIONAL DE
SANIDAD POLICIAL**

Titular: Lic. Federico Pedraja
Alternativa: Dra. Laura Matonte

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Titular: Dra. Raquel Ballesté
Alternativo: Dr. Víctor Tonto

AUTORIDADES

**ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO**

Presidenta del Directorio
Dra. Beatriz Silva

Vicepresidente del Directorio
Dr. Enrique Soto

Vocal del Directorio de ASSE
Dr. Marcelo Sosa

Integrante Social del Directorio de
ASSE en Representación de los
Usuarios

Sr. Wilfredo López

Gerente General
Dra. Alicia Ferreira

INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

Intendente de Montevideo
Prof. Ana Olivera

Secretario General
Sr. Ricardo Prato

BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

Presidente del Directorio
Sr. Mario Castro

Vicepresidenta del Directorio
Ec. Alejandra Dufrechou

Director
Ec. Alberto Martín Iglesias

BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL

Presidente del Directorio
Mtro. Ernesto Murro

Vicepresidenta del Directorio
Dra. María del Rosario Oiz

Director
Sr. Heber Galli

Director
Ing. Hugo Enrique Odizzio

Director Representante del Sector
Trabajadores
Sr. Walter Ariel Ferrari

Directora Representante del Sector
Empresarial
Cra. María Elvira Domínguez

Director Representante del Sector
Pasivos
Sr. Sixto Amaro

DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS

Director Nacional de Sanidad de las
FF.AA.
General Guido Manini Ríos

Sub-Director Nacional de Sanidad de
las FF.AA.
Cnel. (Av.) Nicolás H. Stoian

Jefe Estado Mayor Personal
Cnel. Aníbal Trujillo

Director Técnico de la Dirección
Nacional de Sanidad de las FF.AA.
Cnel. Dr. Carlos Heuguerot

DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD POLICIAL

Director Nacional de Sanidad Policial
Insp. Mayor (P.T.) (R) Dr. Leonardo
Anzalone

Encargado de la Sub-Dirección
Nacional Administrativa
Crio. Insp. William Martínez

Encargado de la Sub-Dirección
Nacional Técnica
Crio. Insp. (P.T.) (C.P.) Lic. Enf. Federico
Pedraja

HOSPITAL DE CLÍNICAS Dr. MANUEL QUINTELA

Decano de la Facultad de Medicina
Dr. Fernando Tomassina

Presidente de la Comisión Directiva del
Hospital de Clínicas
Prof. Agda. Dra. Raquel Ballesté

Director del Hospital de Clínicas
Dr. Víctor Tonto

INTRODUCCIÓN	7
CONTEXTO	7
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	12
La extensión de la red.....	13
La profundidad del funcionamiento en red.	14
SECCIÓN I: MARCO POLITICO CONCEPTUAL	17
RED PÚBLICA: DERECHOS Y CALIDAD EN EL SNIS.	17
RED PÚBLICA: ESTRATEGIAS MÁS ALLÁ DE LA REPETICIÓN.....	17
SUPERAR LA SEGMENTACIÓN Y LA FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA.....	20
SOBRE LA COMPLEMENTACIÓN	25
Fragmentación del Sistema de Salud.....	26
Necesidad de complementar	26
Complementación y coordinación.....	29
Complementación, competencia y compra/venta	30
SECCIÓN II: MARCO NORMATIVO	33
REVISIÓN DE LA NORMATIVA VIGENTE	35
CONCEPTUALIZACIÓN DEL SNIS Y DEL SNS HACIA UNA ADECUACIÓN NORMATIVA.	37
SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED.....	41
SERVICIOS ESTRATÉGICOS DE LA RED PÚBLICA	41
Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del BPS.....	41
Centro Nacional de Quemados – CENAQUE	45
Centro Oftalmológico José Martí.....	47
Centro Uruguayo de Imagenología Molecular CUDIM	51
Centro Nacional de Rehabilitación para adultos del BSE.....	54
Centro Cardiovascular Universitario del Hospital de Clínicas	56
Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas	60
Centro de Terapia Intensiva Pediátrico Polivalente del Hospital Policial.....	62
Centro Quirúrgico del Hospital Policial	62
Centro Quirúrgico del Hospital Maciel	63
Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Maciel.....	64
Banco de Tumores. ASSE INCA – Hospital Militar.	65
Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital Militar.....	66
Planta de procesamiento de residuos hospitalarios del Hospital Militar.	67
Laboratorio Conjunto de Colpocitología Oncológica	68
Laboratorio Dorrego y Laboratorio Farmacéutico de la D.N.S.FF.AA	70
Servicios de Radioterapia Oncológica.....	71
Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas.....	71

ÍNDICE

Departamento de Toxicología y Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico.....	74
Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico por patología médica asociada del Hospital de Clínicas.....	77
Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas.....	78
Servicio de Endoscopía de la Cátedra de Gastroenterología del Hospital de Clínicas.	81
DISTRIBUCIÓN E INCORPORACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA.....	84
MODALIDADES DE INTERCAMBIO Y COMPENSACIÓN.	88
Diversas formas de integrar a nivel público.	88
Aspectos operativos.	90
Como operacionalizar la complementación.....	92
SECCIÓN IV: RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD.	95
LA POBLACIÓN ATENDIDA POR LA RED PÚBLICA.....	95
LA COBERTURA	98
ACCESO Y UNIFICACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA RED PÚBLICA COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA.....	101
Relevamiento y caracterización de la capacidad instalada en el sector público de la región Sur	102
Reorganización de la base territorial.....	104
Desarrollo de dos experiencias piloto de unificación de primer nivel.	105
Adscripción de usuarios a efectores con base territorial.....	106
SECCIÓN V: SISTEMAS DE INFORMACION	109
DECISIONES CRÍTICAS PARA CONCRETAR UN SINFO RIEPS.....	110
SECCIÓN VI: RECURSOS HUMANOS EN LA RED PÚBLICA.....	113
RELEVAMIENTO CONJUNTO DIGESNIS – RIEPS 2013.....	113
Análisis de la dotación, distribución y retribuciones de los RHS en los diferentes prestadores públicos	114
Magnitud del multiempleo.....	117
Aspectos operativos en el sector público pasibles de ser armonizados..	118
SECCIÓN VII: GOBERNANZA Y MODELO ORGANIZACIONAL.....	121
EL MODELO DE REDES INTEGRADAS	121
COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL.....	123
ANEXO I: MISION, VISION Y VALORES DE LA RIEPS	125
ANEXO II	127



Contexto

La situación demográfica y epidemiológica del Uruguay, así como su realidad en lo que refiere a los determinantes sociales que afectan la salud de la población, presentan un conjunto de desafíos a los cuales debe responder el proceso de Reforma y la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.¹ El desarrollo de la **Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS)** puede constituirse en un elemento contributivo a generar las respuestas a esos desafíos.

Desde lo **demográfico**, con una población estabilizada en torno a los 3 millones de habitantes, envejecida, con una expectativa de vida cercana a los 80 años, es necesario plantearse una política de población centrada en una perspectiva de derechos que les permita a los uruguayos definir la magnitud y la dinámica de la población del país. Las políticas públicas deberán asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, habilitando a que las personas y las familias elijan realmente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos. El sistema de salud deberá contribuir a las políticas de población para avanzar en equidades culturales, sociales, biológicas y de género para la concepción y la anticoncepción, la gestación y la adopción, la maternidad y la paternidad.

En los últimos años el país ha registrado un sostenido crecimiento en su **economía**. El producto bruto interno (PBI) creció 36% entre 2004 y 2010, con un PBI por habitante que pasó de US\$ 4.003 a US\$ 11.999, respectivamente. La tasa de inflación anual fue de 9,2% en 2008 y de 6,9% en 2010. La tasa de desempleo pasó de 10,9% en 2006 a 6,8% en 2010, siendo 2,7 puntos porcentuales más alta en las mujeres, lo que evidencia una inequidad de género en el acceso al mercado laboral. El gasto en salud alcanza el 9% del PBI.

¹ Extraído de: Nuestro Tiempo, Libro de los Bicentenarios. N° 17. El derecho a la salud de los uruguayos. Fernández Galeano M, Benia W. IMPO. MEC. Montevideo. 2014.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

La población bajo la línea de pobreza descendió a 12,4% en 2012. Se destaca el problema de la infantilización de la pobreza, con el 24,5% de los niños menores de 5 años bajo la línea de pobreza en 2012. La proporción de mayores de 65 años por debajo de la LP apenas llega al 3,2%.

Es un desafío superar la fragmentación de servicios y programas que aún persisten, y brindar respuestas a la realidad demográfica y epidemiológica del país. Uruguay tiene alta **mortalidad y morbilidad** por enfermedades crónicas, ostentando la tasa de mortalidad por cáncer más alta de las Américas, 219 por 100 mil habitantes, duplicando el promedio de América Latina (93,8), superior a la de Argentina (143) y Brasil (101). Las tasas de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares y cardíacas son también las más alta de la región, con 85,8 por 100 mil y 72,3 por 100 mil habitantes respectivamente.

Los objetivos sanitarios deben orientarse a abatir la incidencia y mortalidad por enfermedades crónicas, particularmente cáncer, cardiovasculares y diabetes, atendiendo el enorme componente social (hábitos de consumo, sedentarismo, modalidades de recreación y uso del tiempo libre, stress, etc.) que define su entramado causal llevando a considerarlas enfermedades socialmente transmisibles. Asimismo deberán ser atendidas enfermedades infecciosas como sífilis, tuberculosis y VIH, que desafían los dispositivos sanitarios.

Uruguay presenta índices muy altos de sífilis gestacional (2,6 por mil de los recién nacidos, cuando OMS establece un máximo de 0,5 por mil); un tercio de los niños (31,5%) entre seis meses y dos años tiene anemia, aumentando a 37% en los sectores de menores ingresos. La cantidad de niños prematuros y de bajo peso al nacer es mayor que en los demás países de la región: 12% de los niños nacidos con cobertura de ASSE fueron prematuros en 2011 y una cifra similar tuvo bajo peso. La desnutrición crónica infantil es muy elevada incluso en comparación con la región, alcanzando al 11% de retraso de talla para la edad, mientras la obesidad llega al 9,5%.

Es imprescindible la implantación y consolidación de un **modelo de atención innovador** en una lógica de redes basadas en APS: territorialidad (conjuntos de población identificados, conocidos y vinculados a los efectores de salud), longitudinalidad (atención en las distintas etapas de la vida por equipos de

INTRODUCCIÓN

salud que conocen a las personas que atienden), accesibilidad (geográfica, administrativa, cultural, étnico-racial, sin barreras vinculadas a género, generación, orientación o identidad sexual), integralidad (equipos de salud que asuman la complejidad de las dimensiones bio psico sociales de las personas, familias y comunidades), y continuidad (a través de los diferentes niveles de atención de las instituciones de salud).

Los recursos humanos son una clave de transformación del Sistema de Salud desde una ética de responsabilidad de los equipos de salud. La Reforma tiene un campo de trabajo ineludible en las políticas y la gestión de sus recursos humanos (RHS). El abordaje de este desafío admite dos dimensiones complementarias: la cantidad, distribución y formación del RHS, y el cambio cultural centrado en una relación humanizada y solidaria con la gente.

En lo que refiere a la cantidad, distribución, formación, derechos y obligaciones de los trabajadores de la salud es imprescindible acordar y definir una política de Estado, apoyada en un amplio y sólido consenso de la sociedad.

Es un desafío que la autonomía universitaria, la libertad de cátedra, los intereses gremiales, entren en una lógica de diálogo, y en algunos casos supeditarse a las necesidades de la atención de la salud de los ciudadanos que indican qué tipo y dotación del RHS, debe disponerse en cada lugar del territorio nacional.

La humanización del espacio laboral y la elaboración de mapas de competencias de cada trabajador de la salud en los diferentes niveles de complejidad asistencial, redundarán en la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

La Incorporación de tecnología genera retos en lo referente a costos crecientes, equidad, calidad y sostenibilidad. Nuestro Sistema de Salud, al igual que otros, deberá enfrentar el dilema de responder a una brecha cada vez más grande entre lo que la ciencia y la tecnología posibilitan y lo que se puede financiar, porque la capacidad de invertir en el sistema de salud crece en forma más lenta que las posibilidades que abre el conocimiento.

El desafío es cómo obtener, asignar y distribuir recursos, definiendo prioridades con fundamento técnico y enfoque poblacional. Resulta imprescindible

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

pensar la sociedad en su conjunto y establecer dónde aplicar los recursos para maximizar el impacto en salud.

La existencia de un marco regulatorio y reglas de juego claras permitirá que la expansión de los costos en salud no se transforme en un factor que refuerce inequidades. Para que en el acceso y uso de nuevas y más costosas tecnologías, incluidos los medicamentos, todos tengan las mismas chances, será necesario construir un acuerdo social éticamente sostenible sobre lo que se puede brindar a toda la población.

Antecedentes

La **Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS)** fue creada por el Art. 741 de la Ley 18.719 de 2010, reglamentada por el Decreto 392/012, a fin de coordinar los diferentes servicios a intercambiar y programas a desarrollar entre los prestadores estatales que la integran, procurando alcanzar los máximos niveles de accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones. Se formalizó así un marco normativo para crear una nueva institucionalidad en el ámbito del Sistema Nacional Integrado de Salud, y generar una herramienta operativa para dar cumplimiento al artículo 4° literal B de la Ley 18.161 de 2007 que crea el Servicio Descentralizado ASSE y le asigna la competencia de la coordinación de los demás organismos del Estado que presten servicios de salud.

Para profundizar la articulación de la RIEPS en el marco del SNIS se ha previsto el diseño y ejecución de un **Plan Estratégico Nacional 2014–2020**, que permita profundizar una dinámica de redes, superar la fragmentación entre sus instituciones y ámbitos de atención, asegurando la integralidad y continuidad de la atención.

Para avanzar en las grandes líneas de un Plan Estratégico, el 15 de abril de 2013 se reunieron en el Centro de Estudios del BPS en una extensa Jornada de Trabajo, los más altos niveles jerárquicos de las instituciones que integran la RIEPS:

- Directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.),
- Directorio del Banco de Previsión Social (B.P.S.),

INTRODUCCIÓN

- Decanato de Facultad de Medicina y Dirección del Hospital de Clínicas
- Dirección Nacional de Sanidad Policial,
- Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas,
- Directorio del Banco de Seguros del Estado (B.S.E.)
- Intendente de Montevideo y Dirección de la División Salud de la Intendencia capitalina.
- Representantes de las instituciones en el Consejo Directivo Honorario de la RIEPS.

Asimismo participaron y realizaron aportes relevantes la Ministra de Salud Pública, la Dirección de la DIGESNIS y de la DIGESA y el Representante de OPS/OMS en Uruguay, que recogeremos en la Sección de Marco Político Conceptual del presente documento.

El objetivo de la Jornada fue generar un ámbito de intercambio de alto nivel entre las autoridades de los prestadores estatales de salud, a efectos de definir los alcances y la profundidad en el accionar de la RIEPS, determinando grandes orientaciones estratégicas para cumplir sus propósitos y abordar los actuales desafíos.

Entre las principales líneas de trabajo que fueron definidas en los ámbitos de decisión de la RIEPS tendientes a diseñar su Plan Estratégico en el año 2013, se destacan:

1. Revisión de la normativa vigente ajustando los marcos jurídicos de las instituciones que la integran, a efectos de asegurar una armonización con las leyes fundantes de la Reforma del sector Salud.
2. Diseño y ejecución de un plan de complementación en el primer nivel de la Región Sur de ASSE (Montevideo y Canelones), como puerta de entrada a la Red Pública de Salud, que integre y coordine la atención de la salud de toda la población con cobertura del sector público.
3. Definición de conjuntos de prestaciones para un sistema de cuentas corrientes, analizando diferentes formas de intercambio y compensación.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

4. Mecanismos de acuerdo para incorporación de tecnología y servicios de alta complejidad, elaborando protocolos de uso de los mismos.
5. Análisis conjunto de dotación y distribución de RHS en los prestadores estatales.
6. Avanzar en los mecanismos de gobernanza de la Red Pública, definiendo su estructura y reglamento de funcionamiento.
7. Estrategias de Comunicación.

La primera, segunda y séptima de estas líneas de trabajo contaron durante el año 2013 con la cooperación técnica de OPS/OMS.

La Jornada de abril y el trabajo desarrollado en 2013, así como la Jornada de Trabajo de mayo de 2014 que nuevamente reunió en torno al Plan Estratégico a las jerarquías institucionales de la RIEPS, pusieron en evidencia el esfuerzo conjunto entre organismos públicos por crear una nueva dinámica del Estado que permita superar la fragmentación del accionar de las instituciones y optimizar el uso de los recursos, generando una respuesta de mejor calidad a las necesidades de salud de la población.

Justificación

Es necesario avanzar en la definición de líneas estratégicas para el corto, mediano y largo plazo (2014 – 2020) de forma tal de contar con un Plan Estratégico que permita transitar el cambio de administración con un plan de trabajo en curso. Se requieren definiciones del más alto nivel jerárquico de las instituciones para analizar los alcances y profundidad de la RIEPS y las grandes orientaciones estratégicas. El Plan Estratégico debe dar cuenta de qué características de institucionalidad y qué modelo organizacional se le quiere dar a la RIEPS (“¿que RIEPS queremos?”), y con qué profundidad y extensión se proyecta la Red Pública de Salud.

Es posible asumir una opción de mínima, que aunque valiosa, no sea más que la sumatoria de convenios con el objetivo de brindar coordinadamente determinados servicios puntuales. Puede también llegarse a acuerdos de mediana talla, que permitan evitar superposiciones y duplicaciones en aspectos relevantes.

Asimismo el objetivo puede ser concretar un acuerdo de mayor profundidad, que posicione a la Red Pública en el Sistema Nacional Integrado de Salud con una capacidad de contribución mayor, mediante una articulación profunda entre sus instituciones en orden a impulsar un modelo de atención innovador y mejorando la eficiencia de los prestadores estatales.

La extensión de la red.

La interrogante es como extender la Red Pública integrando a otras instituciones que brindan también servicios públicos de salud y que están en todo el país, como por ejemplo las Intendencias; ya se ha tenido algunas iniciativas de articulación con el Congreso de Intendentes. Esto es un aspecto a profundizar a efectos de definir su representación en el Consejo Directivo Honorario (CDH).

Otras instituciones de la Universidad de la República (Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Psicología, Programa APEX), CUDIM, CENAQUE, convocan a plantear formas de articulación más allá de la participación en el CDH, sin perjuicio de lo que taxativamente define la ley de creación de la RIEPS.

Cuando se habla de integración y extensión es posible plantearse las modalidades de articulación. La más ensayada son los convenios bi o multilaterales. Hay que plantearse la pertinencia y conveniencia de generar ámbitos con que aún no se cuenta, por ejemplo instancias anuales, o bianuales donde circule la información, se prioricen problemas, pasando luego a los ámbitos formales de gestión de la RIEPS.

Hablar de espacios de articulación nos remite tanto a ámbitos formales como el Consejo Directivo Honorario, o a otros ámbitos donde se produce la articulación de los actores que se mueven en el territorio, los mandos medios de nuestras instituciones que generan acuerdos entre sí, tratando de resolver los problemas en el territorio. Eso es bueno pero genera tensión entre la habilitación y construcción de la red y, a su vez, el control para que esas articulaciones fortalezcan la institucionalidad de la Red Pública y respondan a lineamientos generales que se definen a nivel central. En otro

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

plano los actores políticos también hacen acuerdos, y se plantean imágenes objetivo; se debe articular la voluntad política con los recursos disponibles, es decir operacionalizar avances con las limitaciones y contingencias. Es importante evitar la coexistencia de distintas agendas en la RIEPS; se hacen necesarias instancias de unificación de las agendas de los ámbitos formales previstos, de los acuerdos políticos y las que emanan de la dinámica de las instituciones y el territorio.

La profundidad del funcionamiento en red.

Cuando se menciona la profundidad de la RIEPS la interrogante que se impone es si se podrá superar juntos, la histórica yuxtaposición de los organismos del Estado. ¿Cómo confluir desde las prácticas de gestión y la autocompresión de cada institución?, ¿es posible que se articule la agenda propia de cada una de nuestras instituciones y se defina una agenda colectiva? ¿Se podrá definir prioridades y construir juntos? Es natural que desde la propia misión y visión de cada institución, se deba discernir la utilidad o pertinencia de la inserción en la agenda colectiva. Ese análisis puede estar centrado en evitarle problemas a los usuarios en lo que tiene que ver con la fragmentación del sistema de salud. Se posiciona así al usuario como el eje de discernimiento y de sentido para los esfuerzos institucionales. Asimismo la toma de decisiones puede estar centrada en una cuestión de eficiencia y buen uso de los recursos financieros. La centralidad del usuario y la eficiencia técnicamente pura pueden ser criterios que entren en tensión o contradicciones.

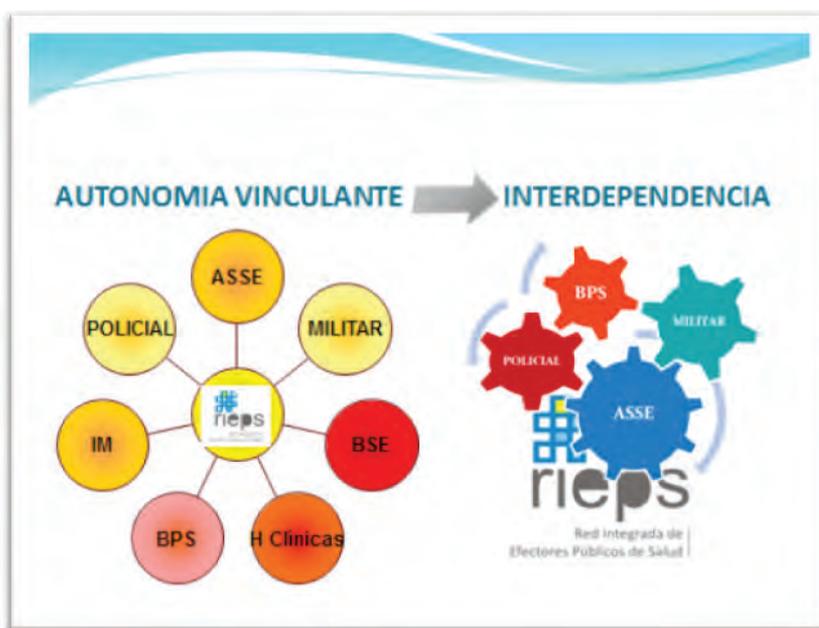
Estos aspectos configuran el núcleo del discernimiento para analizar que profundidad puede llegar a tener el funcionamiento en red en la RIEPS.

También es necesario preguntarse si la autonomía tan preciada para todas las instituciones, puede ser puesta al servicio de la complementación. Y también parece importante diferenciar autonomía de autosuficiencia institucional. Se hace necesario que los equipos de conducción y decisores de los prestadores públicos superen la creencia de que solo construyendo instituciones autosuficientes, se podrá cumplir con su misión y visión.

INTRODUCCIÓN

Profundizar el proceso de complementación, puede permitir avanzar en el sector público desde una dinámica de autonomía que dialoga con las otras instituciones (autonomía vinculante) a una lógica de **interdependencia**. (Fig. 1) Es decir, confiar que la otra institución nos va a prestar algunos servicios, para lograr nuestros objetivos institucionales; esto es una decisión que puede generar un quiebre en las lógicas y rutinas corporativas. Una expresión de un cambio en la dinámica de las decisiones podría expresarse en las rendiciones de cuenta o en la elaboración de los planes quinquenales en forma dialógica con los otros prestadores estatales, para evitar duplicaciones, avanzar en la complementación e impedir la competencia ente unos con otros; en el terreno de la dotación de los recursos humanos, este aspecto es crítico.

Figura1. Marcos posibles de planificación estratégica de la RIEPS



Un aspecto a incluir en la agenda común es el grado de visibilización que se le quiere dar a la Red Pública, a efectos de que sea percibido por otros actores y por la población, como una entidad integrada.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

El Plan Estratégico de la RIEPS contribuirá al posicionamiento de la Red Pública de Salud como referente de calidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud, con una dinámica de toma de decisiones concertadas entre organismos públicos en el campo de las inversiones estratégicas, el modelo de atención y de gestión, la incorporación de tecnología, las prioridades programáticas y la sostenibilidad de los emprendimientos, poniendo la legítima autonomía de cada institución al servicio de la complementación.

*Red Pública: derechos y calidad en el SNIS.²*

No hay un Sistema Nacional Integrado de Salud si no hay una Red Pública fuerte, y en continuo fortalecimiento. De alguna forma, los intereses que se cruzan en el Sistema Nacional Integrado de Salud son los de quienes creen que la salud debe ser consagrada como un derecho, y los de quienes conciben la salud como una mercancía. Si no se tiene una Red Pública fuerte que asegure el derecho a la salud y solamente quien tiene la fuerza de detentar la prestación de servicios es el sector privado, esto determina que la rectoría no sea posible; los prestadores que tienen la fuerza son quienes tienen el poder.

El sector público tiene la mitad de la población; la mayoría de los usuarios son de ASSE, y si se le suman los usuarios de los otros efectores públicos es mucha la población a quienes tiene que cuidar la Red Pública. La obligación es brindar servicios de mayor calidad y obviamente esto se puede lograr articulando los distintos efectores que tiene la RIEPS, que son instituciones que han avanzado en el cambio en el modelo de atención. A los conductores y decisores de los prestadores estatales les compete una responsabilidad muy grande.

Red Pública: estrategias más allá de la repetición³

La construcción de un plan estratégico de la Red Pública no debería ser vista desde la repetición. Si se pretende generar un cambio, una reducción de la fragmentación y el camino hacia una red integrada de prestadores de salud pública, en el marco de un Sistema Integrado de Salud, el plan estratégico y los acuerdos no deberían surgir desde la visión del “futuro de mi Institución”. Eso sería una repetición del pasado.

² En base a aportes realizados por la Ministra de Salud Pública Dra. Susana Muñiz en la Jornada de Plan Estratégico del 15 de abril de 2013.

³ En base a aportes realizados por la Directora de DIGESNIS T. A. Elena Clavell en la Jornada de Plan Estratégico del 15 de abril de 2013.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

El Sistema Nacional Integrado de Salud, representa el desafío de que cada una de las instituciones debería preguntarse qué lugar tenía y qué lugar desea tener al final del camino, y esa reflexión debería estar guiada por la preocupación del usuario. Está claro el diagnóstico de que al no existir un sistema anterior, cada uno realizaba múltiples acciones y continúa realizando acciones que se superponen en la constitución de los servicios que necesitan los usuarios. Se superponen en el territorio, pero también se superponen en el agregado de valor que cada uno puede hacer. Seguramente también hay cosas que no se jerarquizan por la multiplicidad de servicios.

El buen camino o enfoque es poder mirar con honestidad cual es el lugar de cada uno en la red, y como se ubica en la imagen objetivo; desde su lugar actual como contribuye a dar un paso cada uno en el sentido correcto.

Desde el MSP es necesario recalcar la necesidad, en este camino, del fortalecimiento de la rectoría y para ello es necesario el fortalecimiento de la red. En Uruguay había una muy débil rectoría sobre la salud; para el fortalecimiento de la rectoría también es necesario el fortalecimiento e integración de una red en lo público. Es necesario revisar los mecanismos de regulación y que el sector público entienda, que debe participar activamente; es muy difícil presentar indicadores de resultados, cuando el sector público, no tiene un sistema de información unificado. Siendo en algún momento necesario presentar los resultados de los privados, esto es una enorme debilidad desde el punto de vista de la rectoría.

Un componente fundamental para la salud de la población son los programas del MSP, que no se desarrollan (salvo con mucho esfuerzo y con mucho incentivo) en el sector privado, pero sí se desarrollan en el sector público; pero tenemos un deficiente **sistema de información** por lo que los mejores indicadores y resultados parecen estar en los privados; eso es un problema a resolver. Uno de los pasos, como ejemplo, para la efectiva integración de todos los actores públicos en los esquemas de información del MSP, se ha planteado respecto a la necesidad de contar con la información de recursos humanos del sector público. Se necesita una efectiva integración de los sectores públicos en los sistemas de información.

Otro aspecto es que existen **marcos normativos para ingreso de tecnología** de mediano y alto porte, en este sentido hay dificultades para el ingreso de

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

tecnología. En el MSP existen los elementos regulatorios que deben transitar los prestadores estatales cuando se plantean incorporar alta tecnología.

Similar camino debe plantearse respecto a la construcción y apertura de servicios: un problema muy grande es la **habilitación de servicios**. Con el sector privado se ha hecho un enorme trabajo para obtener una importante proporción de los servicios habilitados y se constata un escaso desarrollo de procesos de habilitación en el sector público.

Desde la mirada de la Dirección de la DIGESNIS hay cuatro desafíos importantes:

- 1) Formar parte del SNIS, (con sus marcos normativos, regulados de distintas formas), el MSP quiere colaborar en la identificación de las dificultades desde el punto de vista normativo, ir hacia los otros organismos promoviendo las acciones.
- 2) Como integrarse y fortalecerse como red sin quedarse en un espacio autosuficiente, no generando barreras con los servicios privados; si se busca un sistema integrado de salud y no sólo una red pública que se fortalece, pero después puede enfrentarse a la red también fortalecida de los privados, la RIEPS tiene que transitar un camino sin perder la articulación con las otras redes.
- 3) Otro desafío importante es que hay dos grandes tipos de efectores: con o sin población asignada; o con especificidad o prestación de servicios de algunos servicios específicos, por lo que hay que hacer una doble articulación, ASSE, Sanidad policial y Sanidad militar tienen usuarios asignados y el resto es más difícil de identificar. El HC como prestador público, comparte con ASSE la cobertura de una proporción de la población de adultos asignados a ASSE. Todos los actores articulados, pero no necesariamente desde el mismo rol.
- 4) Por último, ¿cuáles son los ejes estructurantes en la generación de la Red? Dado que el proceso de articulación no puede ser anárquico, es necesario encontrar ejes estructurantes. Una propuesta es el proyecto de salud digital, SALUD. UY, que a todos nos sirve y es un proyecto que puede servir como eje estructurante, en el cual cada uno se

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

posiciona en la red. El MSP solicitó que se convoque a la RIEPS en su Consejo Asesor a efectos de que se integren los efectores públicos; hay enormes desafíos desde como participar en la historia clínica digital hasta la teleimagenología. Otro eje estructurante es la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

Finalmente como factor crítico para los servicios de atención en salud, el mayor desafío es el de los recursos humanos. Hay algún artículo en la rendición de cuentas pasada que estableció la posibilidad de que un profesional (médicos y enfermeras) contratado por un efector de la RIEPS, pudiera ser también contratado por los otros efectores (hablando de baja utilización y baja oferta). Este es un factor crítico y hemos visto algunas instancias en la cuales también en el sector público se produce la competencia por los recursos humanos.

Superar la segmentación y la fragmentación del sistema⁴

Entre los años 2005 y 2007 se dio un movimiento regional de renovación de la Atención Primaria de la Salud; Uruguay fue la sede de la Consulta Regional sobre la APS y a partir de las resoluciones, se empezó a trabajar en una serie de desgloses operativos del tema.

Las resoluciones de los organismos internacionales son de un elevado grado de generalidad, pero luego a nivel de los países hemos empezado a trabajar con temas concretos. Uno de los temas específicos es como superar el laberinto que es el sistema de salud para el usuario. En la gran mayoría de los países de la región los usuarios desconocen cuáles son sus posibilidades, sus derechos, sus caminos por satisfacer sus necesidades en el sistema de salud. Esto es diferente de país en país; el desconocimiento de cómo funciona el sistema, se debe a la estructura histórica en la que se han constituido los sistemas en la región. Al contrario de Europa, en que tienen servicios nacionales de salud dominantes (modelo Beveridge) o sistemas de seguridad social dominantes (modelo Bismarck), los nuestros son sistemas mixtos; se han desarrollado a la par los servicios públicos, el seguro social y los servicios privados. En una valoración rápida y general de lo que era la situación del Uruguay en el 2007, había una gran separación entre acciones

⁴ En base a aportes realizados por Dr. Eduardo Levkovitz, Representante de OPS/OMS en Uruguay en la Jornada de Plan Estratégico del 15 de abril de 2013.

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

de salud pública y la atención a la salud en las Instituciones. Pero además, en el área de atención en el Uruguay, había una gran separación entre lo que era el proveedor público ASSE y las personas que allí se atendían, y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, muy marcadas y de alguna forma responsables de la ejecución del componente seguro social.

Además de esas dos características, merece señalarse que al interior del MSP se han desarrollado una serie de programas verticales. Muchos de ellos cuentan con mecanismos de financiamiento institucionales y particulares, por ejemplo PPENT del Banco Mundial en el área de crónicas, la OPS con el Fondo Rotatorio en el área de vacunas, Fondo Global en área de VIH, y Comisiones Honorarias.

También del lado de la asistencia médica colectiva hay múltiples actores. Las intendencias, que son instituciones que siempre estuvieron “con un pie acá y otro allá”, entre la salud pública (vigilancia, seguridad alimentaria) y algunas actividades asistenciales. Por otra parte hay algo que es muy peculiar del Uruguay: las emergencias móviles o servicios privados de baja complejidad. La Universidad de la República, no solo con el Hospital de Clínicas sino con varios otros efectores, que proveen servicios de salud.

En el conjunto de prestadores debe citarse al BPS, el BSE que proveen servicios de salud, Sanidad Policial y Sanidad Militar. Existen además otros entes públicos que tienen o pretenden tener servicios públicos de salud. Y es de destacar algo muy particular que es la separación de la alta complejidad a través de un mecanismo de financiamiento propio, como es el Fondo Nacional de Recursos y su ejecución a través de los IMAES.

Eso caracteriza un sistema simultáneamente segmentado y fragmentado. Como definiciones específicas se denomina **segmentación** lo que aparece en la esfera institucional, con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de la población, de acuerdo a situación laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y estrato social. Es decir inserción de acuerdo a la capacidad de pago y en última instancia, a la clase social. La segmentación causa inequidad y desigualdad; todos los sistemas segmentados son intrínsecamente inequitativos y profundizan las desigualdades en los diferentes grupos.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

En la esfera de los servicios de atención se habla de **fragmentación**; un sistema fragmentado es un sistema donde existen múltiples agentes de salud que no están organizados en una red, los servicios no colaboran mutuamente, se ignoran y compiten entre ellos con mucha frecuencia. Múltiples agentes operando sin colaboración, son causa insuperable de imposibilidad de la protocolización, falta de contenidos y calidad homogénea y del costo homogéneo en la provisión de los servicios. Finalmente estos sistemas generalmente son causa del incremento del costo de transacción y de una asignación insuficiente de los recursos del sistema. Es decir se provoca una asignación ineficiente además de inequitativa.

En 2013, se observa que el cambio se ha dado a través de la figura del SNIS, que disminuye las brechas entre lo público y privado. ¿Cómo se ha pensado en Uruguay construir esa imagen ideal del sistema? No es un sistema por definición legal único, como fue definido en otros países. Se pueden señalar cuatro mecanismos principales que se propone utilizar el SNIS; el primero es el financiamiento.

Respecto al **Financiamiento**, el SNIS innova en la recaudación, mezcla de recursos y mecanismo de pago. También un mecanismo robusto de regulación en los servicios, como componente extremadamente fuerte de **Rectoría** del sistema, ejercido por el MSP y la Junta Nacional de Salud. Estos dos componentes responden mucho más a reducir la segmentación del sistema, pero no son suficientes para la resolución del problema de la fragmentación. El nivel de intervención del MSP es un nivel institucional, no es un nivel radicalmente operativo. Para superar la fragmentación es necesario primero pensar en la **plena integración de los programas** hasta ahora verticales a los servicios de salud, que convoca un Plan Estratégico para reforzar la **RIEPS**, con el conjunto de las Instituciones. Las **Redes integradas** no se conforman solo con el primer nivel de atención, no se conforman solamente con públicos, se tiene que avanzar en la **complementación público – privado** por la naturaleza histórica del sistema sanitario del Uruguay, esta pasa a ser la imagen objetivo del cambio en el sistema de salud. Consolidados estos componentes se reduce la segmentación y fragmentación.

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

Es indiscutible el avance del Uruguay en estos cinco últimos años en reducir la segmentación del sistema. El crecimiento del FONASA ha triplicado la cobertura de la seguridad social, con una proyección a mitad de 2016 de más del 80% de la población afiliada al FONASA, con cobertura total del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS); en el mismo sentido se ha orientado la reducción de la brecha del gasto per cápita entre ASSE y las IAMC. Esto se va profundizando y el propio diseño jurídico-institucional del sistema lo empujan a un avance significativo hacia la cobertura universal.

Si bien es verdad que el sistema ha reducido drásticamente la segmentación también es verdad que el sistema ha enfrentado muy poco el alto grado de fragmentación.

La fragmentación tiene múltiples causas: en primer lugar la segmentación, la baja capacidad rectora de las autoridades sanitarias, las incompatibilidades de las reglas jurídicas, los modelos organizacionales que no están pensados para la integración. Además la cultura, las normas y los procedimientos de las instituciones del país, fueron construidas antes del SNIS, por lo que no pueden responder a las necesidades, múltiples mecanismos de pagos, modelo muy centrado para la enfermedad y los casos agudos, la baja planificación, los programas verticales y totalmente separados de la estructura de prestación de servicios, los modelos de financiamiento que son muy inductores de la verticalización de los programas.

La fragmentación es la principal causa del alto grado de ineficiencia; la fragmentación es la descoordinación entre las diversas entidades.

Para desfragmentar el sistema hay múltiples intervenciones posibles pero para nosotros lo más importante es el trabajo en red, o la conformación de redes integradas de servicios de salud, a través de la complementación público – público y público – privado.

Respecto a los **atributos que tiene que tener una red integrada de servicios de salud** (RISS), el primero tiene que ver con la definición de población y territorio, y es de los más relevantes. Sin población y territorio definido no existe capacidad de planificar los sistemas de atención, (el capital es aterritorial), la planificación pública es territorial, es el territorio y la planificación los que nos pueden orientar hacia otros atributos de las RISS:

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

- una red de servicios de salud suficiente,
- una puerta de entrada con un primer nivel de atención,
- la previsión de servicios de salud especializados donde es adecuado,
- un mecanismo de coordinación asistencial común a todas las unidades de la red (protocolo, guías clínicas, etc.),
- atención centrada en la persona y no en el servicio,
- un sistema de coordinación único,
- muy activa participación y control social,
- gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico, (ej: único laboratorio, central de compras únicas),
- un sistema de información único,
- una evaluación continua de desempeño, y
- un sistema de financiamiento adecuado, e incentivos financieros alineados con el objetivo o metas.

En este marco la capitación es muy facilitadora, y a su vez se ve facilitada por la valorización de las personas.

No es posible avanzar en el atributo uno si no se avanza casi simultáneamente con el nueve o diez, los atributos articulados entre ellos son sinérgicos y temporales.

El **trinomio persona familia comunidad** y el **territorio** son lo fundamental y de ahí parte cualquier iniciativa de red. Y ahí se adapta y se adecua el primer nivel de atención, no al revés; si se puede partir de la comunidad-territorio se puede orientar una lógica de Redes. Es en la red de servicios en que la población encuentra los recursos institucionales.

Son lecciones aprendidas por estar trabajando en la integración de redes de servicios; las Redes mejoran la accesibilidad al sistema. Reducen la demanda sobre las puertas de emergencia, reducen también el desplazamiento, promueven la integralidad del cuidado, mejoran la efectividad clínica de los servicios, reducen los costos de la producción y de transacción. Evitan la duplicación de los servicios. Responden mejor a las necesidades de las

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

personas. Para los gestores es vital el proceso de integración, que es difícil y complejo. Es fácil acordar el final, difícil acordar el camino a seguir.

Los cambios necesarios son cambios sistémicos amplios, y exigen el compromiso permanente del personal de gestión.

Es necesario plantearse la **economía política** y como intervenir. La primera complicación es que el modelo de atención resulta de la interacción de tres grupos: usuarios, gestores, profesionales.

Hay una pugna permanente de los tres grupos que intentan atraer más recursos para sus intereses; este escenario es importante que lo pensemos para cada acuerdo de la RIEPS, ya que cada acuerdo, está impactando en cada uno de los grupos. Debe tenerse presente también que el sistema está en un territorio, con determinantes sociales y una población; estas tres variables también se deben considerar.

Para conformar este sistema de salud se pueden identificar cuatro espacios de trabajo: la conformación de políticas, las normas, la asignación de recursos y el desarrollo de nuevos modelos organizacionales. Un buen plan estratégico debería tener estos cuatro niveles.

Finalmente es indispensable la flexibilidad, la integración de los servicios no significa que todos tienen que adaptarse a un modelo único, pero los modelos organizacionales de financiamiento tienen que ser sinérgicos.

Es importante asumir una lógica de **progresividad**, es un proyecto largo con múltiples formas y niveles de integración.

La última lección es que debemos definir un camino, si sabemos a dónde vamos a llegar, y es necesario definirlo teniendo en cuenta la “extensión, profundidad y grado de compromiso” de la Red.

Sobre la complementación⁵

Las leyes centrales que sustentan el andamiaje jurídico de la reforma del sector salud iniciada en 2005 destacan la complementación de servicios y

5 En base al documento elaborado para la RIEPS por la Prof. Cristina Becoña en 2013 denominado: “Complementación de servicios en el sector público”. Presentado en el Consejo Directivo Honorario de la RIEPS.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

el desarrollo de redes asistenciales como las herramientas para superar la fragmentación y segmentación del sistema de salud.

Fragmentación del Sistema de Salud

La fragmentación de los sistemas de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y de insatisfacción de usuarios y trabajadores.

A nivel de los servicios hablamos de fragmentación cuando nos encontramos con múltiples prestadores de salud y sitios de atención, con falta de coordinación entre los mismos y entre los diferentes niveles de atención. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención, duplicación de pruebas diagnósticas, disminución de la calidad de la atención prestada y falta de sintonía de los servicios con las necesidades de los usuarios.

Las causas más frecuentes de la fragmentación son: la segmentación de los sistemas de Salud, algunos tipos de diseño e implementación de descentralización, las limitaciones de algunos programas verticales, el predominio de un modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intrahospitalario, la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, los problemas de recursos humanos y materiales y la calidad de los mismos.

Cualquiera de estas afirmaciones son lo suficientemente fuertes como para requerir una intervención que permita superar las limitaciones señaladas.

Ya sea para aquellos que colocan al usuario en el centro de sus preocupaciones (para evitarle los problemas que la fragmentación le causa) o para aquellos que colocan en el centro la eficiencia y buen uso de los recursos del Sistema, la complementación y las redes pueden ser la respuesta a estos desafíos.

Necesidad de complementar

La afirmación *“la salud no tiene precio...pero tiene un costo”* dispara una serie de reflexiones:

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

1. Como se ha expresado la complementación puede ser la solución a un punto crítico del funcionamiento del sector salud en el Uruguay: la duplicación y superposición de servicios asistenciales y/o la falta de recursos (por ej. humanos) del sector.
2. El objetivo de la complementación es la mejora de la continuidad asistencial o integración clínica así como la eficiencia global del sistema de salud. La complementación viene a garantizar el acceso oportuno y equitativo a las prestaciones y debería garantizar también la calidad de los servicios.

En el caso de la RIEPS la herramienta de la complementación le permite intervenir entre prestadores públicos, desarrollando mecanismos de cooperación a nivel de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, para racionalizar y optimizar el uso de la dotación de recursos (financieros, materiales y de RRHH) con que cuenta nuestro país.

Nuestro país debe planificar el uso y aprovechamiento de los servicios existentes, y solo deberían autorizarse nuevas infraestructuras en aquellos casos en que se justifique de manera adecuada.

3. Otro aspecto a considerar es la fuerte presencia estatal en el sistema de salud teniendo en cuenta la forma como se estructuran las prestaciones de servicios de salud de la mano de las formas de financiamiento.

El Estado actúa bajo 3 modalidades principales: como prestador directo, contratando servicios o regulando precios.

Los organismos del Estado se pueden agrupar de acuerdo a su **grado de autonomía**, proveniente de su dimensión funcional y su dimensión financiera.

La *dimensión funcional* se refiere a la capacidad de un organismo para fijar o definir sus fines y objetivos. La *dimensión financiera* refiere a la capacidad de un órgano para establecer los medios necesarios para cumplir esos fines, básicamente recursos económicos. Estas categorías determinan:

- Organismos sin autonomía funcional y financiera: por ejemplo, los que pertenecen a la Administración Central (Ministerios)
- Organismos con autonomía funcional pero sin autonomía financiera:

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

los Entes del artículo 220 de la constitución (PJ, TC, TCA, INAU, Entes de la Enseñanza)

- Organismos con autonomía funcional y financiera: los Entes del artículo 221 (entes industriales y comerciales). Como caso extremo de autonomía las Intendencias Municipales, que definen sus objetivos y sus presupuestos, dentro del margen de sus competencias fijadas por la constitución y la ley orgánica municipal.

Estos elementos nos refuerzan la noción de que ante una fuente de financiamiento interno proveniente de rentas generales, se refuerza la necesidad de un uso racional de los recursos evitando superposición de servicios lo que es igual a ineficiencia económica (más allá de la posible ineficiencia asistencial).

4. La mayor complejidad de la atención que hoy se brinda. Se expresa en la alta especialización y la intervención de numerosos servicios, la sustitución de la atención hospitalaria por la ambulatoria y la domiciliaria, junto al incremento de pacientes crónicos y con múltiples patologías que hacen aún más necesaria la coordinación y complementación asistencial, y la colaboración entre los diferentes proveedores del sistema.
5. Una lógica de economía de escala confronta con la necesidad de contar con servicios en localidades con escaso número de usuarios, pero con importantes costos de instalación o funcionamiento; y obliga a esta complementación donde los costos se reparten en el conjunto de la población cubierta, permitiendo que quienes intervienen como prestadores de servicios asuman riesgos financieros menores.
6. Prestar servicios de calidad tiene muchas implicancias: los servicios de salud son de alta calidad cuando son focalizados en los usuarios; son seguros para usuarios y profesionales de salud; se fundamentan en conocimientos científicos sistematizados; se ofertan de manera oportuna; se prestan en consonancia con patrones óptimos predefinidos; se someten a medidas de desempeño en los niveles de estructura, procesos y resultados; se proveen de forma humanizada; son equitativos; y operan a escala adecuada⁶. Una singularidad de

⁶ Institute of Medicine, 2001; Dlugacz, Restifo & Greenwood, 2004

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

los servicios de salud es que parece haber una relación estrecha entre escala y calidad, o sea, entre cantidad y calidad. Esta relación estaría ligada a una percepción generalizada de que servicios de salud ofrecidos en mayor volumen son más probables de presentar mejor calidad; en esas condiciones, entre otras razones, los profesionales de salud estarían mejor capacitados para desempeñarse en los servicios de salud, ya que pueden transitar adecuadas curvas de aprendizaje.⁷

Del relevamiento internacional surgen múltiples formas de intervenciones políticas y organizativas para superar la fragmentación y reducir los costos. Se trata de redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de diferentes prestadores a una población determinada, responsabilizándose por los gastos y los resultados en salud.⁸

Complementación y coordinación

La complementación va de la mano de la coordinación, pero hay entre ambas diferencias.

La complementación lleva implícita la coordinación.

La **coordinación** supone un acuerdo entre dos o más actores para desarrollar una actividad para la cual se aportan recursos que de manera articulada permiten su desarrollo. Se trata de dos prestadores en donde ambos disponen de iguales recursos pero se organizan para usarlos de manera más eficiente, por ejemplo, dividiéndose las áreas geográficas donde el mismo se prestará.

En toda complementación es necesario que se dé una concertación de esfuerzos, a los efectos de ordenar los recursos existentes y disponer de las cosas metódicamente para lograr una acción común.

La **complementación** es una respuesta organizativa a la necesidad de coordinar, agrupando recursos diversos bajo una única estructura de gestión. Es una forma superior a la coordinación. Implica un punto de partida diferente:

7 Bunker, Luft e Enthoven, 1982

8 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Redes integradas de servicios de salud basadas en la Atención Primaria de Salud, CD49/16, OPS, Washington, 2009

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

las partes que intervienen no realizan cada una por separado el proceso asistencial o a la sumo realizan una parte del mismo; al complementarse aportan recursos o actividades distintas para conformar un servicio nuevo, integral, del que no disponen previamente.

Complementación, competencia y compra/venta

Incursionar en estos conceptos implica posicionarnos en el SNIS con una mirada diferente a la que ha sido hegemónica. Significa **dejar de promover la competencia**, muchas veces exacerbada a nivel de la alta especialización, y por el contrario imaginarnos bajo las reglas de la complementación.

El supuesto de que la competencia mercantil alienta la eficiencia y la calidad de los servicios, debe ser manejado con reservas en un mercado lleno de imperfecciones como es el de la Salud.

La competencia muchas veces alienta inversiones innecesarias, que se trasladan irremediabilmente hacia los costos de los servicios.

La complementación por el contrario alienta a la **cooperación entre profesionales y organizaciones**.

Ésta puede darse desde complementaciones eventuales hasta áreas de atención específicas o como parte de planes estratégicos.

Liderar estos procesos no es tarea sencilla, pero se ve facilitada si se cuenta con alguno de estos requisitos:

- a) una conducción con un rol estratégico y visión global del Sistema,
- b) una estructura que promueva y una herramienta que facilite la comunicación de los servicios involucrados en la atención al paciente,
- c) objetivos y estrategias compartidas,
- d) una cultura común orientada al trabajo en equipo y la colaboración,
- e) líderes que promuevan la integración,
- f) algunos incentivos que estimulen las políticas elegidas.

La aproximación a una definición de los conceptos de complementación y

SECCIÓN I: MARCO POLÍTICO - CONCEPTUAL

venta de servicios permitirá manejar un lenguaje común entre los integrantes de la RIEPS.

Complementación. Lo primero a destacar es el concepto de que la complementación debe contribuir al fortalecimiento de los participantes y no a su debilitamiento.

La complementación debe respetar las autonomías, sabiendo que autonomía no es autosuficiencia. La autonomía permite tomar la decisión de formar parte, de decidir integrarse.

En la complementación las decisiones que se toman se orientan al todo y el interés general es quien guía las mismas.

Si bien la complementación busca elevar los niveles de eficiencia del sistema ante la duplicación o superposición de servicios, en la mayoría de los casos, surge frente a una carencia o insuficiencia detectada en los recursos de los efectores de salud.

Esta visión se ajusta a la definición de complementar: “añadir a una cosa algo que le falta para completarla o mejorarla”, “combinarse dos cosas diferentes de manera que el efecto resultante sea mejor que el de cada una por separado”.

Como resultado de la complementación obtenemos un producto de mayor “valor”, ofrecemos un mejor producto a la población.

Deben existir por lo menos dos condiciones para asegurar el desarrollo de estos procesos de complementación:

1- **Contratos bien definidos:** estos tienen como finalidad dar garantías a las partes de los compromisos asumidos y las responsabilidades que cada uno asume ante la o las contraparte/s como también ante los Usuarios de los Servicios que se complementan.

2- **Equipos de Gestión y/o Seguimiento:** es de fundamental importancia que cada una de las partes cuente con Equipos de gestión que den garantías en cada uno de los emprendimientos de una adecuada gestión la cual es la base del mantenimiento de complementación. Asimismo debe generarse para el Servicio y/o la actividad complementada un grupo responsable de la marcha del mismo.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Es condición indispensable realizar evaluaciones periódicas, y es aconsejable que esto quede como parte del Contrato.

Complementación – compensación es una dinámica que se instala en el caso de situaciones que por las asimetrías de los Servicios que se requieren, una de las partes no compensa totalmente con otros servicios; se procederá a definir hasta donde se complementa y que es lo que se compensa monetariamente. La compensación se puede establecer a partir de una cuenta corriente, de lo cual ya hay experiencias en la RIEPS.

Compra - venta de servicio. Define la operación bilateral donde el vendedor entrega un producto a cambio de un dinero acordado. La compra – venta es para un caso puntual y no necesariamente existe un objetivo común ni una voluntad de cooperación entre las partes.

En la salud la compra – venta ha promovido la búsqueda del lucro, especialmente cuando se ha dado entre el sector privado y el público. Es más factible que se den relaciones muy asimétricas entre quien vende y quién compra, haciendo primar el lucro sin importar muchas veces las necesidades de los usuarios.

Probablemente sea necesario que en la compra - venta se tenga en cuenta un componente de rentabilidad que permita el mantenimiento adecuado del servicio en cuestión, nuevas inversiones o formación del personal.

Intercambio. La compra -venta en dinero no es la única manera de adquirir lo que se necesita. Si se escoge otro objeto a cambio estamos ante un trueque o intercambio, en la salud sería de prestaciones o servicios. En este caso “el otro” tiene algo que a mí me interesa, y además debe estar en condiciones de brindarlo asegurando calidad y oportunidad.



El Derecho traduce en fórmulas preceptivas y organizativas la decisión política y responsabilidad del Estado, en su carácter de gestor del bienestar colectivo, de tomar a su cargo la satisfacción de necesidades básicas de la población entre las que se destaca la atención a la salud.

El grado de correspondencia entre las manifestaciones formales del Derecho y la satisfacción efectiva de las necesidades y demandas sociales, permite medir la eficacia de los organismos del Estado en el cumplimiento de la función social de la cual son responsables y garantes.

En Uruguay el sector salud está configurado por una gran variedad de prestadores de servicios cuya naturaleza jurídica es heterogénea, tanto en el sector privado como en el sector público. El marco jurídico vigente incluye un conjunto complejo de leyes, decretos, ordenanzas, resoluciones.

Existe una profusión de disposiciones de diversa jerarquía formal, algunas de las cuales no están aún suficientemente armonizadas, persistiendo aspectos ambiguos, a pesar de que el andamiaje jurídico normativo que sustenta la Reforma del sector salud a partir de 2005, ha intentado generar mayor claridad en este terreno.

La Ley 18.211 de diciembre de 2007 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en su definición fundacional ha incluido la noción de integración, lo cual remite a la articulación y complementariedad del sector público y el sector privado. En el literal E del artículo 4, establece que se procurará el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

La Ley 18.161 que crea el Servicio Descentralizado ASSE en su artículo 4 determina que está entre sus cometidos “ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones”.

El Art. 741 de la Ley 18.719 de 2010 reglamentada por el Decreto 392/012

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

creó la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) a fin de coordinar a través de la misma, los diferentes servicios de los prestadores estatales.

Todos los organismos integrantes de la RIEPS, a excepción de ASSE en tanto Servicio Descentralizado, fueron creados muchos años antes de la implementación del proceso de Reforma.

Existen leyes y decretos que rigen el funcionamiento de algunos prestadores estatales que complejizan el proceso de articulación. Ello determina que si las normas que conformaron el actual sistema no los contemplaron expresamente, lo que efectivamente ha sido así en algunos casos, es necesario encontrar los mecanismos que desde el punto de vista legal, hagan posible la adecuación de los mismos al Sistema. Es posible avanzar trabajando con las disposiciones específicas que rigen cada uno de ellos; mediante la creación de una norma de carácter general o utilizando una combinación de las formas mencionadas.

La implementación de un modelo de atención integral es un objetivo plasmado a texto expreso y en consonancia la Ley 18.211 que establece que **todos los usuarios del SNIS tendrán derecho al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)** definido por el MSP, y que determina cuales son las prestaciones que obligatoriamente las instituciones integrales de salud deben brindar a sus usuarios. Esto ha contribuido a disminuir la segmentación del sistema de salud.

La figura del usuario del servicio de salud adquirió a partir de la Reforma una dimensión desconocida hasta entonces, al atribuírsele un rol activo como participante en la eventual toma de decisiones. Inclusive la nueva concepción sobre complementación como objetivo del sistema para evitar "... la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de recursos humanos y materiales" especialmente dentro del sector público, introduce una nueva visión del usuario, pudiéndose plantear la posibilidad jurídica de conceptualizarlo como **"usuario del sector público"** sin condicionar que su cobertura provenga de uno u otro organismo en particular.

Estos elementos implican un desafío a la interna del sector público que es convocado a generar una dinámica de redes, superar la fragmentación

SECCIÓN II: MARCO NORMATIVO

entre sus instituciones y ámbitos de atención y dar cuenta de integralidad y continuidad de la atención.

Revisión de la normativa vigente

La RIEPS ha avanzado en la sistematización de la normativa vigente a través de una consultoría desarrollada con apoyo de OPS/OMS⁹. En el agosto de 2013 estuvo disponible y se entregó a las instituciones el primer producto que consistió en una Recopilación de toda la normativa vigente, integrándose con dos capítulos: **Disposiciones generales en materia de salud y Disposiciones específicas a cada institución de la RIEPS.**

Posteriormente se generó un producto final que fue el resultado de analizar la normativa reseñada, comparándola entre sí e interpretándola en función de los principios y objetivos de la Reforma, con la finalidad de identificar incompatibilidades y proponer las adecuaciones pertinentes.

Desde un punto de vista metodológico, primero se procedió a estudiar las leyes fundacionales, particularmente la ley 18.211, identificándose en la misma, en un plano estrictamente literal, diversas incongruencias con los ejes rectores de la Reforma.

El primer nudo crítico de incompatibilidad emerge de las propias definiciones de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y Seguro Nacional de Salud (SNS) y de los organismos que integran uno y otro. En la redacción actual, parecería que ambas figuras se superponen en sus contenidos y competencias, no obstante advertirse que un “Sistema” responde a una construcción mucho más vasta y compleja de lo que constituye un Seguro de Salud definido por la propia norma como un mecanismo de financiamiento. Esta confusión contribuye asimismo a desdibujar el papel de rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) que no queda correctamente delimitado en relación a las atribuciones otorgadas a la Junta Nacional de Salud (JUNASA), como administradora del Seguro.

De acuerdo a los ejes de la Reforma, el SNIS comprendería a todos los organismos que hoy conforman la RIEPS, hecho que no se desprende de las

⁹ Consultoría a cargo de la Dra. Ana María Alaniz del Puerto con la colaboración de la Dra. M^ª Cristina Olivera Scaroni. Fue facilitada por la interacción con referentes de las áreas jurídicas de todas las instituciones de la RIEPS.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

definiciones contenidas en la ley 18.211; asimismo no surgen debidamente clarificadas las relaciones que pueden mantener estos organismos con el Seguro Nacional de Salud.

Lo que se advierte entonces es que las incongruencias que obstaculizan la inserción de las entidades de la RIEPS en el SNIS no están en la normativa específica de cada una de ellas sino en el marco normativo general que implementó dicho Sistema.

Se propone superar dichas dificultades mediante la redacción de una nueva norma modificativa de la ley 18.211, en la que quede delimitado el SNIS, el SNS y el rol rector del MSP así como el que le corresponde a la JUNASA. (Documento preliminar disponible)

Otros nudos críticos se visualizan a partir del estudio pormenorizado que se realizó de la normativa aplicable a cada organismo de la RIEPS. En algunos de ellos, como es el caso particular de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) o de la Intendencia de Montevideo (I de M) se pudo apreciar que las disposiciones que los rigen se han adecuado expresamente a los principios y objetivos de la Reforma (ley 18.161 y Digesto de la I de M).

Otros, en cambio, como es el caso del Banco de Previsión Social, no han resultado conmovidos jurídicamente por la implementación de la Reforma, por tener competencia en asistencia en salud de carácter privativo y exclusivo – como lo es la emergente de Asignaciones Familiares, pero si han sido impactados desde el punto de vista funcional al reducirse el caudal de usuarios, lo que implica una readecuación de diversa naturaleza. No obstante es posible sugerir algunas modificaciones de la normativa en algún punto específico relacionado con la población objetivo y sus excepciones.

El Banco de Seguros mantiene su competencia en materia de salud, también de índole específica, pudiendo “prestar servicios de asistencia médica dentro del área de su especialidad” como lo dispone la ley 18.243, lo que lo habilita para concertar con los otros efectores de salud, mediante la complementación, venta de servicios, etc.

Los Servicios de Sanidad Policial y Militar, son – aparte de ASSE – los únicos efectores de la RIEPS, que brindan asistencia integral, por lo que tienen connotaciones diferentes a aquellos que son prestadores parciales. Ambos

SECCIÓN II: MARCO NORMATIVO

están excluidos expresamente – por la ley 18.131 - de su incorporación al SNS como sistema de financiamiento, extremo que no invalida su inserción en el SNIS. Es necesario sin embargo revisar y actualizar los decretos que normalizan la cobertura que brinda ASSE a usuarios de Sanidad Militar y Sanidad Policial y los correspondientes mecanismos de compensación por la misma.

Por último, es necesario revisar y reformular la situación del Hospital de Clínicas, que si bien es un efector de salud parcial, por su condición de pertenecer al ámbito universitario, también constituye un medio de formación de recursos humanos. Su integración al SNIS debe ser formalmente explicitada.

Conceptualización del SNIS y del SNS hacia una adecuación normativa.

El proyecto inicial de la ley 18.211 experimentó modificaciones durante el debate parlamentario y es posible sostener que la redacción final careció de una correcta armonización de sus disposiciones. Luego, en el proceso de implementación material de la norma, y ante una realidad mucho más compleja y dinámica de lo que cualquier norma puede prever, surgieron muchos de los problemas de interpretación que hemos enunciado ut supra.

El marco normativo imperante admite su modificación a efectos de lograr la debida armonía de sus disposiciones, sin quebrantar los conceptos básicos que estructuran el nuevo sistema de salud.

Esta adecuación, que estaría centrada en una norma modificativa o interpretativa de la ley 18.211, conduce a sostener que el Sistema Nacional Integrado de Salud comprende a todos los sectores y subsectores de la salud, públicos y privados, con cobertura integral o parcial, los cuales mantienen su titularidad y autonomía administrativa, integrándose solo funcionalmente al mismo, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, que es el organismo que debe planificar la política sanitaria en base a los nuevos principios y objetivos del sistema.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Todos los efectores que conforman el SNIS contribuyen a cumplir con el objetivo de la atención integral a los habitantes de la república de acuerdo a la especialidad de cada uno y utilizando preferentemente como herramienta de articulación, la complementación de los servicios. Las prestaciones obligatorias que deben brindar aquellos efectores de cobertura de asistencia total, determinadas por el MSP, son iguales para todos los efectores independientemente de que conformen o no el Seguro Nacional de Salud, salvo que por razones atribuibles a las particularidades de determinadas entidades, la ley efectúe determinadas excepciones.

Será el propio MSP el que determine las entidades que integran el SNIS mediante el registro y habilitación respectivos.

Resulta incuestionable, por tanto, que efectores integrales públicos como los Servicios de Sanidad Militar y Policial, integran efectivamente el SNIS.

En este contexto, el Sistema Nacional Integrado de Salud es mucho más amplio que el Seguro Nacional de Salud, permitiéndose diferenciar el papel de rectoría del MSP con el cometido de administración del Seguro que le corresponde a la JNS.

El Seguro Nacional de Salud en cambio, es un modalidad o sistema de financiamiento para la atención integral de salud, con aspiración de cubrir en lo posible a la mayoría de la población del país, mediante la incorporación paulatina de diversos colectivos.

Los prestadores que integran el SNIS podrán formar parte de este Seguro, si cumplen con las condiciones exigidas por la norma, como ser la integralidad de las prestaciones, la existencia dentro de su estructura de órganos de participación social, etc, para lo cual deben estar autorizados por la JNS y suscribir con ésta un Contrato de gestión.

Estas circunstancias permiten a los prestadores acceder a un sistema de pago caracterizado por la percepción de lo que se denomina cuota salud (Art. 55 ley 18.211) estando incluido en la misma una serie de incentivos económicos (metas asistenciales), teniendo el derecho asimismo, en el caso de las entidades privadas sin fines de lucro, de obtener el pago de una sobre cuota para inversión (Art. 17 ley 18.922).

SECCIÓN II: MARCO NORMATIVO

Correlativamente, tienen que cumplir con una serie de obligaciones estipuladas en el Contrato de Gestión así como brindar a aquellos usuarios amparados por el SNS una serie de beneficios que son específicos a dicha calidad.

Se puede apreciar que entre el SNIS y el SNS hay una amplia diferencia, que actualmente no surge debidamente clarificada, lo cual puede ser corregido mediante las modificaciones pertinentes en la ley 18.211.

En esta perspectiva, todos los organismos que conforman la RIEPS estarían expresamente integrando el SNIS sin que ello deba alterar su titularidad o su autonomía administrativa o financiera, puesto que dicha integración es funcional como se encarga de precisarlo la ley ya mencionada.

En tal sentido, la competencia en materia de asistencia en salud que le es específica a cada entidad tampoco resulta modificada.

Si la integración es funcional, únicamente corresponde introducir o efectuar aquellas adecuaciones en los casos en que sea necesario para una debida articulación ya sea dentro o fuera de la RIEPS.

En conclusión, en relación a la identificación de aspectos pasibles de ser mejorados en la ley de creación del SNIS, se han identificado pormenorizadamente y consignado en un documento elaborado a tales efectos, todas las incongruencias que deberían ser corregidas con el propósito de lograr no solo la adecuación de la norma a la realidad sino de conferirle la debida armonía al marco normativo imperante. Esta adecuación debería provenir de una modificación de la propia norma que crea el SNIS.

PROPUESTA 1. Se propone superar las dificultades mediante la redacción de una nueva norma modificativa de la ley 18.211, en la que quede delimitado el SNIS, el SNS y el rol rector del MSP así como el que le corresponde a la JUNASA. Deberá formarse un grupo de trabajo que involucre al MSP y a la JUNASA, que comience a la brevedad en base a un cronograma de trabajo establecido.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

En lo referente a las entidades que integran la RIEPS, las singularidades de cada una de ellas conduce a que, al analizarlas en forma separada, se evidencie la necesidad de sugerir ya sea la introducción de cambios en la normativa existente o la creación de disposiciones legales que le otorguen mayor coherencia.

PROPUESTA 2. En el caso del Banco de Previsión Social, introducir modificaciones de la normativa en los puntos específicos relacionados con la población objetivo (menores de 15 años) y sus excepciones, en el sentido de adquirir derechos en función de portar determinadas patologías. Generar a tales efectos un grupo de trabajo con MSP Y MEF.

PROPUESTA 3. Revisar y reformular la situación del Hospital de Clínicas, para que su integración al SNIS sea formalmente explicitada, incluyendo el análisis de sus fuentes de financiamiento.



Servicios estratégicos de la Red Pública

La generación o consolidación de algunos servicios en el ámbito público resultan estratégicos para una Red Pública que asegure acceso, calidad homogénea y eficiencia. Algunos se han desarrollado o se proyectan en el marco institucional de los prestadores que integran la RIEPS. Otros tienen un perfil institucional específico y requieren nuevas modalidades de articulación.

Se describen algunos que son paradigmáticos como servicios estratégicos de la Red Pública.

Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del BPS

El advenimiento y características del SNIS determinaron que el BPS debiera considerar cuál sería su rol dentro del nuevo sistema.

El Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del BPS tiene la posibilidad de atender, un gran número de patologías diferentes a través de equipos multidisciplinarios. Por ordenanza del Ministerio de Salud Pública No. 280 del 26 de mayo del 2014 “se reconoce el Centro Nacional Especializado de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras como Centro de Referencia en la órbita del Banco de Previsión Social”

Los Defectos Congénitos se entienden: “Cualquier anomalía anatómica, metabólica o funcional, debida a mutación génica, anomalía cromosómica o a un insulto físico, químico o infeccioso sobre el embrión o feto en desarrollo” (Pagano y Mastroiacovo 1988).

Entre el 3 y el 5 % de los nacimientos en Uruguay corresponden a niños con defectos congénitos, y esta cifra asciende al 7 % en el primer año de vida. Sobre la base de 48.000 nacimientos en nuestro país, son 3.400 niños los que nacen con defectos congénitos por año. Es la segunda causa de mortalidad infantil en Uruguay.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Se consideran enfermedades raras aquellas que tienen una prevalencia de hasta 5 afectados por cada 10.000 habitantes. Se entiende por prevalencia a la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio en un momento dado. El Equipo Técnico del Proyecto del BPS, tomando como base las estadísticas del grupo Orphanet, que constituye el mayor centro mundial de registro de este tipo de patologías, y teniendo en cuenta los datos del censo nacional 2011, estimó que el número de Enfermedades Raras de inicio en la infancia y de causa genética es de 2.669 enfermedades. Y se estimó que la prevalencia de las mismas en menores de 15 años es de 18.081 personas.

Constituir un Centro de Referencia significa que estos servicios serán la referencia nacional para el tratamiento y demás aspectos vinculados; los efectores de salud del SNIS (ASSE, las IMAC) son los responsables de la atención integral del paciente. Esto significa que respecto a los defectos congénitos y enfermedades raras, el BPS y cada efector trabajarán en conjunto para una mejor atención, siendo el MSP quien definirá las pautas para todo el país sobre esas patologías.

Esto implica insertar al BPS en el SNIS como referente en salud en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, pero además con un horizonte de cobertura de la totalidad de la población amparada por el SNIS. Para ello es fundamental la consolidación del Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras.

El Centro Especializado tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades congénitas y enfermedades raras a través de la puesta en funcionamiento de un Sistema de Referencia Nacional para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de pacientes con Defectos Congénitos y Enfermedades Raras en el país.

Sus específicos objetivos son:

- Disminuir la mortalidad infantil por esas causas a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno desde las mujeres en gestación.
- Fortalecer el Sistema de Pesquisa Neonatal brindando información al MSP para el estudio de la incorporación de nuevas patologías al screening.
- Mejorar la calidad de vida del paciente portador de defectos congénitos y

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

enfermedades raras y su núcleo familiar, promoviendo su inserción social a través de la atención integral con equipos multidisciplinarios.

- Contribuir a la capacitación de los recursos humanos de las especialidades involucradas en estrecha relación con la Facultad de Medicina, Química, Psicología, Enfermería y Escuela de Tecnología Médica, entre otras.

Su población objetivo potencial son las mujeres gestantes, los recién nacidos y las personas portadores de defectos congénitos y enfermedades raras que el MSP defina, de todo el país, que recibirán la atención integral en el Centro de Referencia.

La organización para soportarlo se creará en el marco de un Sistema de Referencia y Contrareferencia a nivel nacional para la derivación de las gestantes con screening patológico.

¿Qué requiere de la RIEPS y del SNIS?

El Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del BPS para una mejor atención desarrollará los servicios en sus unidades instaladas, pero requerirá para determinadas patologías de alta complejidad:

- Block Quirúrgico con servicio de tomografía
- Camas de CTI pediátrico y neonatal.
- Requiere del MSP la aprobación de las normativas necesarias para la puesta en funcionamiento del proyecto, así como definiciones respecto a los mecanismos de financiación.

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA? El Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras se compone de 3 unidades integradas:

- a) Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal. Localizada en la Unidad de Perinatología del BPS (ex Sanatorio Canzani) donde

se derivarán las gestantes con alto riesgo de defectos congénitos para la realización de procedimientos invasivos y atención interdisciplinaria.

- b) **Laboratorio de Pesquisa Neonatal.** Recientemente nombrado por el Poder Ejecutivo (decreto No. 325/ del 4/10/2013) “único centro de diagnóstico confirmación y seguimiento de las patologías de detección obligatoria a través de la gota de sangre....”Es donde se centra el Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal por el que se examina una gota de sangre de cada niño que nace en todo el territorio nacional.
- c) **Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (DEMEQUI)**, con equipos interdisciplinarios calificados y específicos para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversas patologías entre las que se mencionan:
- Errores innatos del metabolismo (niños y adultos), con una incidencia 1/12000 (4 casos nuevos/año) que comprende: Fenilcetonuria (PKU), Hiperfenilalaninemias, Trastornos Beta Oxidación, Acidemia Metilmalónica, Galactosemias, Glucogenosis, Síndrome de Smith, Lemly, Opitz (SLO), Enfermedad mitocondrial, Niemann pick Tipo C, Mucopolisacaridosis.
 - Fibrosis Quística (niños y adultos) con una incidencia 1/3500 (14 nuevos casos/año).
 - Malformaciones Maxilofaciales (80% FLAP) con una incidencia de 1 cada 500-750 (60 nuevos casos/año aprox.).
 - Mielomeningocele (Defectos del tubo neural) con una incidencia de 1/800 (60 nuevos casos/año).
 - Epidermólisis bullosa o ampollar con una incidencia de 1/100.000 (1 nuevo caso cada 2 años) y otras enfermedades raras.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

PROPUESTA 4. Consolidar el Centro Especializado en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras como Centro de Referencia nacional para el tratamiento y demás aspectos vinculados con un horizonte de cobertura de la totalidad de la población amparada por el SNIS (IAMCs, ASSE, Policial, Militar, Seguros privados), y definiendo marco normativo y un sistema de financiamiento específico.

Definir protocolos, criterios de inclusión y exclusión de las prestaciones que se brindan y de las que se hace cargo el BPS.

Trabajo en conjunto con Facultad de Medicina para formación de RHS.

Centro Nacional de Quemados – CENAQUE

Marco institucional. El CENAQUE, de carácter público y universitario está ubicado en el Hospital de Clínicas, sobre el ala-este de los pisos 12 y 13 y asiste al 100% de los pacientes grandes quemados adultos (mayores de 14 años) en nuestro país. Fue creado por un convenio interinstitucional entre la Universidad de la República y el Estado, representado por el Ministerio de Salud Pública. Cuenta con 17 camas de internación divididas en 2 áreas, una de terapia intensiva (6 camas) y otra de terapia intermedia (11 camas). Posee asimismo, un centro quirúrgico propio, centro de materiales y servicios de apoyo, a saber: nutrición, mantenimiento, radiología etc.

El Centro Nacional de Quemados fue inaugurado el 10 de julio de 1995 y ha recibido a la fecha alrededor de 2500 pacientes quemados.

Organismos de Dirección. Está conducido por una comisión directiva integrada por 3 miembros a saber: Un representante del Ministerio de Salud Pública, El Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética y un tercer miembro designado por el Poder Ejecutivo de una terna propuesta por el Consejo de la Facultad de Medicina (cargo hoy vacante). El Centro de Quemados reúne el concepto de Medicina Interdisciplinaria

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

en donde convergen en la atención del paciente quemado grave distintas especialidades capacitadas en el manejo de esta patología, con funciones no solamente de asistencia sino también de docencia, investigación y extensión universitaria con difusión a la comunidad, sin fines de lucro.

Instituciones con las que tiene acuerdos de complementación o venta de servicios. El CENAQUE tiene acuerdos con el Banco de Seguros del Estado, para la asistencia de pacientes grandes quemados en el entorno laboral, y un acuerdo con ASSE para la asistencia de pacientes críticos de contexto polivalente no quemados (acuerdo en curso de aprobación).

Producción potencial ante una posible expansión para absorber más demanda de la red pública o de otros prestadores. De acuerdo a la experiencia adquirida para la asistencia de víctimas quemadas múltiples que en el pasado hemos recibido y a simulacros que el CENAQUE ha realizado nuestro centro puede absorber hasta 7 quemados graves que ingresen en forma simultánea. Esta situación nunca se ha dado en Uruguay teniendo como máximo asistencial 5 pacientes que ingresaron en un lapso de aproximadamente 2 horas.

Sistema de financiamiento. El CENAQUE no recibe ni ha recibido desde su creación de parte de ninguna de las instituciones de quien depende asignación presupuestal. Se financia por la venta de servicios cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos, el Banco de Seguros del Estado y por aportes del Hospital Universitario. El Hospital Universitario ha financiado hasta el momento parte de los insumos importantes para la asistencia (oxígeno, hemoderivados, alimentación, entre otros) y brinda los recursos humanos necesarios para la asistencia integral del paciente quemado (interconsultas con especialidades médicas, quirúrgicas, servicios de diagnóstico y tratamiento especializado, entre otros). La financiación proveniente de la venta de servicios cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos constituye un 96% de sus ingresos y el Banco de Seguros del Estado en un 4%.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

El CENAQUE brinda las siguientes prestaciones contempladas en los criterios de ingresos definidos por el Fondo Nacional de Recursos que incluyen:

- Pacientes con quemaduras moderadas o extensas,
- Injuria de vía aérea,
- Quemaduras eléctricas,
- Escalpes o dermatopatías.

La prestación de perfil interdisciplinario se brinda en todos los campos requeridos hasta el egreso del paciente siendo luego derivado al prestador público o privado correspondiente.

Recibe por año 180 pacientes quemados de acuerdo a los criterios de ingresos mencionados.

PROPUESTA 5. Fortalecer la institucionalidad del CENAQUE con un horizonte de cobertura de la totalidad de la población y un sistema de financiamiento que complemente el pago por prestaciones que actualmente asegura el FNR.

Centro Oftalmológico José Martí

Antecedentes. Desde el año 2007 la intervención por cataratas y la colocación de lentes forma parte del PIAS, al que se obligan todos los prestadores integrantes del SNIS.

El Centro se inauguró en el año 2007 en un acuerdo binacional entre Cuba y Uruguay. El objetivo inicial fue resolver las patologías de Cataratas

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

y Pterigium, pero con la evolución del Centro en la actualidad se ha diversificado la demanda de atención: Retina, Glaucoma, Cornea, Refractiva y oculoplastia.

ASSE ha firmado convenios con distintos prestadores públicos (Sanidad Policial y Sanidad Militar), así como con organizaciones de la sociedad civil, a efectos de facilitar el acceso de los ciudadanos a estas prestaciones en su rol de constituirse en un referente de calidad y accesibilidad en el marco de la estrategia de APS que orienta el SNIS.

El prestador público ha generado una respuesta asistencial de calidad, sin las barreras económicas que por el momento subsisten en el sector privado (órdenes y tickets). Se han realizado hasta el 31 de julio de 2014, más de 50.000 intervenciones quirúrgicas oftalmológicas. La capacidad instalada en el sector público permite abrir nuevas perspectivas a la interna de la interrelación entre los prestadores del SNIS.

Los acuerdos con el BPS han sido de gran valor para extender la accesibilidad a estos servicios a un conjunto de ciudadanos vinculados a diferentes organizaciones de jubilados y pensionistas, en todo el territorio nacional, generando una alta satisfacción de estos usuarios del SNIS, que a través del prestador público ven resueltos problemas arrastrados durante años o décadas. Ello ha contribuido a generar una masa crítica en la ciudadanía que valora y defiende el Centro Oftalmológico de ASSE como un servicio de referencia nacional, en la medida que por su intermedio se aseguró el pleno ejercicio de derechos en este campo específico de la salud.

Misión. Es un Centro de referencia nacional que contribuye a la asistencia integral de los usuarios, brindado cada vez más mayor cobertura asistencial de 2do y 3er nivel, apuntando a la calidad y accesibilidad.

Visión. Constituir el Centro de excelencia oftalmológica, en todas las patologías médico-quirúrgicas y estudios de última generación, apuntando así a la universalidad de la asistencia.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

¿Qué ofrece a la RED PUBLICA?

El Centro Oftalmológico brinda prestaciones de diferente nivel de complejidad:

- Primer Nivel: Primera consulta oftalmológica, refracción, atención pediátrica, en coordinación con la de servicios de Montevideo e Interior.
- Segundo Nivel con todas las subespecialidades oftalmológicas: Glaucoma, Retina, Laser Retina, Cornea, Cirugía refractiva, Oculoplastia, Estudios diagnósticos: Campo visual computarizado. Curva diaria de presión ocular. Angiografía. Paquimetría. Refracción sin y con cicloplegia. Ecografía modo A y B. Topografía corneal. OCT (Tomógrafo de coherencia óptica)..
- Tercer Nivel. Facoemulsificador, inyección de Antiantiogénico, Vitrectomía

	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	TOTAL
USUARIOS ASSE	4761	6047	5254	3565	3035	3407	26069
CONVENIO BPS	1025	3010	2577	1667	1333	1608	11220
CONVENIO POLICIAL	0	126	137	115	70	87	535
CONVENIO UCOT	0	24	20	4	8	5	61
CONVENIO PIT-CNT	0	15	380	187	188	52	822
CONVENIO MILITAR	0	6	189	288	233	284	1000
CONVENIO ANCAP	0	0	3	0	0	0	3
CONVENIO AEBU	0	0	39	27	39	74	179
TOTAL	5786	9228	8599	5853	4906	5517	39889

¿Qué requiere de la RIEPS y del SNIS?

El Centro Oftalmológico necesita que se le aseguren determinados servicios:

- Vitrectomías.
- Cobertura de lentes.
- Servicios de apoyo diagnóstico en imagenología y laboratorio para el Centro Hospitalario del Norte Saint Bois.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

El personal está integrado a una dinámica de formación continua, configurando el Centro Oftalmológico un polo de desarrollo en la **formación de RHS**.

Observando las tendencias en lo que refiere a la proporción de intervenciones quirúrgicas realizadas por especialistas uruguayos y cubanos, se constata un progresivo aumento de las operaciones realizadas por profesionales uruguayos, lo que pone de manifiesto un auténtico proceso de transición y transferencia de destrezas y responsabilidades en la atención a la población.

Distribución de las operaciones realizadas por año según nacionalidad de los profesionales. 2008 – 2013

<i>Profesionales</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
<i>Cubanos</i>	5530	8788	7803	5006	3611	3738
<i>Uruguayos</i>	256	440	796	847	1296	1779

Es destacable el desarrollo de los oftalmólogos uruguayos y del Centro Oftalmológico como campo de práctica para aumentar la dotación de estos especialistas en el país, al servicio de la Red Pública de Salud y del SNIS en su conjunto. Transitan por el Hospital de Ojos **10 residentes de Oftalmología** por año (4 **R1**, 3 **R2** y 3 **R3** promedialmente). Actualmente trabajan en el Centro **16 oftalmólogos recibidos**, 13 de los cuales se han dedicado a la actividad quirúrgica en el año 2013. Realizan docencia 6 profesionales que han sido Profesores Adjuntos o Asistentes en la Cátedra de Oftalmología de la Universidad de la República.

PROPUESTA 6. Optimizar el uso del Hospital de Ojos como capacidad instalada en el sector público para abrir nuevas perspectivas de complementación con otros prestadores del SNIS, enfatizando la capacitación de RHS y la articulación de los servicios de urgencia y emergencia.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Centro Uruguayo de Imagenología Molecular CUDIM

CUDIM es una empresa pública no estatal, creada por ley 18.172 el 31 de agosto de 2007.

Sus objetivos son:

- Diagnóstico clínico en oncología, neurología y cardiología.
- Capacitación a docentes, profesionales y técnicos.
- Investigación clínica y biomédica con técnica ciclotrón-PET.
- Evaluación de nuevas drogas en investigación y desarrollo.

Gobierno. Está dirigido por un Consejo Honorario de administración y coordinación académica, CHACA, presidido por el Director General.

El Centro está gestionado por una Dirección Ejecutiva presidida por el Director General.

Todos los miembros de la Dirección Ejecutiva actual provienen del grupo fundacional del centro.

El Centro cuenta con equipamiento específico para la producción de isótopos emisores de positrones: un ciclotrón de 16,5 MeV y laboratorios de síntesis con celdas calientes en área blanca. Los estudios se hacen en cámaras PET / CT. Una es de 16 cortes y la otra de 64 cortes reales.

Producción. CUDIM ha realizado 5.416 estudios en 3 años (hasta junio 2013). El 75 % de los pacientes examinados provienen del sector privado.

Casi el 80 % de los estudios se concentran en personas de Montevideo, Canelones, Maldonado y San José.

CUDIM trabaja por ahora en un solo turno. En el mes de junio de 2013 se hicieron 271 exámenes. La lista de coordinaciones se satisface dentro de los diez días de solicitado el estudio.

Financiamiento. Los principales ingresos provienen de las siguientes fuentes: Subsidio de Rentas Generales, Convenio con FNR, Pagos de pacientes del Exterior

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Los principales egresos están constituidos por pago de cuotas del préstamo del BROU, amortizaciones, pago a Proveedores (energía y reactivos), Salarios.

Existe un convenio entre CUDIM y el FNR por el cual este organismo financia una parte de los estudios, que ha sido de capital importancia para la implantación y desarrollo de los diagnósticos PET / CT en Uruguay. Garantiza la cobertura gratuita a todos los habitantes del país.

Imagenología molecular. Tomografía por emisión de positrones. Es un método de obtención de imágenes tomográficas de la distribución tridimensional en el organismo, de radiofármacos marcados con radionúclidos emisores de positrones, mostrando procesos bioquímicos in vivo.

Funciones biológicas que se pueden visualizar: metabolismo de la glucosa, el transporte de aa, flujo sanguíneo, densidad y ocupación de neuro receptores.

En la fisiopatología de todas las enfermedades las alteraciones metabólicas son más precoces que los cambios anatómicos.

Se utilizan más frecuentemente emisores de positrones llamados orgánicos como C11, N13, O15, F18. Los átomos de C, N y O existen en las biomoléculas por lo cual son los ideales para conseguir compuestos marcados idénticos a los naturales. El F18 se incorpora a la célula por su analogía con el sustrato natural.

Las indicaciones generales en oncología son:

- Diagnóstico diferencial entre tumores malignos y benignos.
- Diagnóstico de primitivo oculto.
- Definir estadio al diagnóstico y en la recidiva.
- Diagnosticar enfermedad recurrente o residual.
- Diagnóstico de Metástasis cuando hay elevación de marcadores tumorales.
- Evaluar la respuesta al tratamiento oncoespecífico.
- Planificación de la radioterapia.
- Ubicación de lugar de Punción para biopsia.

El impacto del PET en la conducta planeada frente a pacientes oncológicos

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

se expresa en que el porcentaje de cambio de conducta luego de realizado el estudio es de 35.1 % hasta el 48.7 % dependiendo del tipo de Cáncer.

Interesa resaltar:

- Importancia de los criterios de indicación, para lograr una mayor eficiencia del procedimiento con menor incidencia de costo bruto.
- Extensión de la cobertura, destacar el impacto social logrado en Uruguay, por aplicación del PET a pacientes con Cáncer de todos los niveles económicos.
- Disminución de costos asistenciales – motivo de la inclusión del PET en los protocolos de estudio a nivel mundial (Difícil de cuantificar, pero absolutamente real).

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

El CUDIM brinda prestaciones en imagenología de diferente nivel de complejidad:

- PET. Financiada por el FNR. Se podría aumentar su índice de uso por los prestadores públicos
- Tomografías de coordinación.
- Resonancias magnéticas.

¿Qué requiere de la RIEPS?

Implementar convenios de complementación con los prestadores de la RIEPS a efectos de optimizar el uso de su capacidad instalada en imagenología.

PROPUESTA 7. Optimizar el uso de la capacidad instalada del CUDIM en imagenología mediante convenios de complementación con otros prestadores de la RIEPS.

Centro Nacional de Rehabilitación para adultos del BSE

Marco Institucional. La Central de Servicios Médicos (CSM) es el centro de atención médica BSE, cuya función es la cobertura asistencial e indemnizatoria de la patología que se produce en el trabajo o como consecuencia del mismo. Funciona a modo de un sub-sistema en paralelo al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), normatizado por la Ley 16.074, vigente desde el 10.10.89, que regula las relaciones trabajador-empleador-Estado.

La Ley le asigna al BSE la administración monopólica del Seguro mercantil de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Es prestado en régimen de monopolio de forma de proteger la aplicación de un criterio social en un seguro mercantil. Constituye un seguro obligatorio, automático y de orden público. Si un trabajador no está asegurado, ante la eventualidad de un siniestro, mantiene todos los derechos, no admitiéndose contratos, acuerdos o renunciaciones que liberen al empleador de sus obligaciones.

Organismos de dirección. La CSM es una de las doce divisiones del BSE, siendo gestionada por un Director de División que depende de la Gerencia General del Banco. El BSE es gestionado por el Gerente General que reporta al Directorio de la Institución que es el organismo político. En anexos se adjunta Organigrama de CSM.

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA? Un Centro Nacional de Rehabilitación que funcione en el marco de la CSM puede dar cobertura a la población de la Red Pública, e incluso del sector privado, en todos los casos:

- *Lesiones medulares*
- *Amputaciones. Incluyendo reimplantes.*
- *Poli traumatismos con daño cerebral.*

Prestaciones que hoy se brindan. La CSM es un servicio de atención médica de tercer nivel, especializado en la asistencia interdisciplinaria de los trabajadores afectados por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Comprende:

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

- Atención médica especializada, odontológica, farmacéutica
- Suministro de vitalicio de prótesis y órtesis.
- Transporte para la asistencia.
- Actividad asistencial ambulatoria: Policlínicas de Primer Nivel de Atención, Servicio de Fisioterapia Ambulatoria, Policlínicas Especializadas.

Producción actual. Se hospitalizan 2.800 pacientes al año.

- 2.000 intervenciones quirúrgicas anuales (cirugía ósea 60%, Cirugía Reparadora 31 %, Cirugía General y otras especialidades quirúrgicas 9%). De ellas 30% son urgencias.
- Ingresan a Block 400 bloqueos anuales para terapia del dolor.
- Se derivan a centros de medicina crítica (CTI, CENAQUE) el 2 por 1.000 de los 54.000 siniestrados anuales, siendo tratados en dichos centros por especialistas de la CSM que se encuentran en régimen de guardia retén.
- En consulta externa se asisten a diario más de 1.000 pacientes ambulatorios; unos 235.000 pacientes anualmente.
- Reciben tratamientos de fisioterapia 500 pacientes diariamente.
- El Servicio de Urgencia realiza 60 consultas diarias, unas 22.000 anuales

¿Qué requiere de la RIEPS?

La CSM necesita que se le aseguren determinados servicios:

- Resonancia magnética.
- Camas de CTI
- Estudios específicos de laboratorio. Ej. Plombemia.
- Cobertura de la atención a la siniestralidad laboral en el interior del país.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Producción potencial para una posible expansión. Asumiendo la imprescindible construcción de una nueva planta física y poniendo a disposición la amplia experiencia institucional y de sus profesionales en rehabilitación, es objetivo del BSE convertirse en el Centro Nacional de Rehabilitación para adultos en Uruguay, ofertando expandir el servicio a toda la Organización Sanitaria Nacional.

Sistema de financiamiento. Los recursos financieros de la CSM provienen de fondos de las primas del seguro comercial que las empresas contratan en el BSE para financiar la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de sus dependientes.

PROPUESTA 8. Consolidar el Centro Nacional de Rehabilitación para adultos del BSE, como Centro de Referencia nacional, expandiendo el servicio a toda la RIEPS y el SNIS poniendo a disposición la amplia experiencia institucional y de sus profesionales en rehabilitación, y definiendo un sistema de financiamiento específico.

Centro Cardiovascular Universitario del Hospital de Clínicas

Misión: El Centro Cardiovascular Universitario (CCVU) es una organización integrada por las *Cátedras de Cardiología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vascular y la Unidad de Ataque Cerebro Vascular* que tiene como hecho distintivo la **capacidad de gestión en forma desconcentrada** de la dirección del Hospital de Clínicas. Su misión es realizar: **Docencia** (formación de recursos humanos) en el área CV a nivel de grado, postgrado y subespecialidades. **Investigación** de primer nivel en la esfera CV. Asistencia con niveles de excelencia de pacientes con patología CV. **Promoción y prevención** en salud CV. La Gestión desconcentrada puede permitir la generación de recursos a ser utilizados para promover un mayor involucramiento del personal docente y no docente, para mantener su planta física y para invertir en tecnología e investigación. Comenzó su actividad en julio de 2011.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Visión: Establecer al CCVU como referente nacional en prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología cardiovascular, marcando el nivel de calidad de los procedimientos financiados por el FNR y otros en el área cardiovascular. Colaborar con las autoridades nacionales en la evaluación e incorporación de nuevos tratamientos y tecnologías a utilizar en la asistencia de enfermedades cardiovasculares. Generar recursos genuinos a través de procedimientos financiados por el FNR y otros que serán gestionados con eficiencia para lograr el crecimiento y el mantenimiento de la planta física, la actualización tecnológica y la mejora en las remuneraciones del personal.

Puede ser modelo para otros emprendimientos similares en el Hospital de Clínicas.

Organismos de Dirección. El CCVU está dirigido por la Dirección Médica y Dirección Administrativa con asesoramiento de la Comisión Consultiva integrada por los Profesores de las 4 Cátedras integrantes.

Se desarrolla en una Planta física remodelada en el 2º piso del Hospital de Clínicas, ala oeste continuando con la ex DUS. Consta de: Área Ambulatoria, Área Docente, Área de Internación y Área de Intervencionismo Cardiovascular.

Unidades asistenciales que integra:

1. Dependientes de la *Cátedra de Cardiología*

- Unidad de Imagen CV: se realizan ecocardiogramas en todas sus variantes (transtorácico, transesofágico, de stress), Cardiorresonancias y Tomografías cardíacas multicorte (en conjunto con Cátedra de Radiología).
- Unidad de Ergometría y Medicina Nuclear y Rehabilitación CV: se realiza ergometrías, centellogramas cardíacos de stress y rehabilitación cardiovascular de pacientes con enfermedad coronaria entre otros.
- Unidad de Hemodinamia: se realizan estudios hemodinámicos, cateterismos cardíacos, angioplastias, cierre de defectos intracardíacos.
- Unidad de Electrofisiología: se realizan estudios electrofisiológicos y

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

ablaciones por radiofrecuencia de arritmias habituales y complejas, implante de marcapasos, resincronizadores y cardiodesfibriladores.

- Unidad de Prevención Cardiovascular (en conjunto con el Dpto. Clínico de Medicina): se realiza control y prevención secundaria a pacientes tratados con angioplastia y con cirugía de revascularización.
- Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (en conjunto con el Dpto. Clínico de Medicina): se realiza seguimiento de pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción sistólica.

2. Dependiente de la *Cátedra de Cirugía Cardíaca*

- Unidad de Cirugía Cardíaca: se realizan las cirugías cardíacas habituales, cirugía de revascularización coronaria y cirugía de patologías valvulares, entre otras.

3. Dependiente de la *Cátedra de Cirugía Vascolar*

- Unidad de Cirugía Vascolar Endovascular: se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos endovasculares: arteriografías, angioplastias periféricas, implante de endoprótesis aórticas entre otros.
- Unidad de Cirugía Vascolar: se realizan las cirugías vasculares habituales como by pass de arterias de miembros inferiores, de aorta abdominal y confección de fístulas arteriovenosas entre otras.

4. Dependiente de la *Cátedra de Neurología*

- Unidad de Ataque Cerebrovascular: se realiza la selección de casos y el tratamiento con trombolíticos del ACV en su etapa hiperaguda y se asiste a los pacientes con ACV en las primeras 48 horas.

5. Dependiente de la *Cátedra de Imagenología/Radiología*

- Unidad de Neuro Intervencionismo Endovascular: se realizan procedimientos diagnósticos de patologías vasculares cerebrales y se está desarrollando el neurointervencionismo terapéutico.

6. Áreas comunes

- Unidad de consulta ambulatoria: se realizan las policlínicas de cardiología, control de marcapasos y cardiodesfibriladores, cirugía cardíaca, cirugía vascular, curaciones y de anticoagulación.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

- Unidad de Internación: se realiza la internación de los pacientes asistidos en sala general y en Unida de Cuidados cardiológicos.
- Área de Intervencionismo Cardiovascular: consta de 2 salas equipadas con angiógrafo de última generación. Una de ellas tiene un angiógrafo con tecnología “Flat Panel” único en nuestro país. La otra se trata de una sala híbrida donde se pueden hacer procedimientos combinados percutáneos y quirúrgicos. Además están equipadas con todo lo necesario para estudios endovasculares (bomba de contraste, eco intracoronario), procedimientos electrofisiológicos (polígrafo multicanal, emisor de radiofrecuencia, estimulador)

Todas las áreas tienen capacidad de expandir significativamente la producción actual, realizar acuerdos y convenios con ASSE y otros integrantes de la RIEPS.

Sistema de Financiamiento: El CCVU se financia por **presupuesto** proveniente del Hospital de Clínicas y **extrapresupuesto** a partir de la generación de recursos generados (desde FNR y desde ASSE y otros). Se avizora en el futuro un relacionamiento financiero diferente con ASSE, el FNR y/o participación directa del Ministerio de Economía.

Existen un acuerdo en funcionamiento con ASSE -105 para asistencia del Síndrome Coronario Agudo y están por concretarse: asistencia del paciente con **bradicardia**, asistencia del **ataque cerebrovascular para tratamiento con trombolíticos** y realización de **estudios electrofisiológicos y ablaciones de arritmias cardíacas**.

El plan de desarrollo y crecimiento tienen como finalidad última poder realizar las funciones esenciales e indelegables universitarias: formar recursos humanos, investigar, asistir, promover salud, generando los recursos propios para estas actividades.

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA? El CCVU dispone de:

- Unidad de Imagen CV
- Unidad de Ergometría y Medicina Nuclear y Rehabilitación CV
- Unidad de Hemodinamia
- Unidad de Electrofisiología
- Unidad de Prevención Cardiovascular
- Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca
- Unidad de Cirugía Cardíaca
- Unidad de Cirugía Vascular Endovascular
- Unidad de Cirugía Vascular
- Unidad de Ataque Cerebrovascular
- Unidad de Neuro Intervencionismo Endovascular
- Unidad de consulta ambulatoria
- Unidad de Internación
- Área de Intervencionismo Cardiovascular

PROPUESTA 9. Establecer al CCVU como referente nacional en prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología cardiovascular, con un horizonte de cobertura de la totalidad de la población de la RIEPS (ASSE, Policial, Militar,) y que colabore con las autoridades nacionales en la evaluación e incorporación de nuevos tratamientos y tecnologías a utilizar en la asistencia de enfermedades cardiovasculares.

Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas

El Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas es el único servicio estatal de esta especialidad del país, en donde se forman los recursos

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

humanos de esta área. Realiza más de 3500 procedimientos diagnósticos anuales y cerca de 100 procedimientos terapéuticos al año empleando fuentes radiactivas abiertas. Algunos de estos procedimientos (tanto diagnósticos como terapéuticos) se hacen exclusivamente en el Hospital de Clínicas. Asimismo, realiza procedimientos de cirugía radioguiada y orientada por imágenes ópticas que fueron desarrollados en este servicio universitario.

El Centro cuenta con dos equipos SPECT y actualmente se están instalando dos nuevos equipos: un SPECT de doble cabezal de última generación y un SPECT/CT con CT multicorte diagnóstico (único en nuestro medio). De esta forma, la oferta de estudios tiene el potencial de ser duplicada durante el segundo semestre de 2014. Esta inversión costó al país cerca del millón de dólares (equipamiento y acondicionamiento de planta física) con el apoyo del Organismo Internacional de Energía Atómica en el área de formación de personal (técnico y médico).

Aproximadamente el 50% de la demanda anual actual corresponde a pacientes derivados de ASSE (40%) y del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Hospital Policial (10%). Como ya mencionamos, esta oferta puede ser sensiblemente ampliada.

Es el único Servicio de Medicina Nuclear en la Red Pública de Salud. Puede constituirse en un servicio de referencia nacional, mediante acuerdos de complementación con los prestadores con población a cargo.

PROPUESTA 10. Consolidar el Centro de Medicina Nuclear como servicio estratégico en la Red Pública de Salud y como servicio de referencia nacional, mediante acuerdos de complementación con los prestadores con población a cargo.

PROPUESTA 11. Impulsar la generación de un Polo de desarrollo en Imagenología que integre por complementación los recursos del Hospital de Clínicas, el CUDIM y el Hospital Militar, con particular atención en la gestión, dotación y distribución de los recursos humanos específicos.

Centro de Terapia Intensiva Pediátrico Polivalente del Hospital Policial

El C.T.I. Pediátrico polivalente del Hospital Policial “Dr Franklin de los Santos” tiene una disponibilidad total de **18 camas**. Cuenta con 7 camas de Neonatología y 6 camas de pediatría de cuidados críticos, así como 5 camas de Cuidados intermedios.

Respecto al equipamiento se dispone con 6 Incubadoras, 3 termocunas, 1 incubadora de traslado, 6 camas para uso de lactantes y 5 camas para uso de niños mayores. Cuenta con un conjunto suficiente de Respiradores: 4 Neumovent, 2 Puritan Benet, 4 Shecrist Milenium, 1 Respirador de SLE 5000 (alta frecuencia), Stellar (V.N.I.), 1 Equipo de C.PAP Neonatal, 3 O.A.F. con posibilidad de otros 4 con Shecrist. Dispone de desfibrilador y electrocardiografo.

Todas las unidades están equipadas con monitoreo invasivo y no invasivo.

Están en trámite de adquisición 4 respiradores Nemovent, un Ecoógrafo Portátil y Equipo de Óxido Nítrico.

Este Centro ya brinda servicios a ASSE mediados por un convenio con acuerdo de precios y al BPS con el que se está en proceso de formalización de acuerdos.

PROPUESTA 12. Profundizar los convenios de complementación con otros prestadores de la RIEPS para optimizar el uso del Centro de Terapia Intensiva Pediátrico Polivalente al servicio de la Red Pública.

Centro Quirúrgico del Hospital Policial

El Hospital Policial cuenta con un Centro Quirúrgico de última generación que significó un inversión de 2,5 millones de dólares. Comprende 6 Blocks quirúrgicos con 11 camas de recuperación post anestésica, una sala de parto con su respectivo centro de materiales y una sala de postparto con 3

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

camas, con los recursos necesarios para el cuidado y seguridad del recién nacido y la madre.

En las distintas fases de desarrollo del proyecto se ha absorbido la totalidad de la demanda interna del Hospital Policial, y ya se han concretado coordinaciones para dar respuesta a requerimientos del Hospital Maciel y de los centros de atención del BPS.

Entre el equipamiento que dispone se destaca el **microscopio Pentero 900** que habilita un gran potencial de desarrollo en neurocirugía, para lo cual se han iniciado líneas de acuerdo con el Hospital de Clínicas y el Hospital Maciel.

La proyección del Centro Quirúrgico excede a las necesidades de la población bajo cobertura de Sanidad Policial, apuntando a los requerimientos que surjan otros prestadores que integran la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) y el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Centro Quirúrgico articula además con el desarrollo del **CTI de adultos** del Hospital Policial, con una capacidad pasible de absorber los requerimientos propios y habilitar acuerdos de complementación. Es estratégica la ubicación del Hospital Policial en proximidad al Hospital Libertad de ASSE, destinado a traumatología, y al nuevo local de la Central de Servicios Médicos del BSE.

La infraestructura de carácter estratégico se completa con un **helipuerto** que ya opera con máxima seguridad y habilita el transporte aéreo sanitario, coordinado con diversas instituciones.

Centro Quirúrgico del Hospital Maciel

El Centro Quirúrgico cuenta con 8 salas de cirugía de casi 40mts² cada una, dos de ellas para urgencia y emergencia y las restantes asignadas por especialidades. Dispone de un nuevo centro de materiales. Se complementa con una sala de cirugía de trauma y una unidad de estabilización para pacientes de CTI con 5 camas anexas al Servicio de Emergencia.

PROPUESTA 13. Generar los acuerdos de complementación a efectos de que los Centros Quirúrgicos del Hospital Policial y del Hospital Maciel optimicen el uso de su capacidad instalada, y estén al servicio de los requerimientos de la Red Pública. Generar un análisis conjunto de los blocks quirúrgicos de la Red en zona metropolitana, y reformular su uso.

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Maciel

El Hospital Maciel de ASSE es el mayor centro quirúrgico del país con 12 Servicios de Cirugía, que operan 3700 pacientes/año. La máxima complejidad se concentra en las áreas de neurocirugía, cirugía vascular y cirugía de tórax.

El Instituto del Tórax con sede en el Hospital Maciel es el único centro especializado en patología torácica que existe en nuestro país, donde se operan 400 a 500 pacientes al año. Es el único centro de referencia nacional en Cirugía de Tórax y el único lugar acreditado en la formación de recursos humanos contando en la actualidad con residentes en la especialidad.

En el Hospital Maciel se han articulado la Cátedra de Neumología, el Servicio de Cirugía de Tórax, el Servicio de Endoscopia Respiratoria, el Servicio de Función Respiratoria, un Equipo de Anestesiistas capacitados en el área respiratoria y el Laboratorio de Anatomía Patológica. Integran personal dependiente de la Facultad de Medicina y de ASSE

Además, en apoyo a estos servicios clínicos, el Hospital Maciel cuenta con un Servicio de Imagenología altamente cualificado en su personal y nivel tecnológico, un Laboratorio Clínico y de Bacteriología adecuado y solvente en la mayoría de los análisis pertinentes.

Son referidos al Servicio de Cirugía de Tórax la mayoría de los pacientes con patologías torácicas complejas provenientes de otros Hospitales de ASSE del área metropolitana y del Interior.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

El Servicio de Cirugía Torácica brinda las siguientes prestaciones según la patología y el status del paciente:

- Cánceres de Pulmón que requieran cirugías complejas y de riesgo
- Tumores avanzados de mediastino
- Cirugía del enfisema
- Patología compleja pared torácica
- Patología laringotraqueal compleja
- Endoscopia intervencionista

¿Qué requiere de la RIEPS?

Mecanismos de complementación para asegurar la accesibilidad a este servicio de pacientes con cobertura de otros prestadores públicos como Sanidad Policial y Sanidad Militar.

PROPUESTA 14. Consolidar el Centro de Cirugía Torácica del Hospital Maciel como servicio estratégico en la Red Pública de Salud y como servicio de referencia nacional, mediante acuerdos de complementación con los prestadores públicos con población a cargo.

Banco de Tumores.

ASSE INCA – Hospital Militar.

Son dos instituciones con muchas fortalezas y su articulación podría generar un gran potencial de conocimientos al servicio de la Red Pública y todo el SNIS.

PROPUESTA 15. Generar los acuerdos en orden a la articulación de los Bancos de Tumores a efectos de su potenciación al servicio de la Red Pública de Salud y el SNIS

Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital Militar

El Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas es el único Centro Hiperbárico ubicado en ambiente hospitalario en Uruguay. Cuenta con un Cámara Hiperbárica Multiplaza la cual tiene capacidad de realizar tratamiento Hiperbárico hasta 8 pacientes por sesión. Dichas sesiones se realizan a diario en el horario de la mañana, realizándose 2 sesiones diarias, pudiendo además realizarse sesiones de Urgencia en el caso que sea necesario ya que cuenta con personal de retén.

El Centro brinda asistencia a todo paciente que lo necesite, en forma gratuita a los usuarios de la D.N.S.FF.AA. y a través de venta de servicios a usuarios particulares, de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Privada o demás prestadores públicos.

El oxígeno Hiperbárico consiste en la respiración de oxígeno puro en recintos en los cuales la presión ambiente supera a la presión atmosférica a nivel del mar, elevando la concentración de oxígeno disuelto en el plasma a valores muy superiores a lo habitual.

Las Indicaciones de aplicación del Oxígeno Hiperbárico son:

1. Preferentes: Embolismo Gaseoso, Enfermedad por descompresión, Síndrome de Hipertensión intratorácica, Intoxicación por Monóxido de Carbono y Gangrena Gaseosa.
2. Complementarias: Infecciones necrosantes de partes blandas no Clostridiales, Traumatismo agudo de partes blandas, Síndrome de aplastamiento y Síndromes compartimentales, Osteomielitis crónicas refractarias, Retardo en cicatrización de lesiones, Lesiones Radioinducidas de hueso y partes blandas, Oclusión de Arteria Central de la Retina, Injertos y colgajos de piel desvitalizados y Quemaduras térmicas.
3. En etapa de investigación: Medicina del Deporte, Lesiones Neurológicas varias como parálisis cerebral y trauma raquimedular, loxocelismo, etc.

PROPUESTA 16. Generar un proceso a acuerdos interinstitucionales entre el Hospital Militar y los demás prestadores estatales para facilitar el acceso de todos los usuarios del sector público al Servicio de Medicina Hiperbárica.

Planta de procesamiento de residuos hospitalarios del Hospital Militar.

En el Hospital Militar funciona una planta de procesamiento de residuos hospitalarios que es única en la Red Pública. Tiene capacidad para absorber los requerimientos del Hospital Militar y podría tener cierta capacidad para procesar un volumen reducido de residuos provenientes de otras instituciones.

Una limitante relevante al respecto está vinculada a las exigencias de DINAMA e Intendencia de Montevideo para el traslado de estos residuos entre diferentes puntos de la ciudad.

La Planta de procesamiento del Hospital Militar tiene un gran valor como experiencia a replicar en otros hospitales públicos.

En lo que respecta a las limitantes del traslado hay una línea de trabajo de acuerdos entre Sanidad Militar y la División Salud de la Intendencia de Montevideo, para el traslado y procesamiento de los residuos generados en las Policlínicas del SAS – IM, que permitirá explorar este campo y generar experiencia también replicable.

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA? La experiencia de la Planta de procesamiento de residuos hospitalarios puede ser transferida a otras instituciones en lo referente a:

- Diseño
- Requerimiento de los pliegos de licitación
- Aspectos logísticos de funcionamiento
- Experiencia piloto de acuerdo interinstitucional con la IM

PROPUESTA 17. Replicar en otros hospitales públicos, especialmente en los que están proyectados o en construcción, una Planta de procesamiento de residuos hospitalarios, previendo que su funcionamiento satisfaga los requerimientos de otras unidades asistenciales.

Laboratorio Conjunto de Colpocitología Oncológica

El Laboratorio Conjunto de Colpocitología Oncológica (PAP) en una opción de complementación de máxima profundidad. Se han integrado en una única unidad funcional en la planta física del CMI N° 6 del BPS, profesionales médicos, técnicos y administrativos, y equipamiento de la RAP Metropolitana de ASSE, el SAS de la Intendencia de Montevideo y el BPS, con el apoyo en aspectos de infraestructura y logística de Sanidad Militar, Sanidad Policial y la CHLCC.

Objetivo: Mejorar la accesibilidad al test de Papanicolaou y el seguimiento de los PAP patológicos con colposcopia y biopsia, de las usuarias de ASSE, Policlínicas de la Intendencia de Montevideo, Centros del BPS y Sanidad Militar.

El Laboratorio Conjunto está bajo la supervisión de una Dirección Técnica que será ejercida por ASSE y una Subdirección ejercida por la I de M, y tendrá un Comité de Seguimiento y Gestión integrado por ASSE, I de M y BPS. Contribuirá a mejorar la efectividad del PIPCCU, optimizando recursos y enfatizando el control de calidad. Se ha elaborado un manual unificado de procedimientos para asegurar la homogeneidad y calidad en todas las etapas del procesamiento de muestras, desde la entrada al laboratorio hasta la elaboración del informe final. Este Manual de procedimiento está en etapa de auditoria en vías a la acreditación del mismo.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

El Laboratorio Conjunto de Colpocitología Oncológica de la RIEPS

Permite y asegura el cumplimiento de todos los controles de calidad exigidos por las Normas del MSP y detalladas en el Manual de Procedimiento de Laboratorios de Citología Ginecológica del PPCCU, que consisten en una segunda lectura de todas las muestras patológicas, rescreeing de por lo menos 12% de las que resultaron negativas y el 100% de los PAP insatisfactorios.

Cuenta con personal estimulado e interesado, trabajando en la captación precoz de los casos positivos y el inicio oportuno del tratamiento.

Permite un rápido acceso a la colposcopia en los casos de PAP patológico.

¿Qué requiere de la RIEPS?

Asignación de recursos humanos capacitados (médicos citólogos, técnicos y administrativos) de otros prestadores públicos, para ampliar su capacidad de recepción de muestras de pacientes provenientes de Sanidad Policial y Sanidad Militar.

PROPUESTA 18. Fortalecer el Laboratorio Conjunto mediante la asignación de recursos humanos capacitados (médicos anatomopatólogos, técnicos y administrativos) de otros prestadores públicos, para ampliar su capacidad de recepción de muestras de pacientes provenientes de ASSE, Sanidad Policial y Sanidad Militar, y profundizar su articulación con los servicios de colposcopia instalados en el CMI N° 6.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Laboratorio Dorrego y Laboratorio Farmacéutico de la D.N.S.FF.AA

El convenio firmado en 2012 entre ASSE y la Dirección Nacional de las FFAA, ha fortalecido el vínculo entre el Laboratorio Dorrego y Laboratorio Farmacéutico de la D.N.S.FF.AA, y ha generado intercambios que beneficiaron a ambas instituciones, que se ejemplifican en el siguiente detalle:

Hasta noviembre de 2013 Sanidad Militar había facilitado a Dorrego:

- Entrega de 1652 litros de agua destilada, 5 kg de salicilato de metilo y 7 kg de talco.
- Realización de 106 análisis de control de calidad de materias primas y productos terminados.
- Fabricación, acondicionamiento y control de calidad de 6.319 unidades de Homatropina gotas y 4 lotes de 40.000 comprimidos de Ftalilsulfatiazol.

Asimismo Dorrego había facilitado a Sanidad Militar:

- Entrega de: 35 kg de Dipirona, 200 L de Glicerina, 4 kg de Metilparabeno, 1 kg de Diazepan.
- Fabricación de 180.000 comprimidos de Enalapril (2 meses de abastecimiento de la D.N.S.FF.AA.) y 156.000 comprimidos de Alprazolam (3 meses de abastecimiento)

La potenciación del vínculo entre ambos laboratorios ha cobrado un significado relevante en el actual contexto regional, desde que en octubre de 2012 el Consejo de Defensa de la UNASUR asumió la necesidad de generar un programa de producción pública de medicamentos en el ámbito del bloque regional, en base la perspectiva de que la fabricación de medicamentos debía comenzar a ser abordada por los países del continente como un problema de defensa nacional.

Los medicamentos de alto costo son importados e incluso los de fabricación nacional se hacen con materias primas importadas. Ello ha determinado la formación de un grupo de trabajo (Argentina, Brasil, Uruguay) con el objetivo de diseñar un programa para potenciar la producción regional de medicamentos desde las materias primas y los reactivos, generando una red

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

entre los países en la que haya un intercambio de medicamentos producidos regionalmente, y homogeneizar las condiciones reglamentarias de todos los países.

PROPUESTA 19. Potenciar la producción conjunta de medicamentos y materias primas entre ASSE y Sanidad Militar, con un horizonte de satisfacción de la demanda que incluya otros prestadores públicos.

Servicios de Radioterapia Oncológica.

Se requiere un Acelerador Lineal (A.L.) cada 500 casos nuevos de patología oncológica. En Uruguay hay 14.700 casos/año, de los cuales aproximadamente 5.000 ocurren en sector público. El 60% requiere radioterapia o sea 3.000 personas. Ello exigiría 6 Aceleradores Lineales. La Red Pública de Salud cuenta con 5 A.L. (Gráfica 3)

Tres instituciones concentran los A.L públicos de Montevideo: ASSE (INCA y CHPR) y Hospital de Clínicas, que podrían articularse como un complejo de radioterapia oncológica y constituirse en un Servicio Estratégico de la RIEPS. Desde este conjunto de servicios se atienden tres poblaciones con cobertura del sector público: usuarios de ASSE, Sanidad Policial y Sanidad Militar.

PROPUESTA 20. Fortalecer los acuerdos y la complementación entre los servicios de radioterapia oncológica a efectos de optimizar su uso para satisfacer la demanda de los prestadores públicos.

Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas

El Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas es actualmente el único Centro Nefrológico del país que desarrolla todas las modalidades de sustitución de la función renal además de un completo desarrollo del diagnóstico y

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

el tratamiento en todas las etapas de la enfermedad renal para pacientes adultos.

Nefrología General, diagnóstico, seguimiento y tratamiento

1. Policlínica de Nefrología general con orientación al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de glomerulopatías respaldada por un Round semanal del Programa de Prevención y tratamiento de glomerulopatías.
2. Diagnóstico histopatológico en glomerulopatías en conjunto con Departamento de Anatomía Patológica. Único servicio que cuenta con Microscopía electrónica para su diagnóstico.
3. **Tratamiento inmunomodulador de glomerulopatías** en acuerdo con Fondo Nacional de Recursos.
4. **Tratamiento con plasmaféresis** en conjunto con Departamento de Hemoterapia para aquellos pacientes que la requieren en el marco del tratamiento de glomerulopatías (Vasculitis , Síndrome Urémico Hemolítico etc.) y en pacientes con trasplante renal
5. Policlínica de nefrolitiasis en conjunto con la Cátedra de Urología.
6. Evaluación de nefropatías tubulares y de compromiso tubular en otras nefropatías en conjunto con Departamento de Laboratorio Clínico.
7. Policlínica de Hipertensión arterial resistente, Monitoreo ambulatorio de presión arterial para diagnóstico y control de tratamiento.

Unidad de Hemodiálisis Crónica, financiado por Fondo Nacional de Recursos. Con 29 plazas y posibilidad de realizar Hemodiafiltración Crónica.

Unidad de diálisis peritoneal con 20 pacientes en seguimiento actual.

Ambos programas financiados por el FNR, permiten asistir a pacientes complejos que requieren cambio de técnica de tratamiento sustitutivo por complicaciones asociadas a la técnica donde se encuentra el paciente.

Programa de diálisis durante el embarazo. En conjunto con la Cátedra de Ginecología y Obstetricia, y la Unidad de alto riesgo obstétrico, seguimiento de pacientes embarazadas con grados variables de Insuficiencia Renal. Es el único Centro Nacional, con más de 20 casos en los últimos 10 años sin mortalidad materna y 75% de sobrevida fetal.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Programa de Trasplante del Hospital de Clínicas, co-coordinado entre el Centro de Nefrología y el Departamento Clínico de Cirugía del Hospital de Clínicas.

Unidad de trasplante renal, con más de 100 pacientes en lista de espera en el programa, con 30 trasplantes en el año 2013, 5 trasplantes con donante vivo emparentado.

Dicha unidad es la única Unidad para el ingreso de pacientes trasplantados del subsector público, ingresando pacientes trasplantados en nuestro Centro y también pacientes trasplantados por otros IMAEs de trasplante. Más de 200 ingresos en el último año.

Programa de trasplante combinado de riñón y páncreas. Programa Nacional en funcionamiento desde el 2002 con 5 trasplantes al año.

Sistema de Financiamiento: El Centro de Nefrología se financia por presupuesto proveniente del Hospital de Clínicas y extrapresupuesto a partir de la generación de recursos (desde FNR).

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

El Centro de Nefrología brinda las siguientes prestaciones según la patología y el status del paciente:

- Diagnóstico de glomerulopatías y nefropatías complejas, incluido aféresis. Tratamiento financiado por HC y FNR.
- Diagnóstico y tratamiento en hipertensión arterial resistente, incluido el monitoreo ambulatorio de presión arterial.
- Tratamiento sustitutivo de la función renal durante el embarazo con apoyo de la Cátedra de Ginecología y Policlínica de alto riesgo obstétrico.
- Hemodiálisis crónica y Diálisis peritoneal en todas sus modalidades. Primer Centro que realiza Hemodiafiltración en diálisis crónica.
- Programa de trasplante renal con donante vivo con cirugía laparoscópica del donante.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

- Programa de evaluación rápida para ingreso a lista de espera de trasplante renal.
- Programa Nacional de trasplante reno pancreático.
- Asistencia de las complicaciones del paciente trasplantado renal y reno pancreático con área de internación específica.

¿Qué requiere de la RIEPS?

Facilitar el acceso a medicación para los pacientes asistidos en el Centro al momento del alta y durante su control en policlínica, evitando duplicar consultas.

Generar mecanismos de referencia y contrarreferencia con diferentes centros de Montevideo y el Interior de primer y segundo nivel.

Mecanismos de complementación para asegurar la accesibilidad a este servicio de pacientes con cobertura de otros prestadores públicos como Sanidad Policial y Sanidad Militar.

PROPUESTA 21. Fortalecer los acuerdos y la complementación entre los prestadores de la RIEPS a efectos de optimizar el uso del Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas para satisfacer la demanda de los prestadores públicos.

Departamento de Toxicología y Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico

Antecedentes. El CIAT funciona ininterrumpidamente desde 1975, con una guardia médica especializada que responde a las consultas del sistema de salud y la comunidad por vía telefónica. En 1981 se crea el Departamento de Toxicología, donde se desarrollan las actividades académicas y nuevas prestaciones en Toxicología Clínica en el Hospital de Clínicas. Su actividad en

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

toxicología clínica y ambiental ha sido reconocida en su designación como centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud.

Las intoxicaciones tienen una presencia creciente en la actividad clínica debido al incremento de situaciones y actividades que exponen a agentes químicos: accidentes en el hogar, exposición en el trabajo, contaminantes ambientales, accidentes químicos, intentos de suicidio, problemas relacionados con medicamentos, terapias alternativas, entre otros que requieren abordaje toxicológico. El consumo de drogas lícitas o ilícitas constituyen una problemática asistencial insoslayable que implica por sí mismo un importante problema de salud.

Misión. Contribuir a la asistencia integral del paciente intoxicado o en situación de riesgo de intoxicación, brindando asesoramiento diagnóstico, terapéutico y preventivo a todos los equipos de salud del SNIS, por vía telefónica en emergencias o por interconsulta con toxicólogo en situaciones de exposición crónica o repetida.

Visión. Consolidar al Departamento de Toxicología como referente nacional para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones en los tres niveles de atención. Contribuir con las autoridades nacionales en la definición de acciones tendientes a prevenir y resolver situaciones de riesgo de intoxicación e intoxicaciones agudas y crónicas.

Unidades asistenciales que integra:

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico

Área de Guardia médica especializada (Asistentes G2 Docente) que brinda asesoramiento telefónico las 24 horas, los 365 días del año.

Cuadro de médicos de guardia suplentes, certificados para la función de Información y Asesoramiento sobre las primeras medidas de las intoxicaciones agudas y la atención telefónica.

Especialista en Toxicología de Retén.

Policlínica Toxicológica de Consumo de Drogas

Asistencia Ambulatoria a personas con consumo problemático o consumo de riesgo de drogas. Evaluación Toxicológica de consumidores de drogas, y tratamientos de sustitución. Coordinación con la Red Nacional de Drogas (RENADRO).

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Unidad de Toxicología Laboral y Ambiental

Asistencia Ambulatoria a trabajadores expuestos a agentes químicos. Evaluación y monitoreo de exposición. Interconsulta especializada de enfermedades laborales de posible causa tóxica. Evaluación de la exposición ambiental a agentes químicos

Unidades localizadas fuera del Hospital de Clínicas pero dependientes del Departamento de Toxicología

- Unidad Pediátrica Ambiental. / Centro de Salud Enrique Claveaux. Primer Nivel de Atención: Niños expuestos a contaminantes ambientales y productos químicos.
- Policlínica de Toxicología en Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereyra Rossell

Las estadísticas del CIAT registraron en la última década un promedio de 11.000 consultas anuales procedentes de todo el SNIS. Algo más de 35 nuevos casos por día. El 85% de las consultas que recibe, provienen de los equipos asistenciales y el 15% procede directamente de la población.

Las consultas procedentes de ASSE representan en promedio el 45% anual. Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, pueden acceder a la consulta especializada con Toxicólogo en el Hospital de Clínicas. Se realizaron un promedio de 250 interconsultas anuales en los últimos 5 años.

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

Brinda las siguientes prestaciones:

3. Interconsulta Toxicológica Ambulatoria:
 5. Consumo de alcohol y drogas
 6. Exposición a contaminantes químicos en el trabajo
 7. Exposición a contaminantes ambientales
 8. Seguimiento de intoxicaciones agudas
4. Información y Asesoramiento telefónico de urgencias toxicológicas las 24 horas, al Teléfono 1722. CIAT

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

¿Qué requiere de la RIEPS?

La formalización como Centro Nacional de Referencia y la definición de un mecanismo de cofinanciación.

Asegurar servicios de apoyo diagnóstico en análisis toxicológicos de laboratorio. Asegurar disponibilidad de antidotos específicos.

PROPUESTA 22. Fortalecer los acuerdos y la complementación entre los prestadores de la RIEPS a efectos de optimizar el uso del Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas para satisfacer la demanda de los prestadores públicos.

Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico por patología médica asociada del Hospital de Clínicas

Antecedentes. En el Hospital de Clínicas desde hace más de 20 años se ha conformado un grupo de trabajo en el cual participan la Clínica Ginecotocológica B, Médicos Internistas de la Clínica Médica “B”, y las Cátedras de Endocrinología, Hematología y Psicología Médica que vienen asistiendo a las embarazadas de alto riesgo obstétrico con patología médica así como las complicaciones médicas en general, que asocian las gestantes.

Justificación. En la búsqueda de mejorar la calidad de la atención de paciente que tienen una patología o condición médica grave como diabetes, hipertensión, trasplante renal o hepático, o con antecedentes de cirugía cardíaca en la infancia, se ha consolidado la Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico por patología médica asociada.

Centralizar y desarrollar con esfuerzos y recursos en un grupo inter y transdisciplinario del embarazo de alta complejidad médica creemos que es posible y necesario dentro del SNIS. El equipo del Hospital de Clínicas puede ofrecer esa opción, dirigida a la población más vulnerable en una situación de mayor riesgo que puede condicionar directamente su salud y su descendencia. Con ello se pretende contribuir a la mejora de la atención de las pacientes embarazadas con patología médica en el sector público.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

- Contribuir a la mejora de la atención de las pacientes embarazadas con patología médica previa o concomitante con el embarazo en el sector público.
- Asistencia y asesoramiento preconcepcional de las pacientes con una patología de muy alta complejidad para que planifiquen su embarazo, permitiendo controlar su patología con un abordaje integral de los aspectos de Salud Sexual y Reproductiva.
- Mejora de los resultados obstétricos maternos y neonatales en este grupo de pacientes.
- Contribuir en la capacitación profesionales médicos y del personal sanitario no médico.

¿Qué requiere de la RIEPS?

- Formalizar y desarrollar la Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico por patología médica asociada, como Servicio Estratégico para la atención de la embarazada en el sector público.
- Apoyo para adecuar las áreas asistenciales

PROPUESTA 23. Impulsar la Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico por patología médica asociada, como Servicio Estratégico de la Red Pública de Salud, optimizando sus recursos, fortaleciendo su capacidad de brindar prestaciones de alta complejidad y facilitando el acceso de la población con cobertura de prestadores públicos.

Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas.

Programa de Cirugía de Epilepsia. La epilepsia es una de las afecciones más frecuentes con prevalencia universal de alrededor 1% de la población general. Si bien una proporción de pacientes de controla con la medicación

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

adecuadamente indicada, entre 20-30% de ellos no responden a los fármacos y se consideran refractarios a la medicación. Es en ese grupo no despreciable de pacientes que deben plantearse otras opciones terapéuticas; la Cirugía de Epilepsia, viene cobrando difusión a nivel mundial y ha logrado el control total de las crisis en el 45-90% de los pacientes que no respondían a fármacos.

Esta modalidad terapéutica requiere de un abordaje multidisciplinario, incluyendo neurólogos especializados en epilepsia, neurocirujanos, neurofisiólogos, especialistas en medicina nuclear y neuropsicólogos. Por otra parte es imprescindible manejar e integrar técnicas de diagnóstico, exploración funcional y resolución quirúrgica altamente especializadas.

En nuestro medio el Programa de Epilepsia del Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas, viene funcionando desde 1999 en forma ininterrumpida, logrando resultados globalmente buenos y en consonancia con grupos de referencia internacionales.

Programa de Cirugía en la Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales. La Enfermedad de Parkinson el segundo proceso neurodegenerativo más frecuente, produce un progresivo desorden del sistema motor siendo una enfermedad invalidante y discapacitante.

En nuestro país su prevalencia oscila en 1,36/1000 habitantes. La aparición de efectos adversos a las drogas tales como severas fluctuaciones motoras, desordenes psiquiátricos, así como refractariedad al tratamiento, han determinado en las últimas décadas el resurgimiento del tratamiento quirúrgico de la enfermedad. Los excelentes resultados de la aplicación de cirugía de la enfermedad de Parkinson en los últimos 10 años, han sido logrados por el perfeccionamiento de los sistemas de planificación de blancos y trayectorias cerebrales, el uso de nuevos blancos quirúrgicos, el avance en los métodos de neuroimagen, la mayor comprensión de la organización funcional de los ganglios basales y el perfeccionamiento de los métodos de registro intraoperatorios. Esta modalidad terapéutica requiere un abordaje multidisciplinario.

A partir del año 2006 se constituyó el equipo de cirugía de Movimientos Anormales y Parkinson del Instituto de Neurología, actualmente único equipo de especialistas del país dedicados al diagnóstico, evaluación y tratamiento médico quirúrgico de estos pacientes.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Hasta el momento actual se han intervenido quirúrgicamente 16 pacientes con implante de estimulador cerebral profundo (DBS) y 3 pacientes con cirugía funcional ablativa (palidotomía), con buenos resultados clínicos. La selección del paciente exige necesariamente trabajar en equipo multidisciplinario e interdisciplinario aplicándose protocolos confeccionados de acuerdo a cánones internacionales y de forma específica.

Dado que solo un 5-15% de los pacientes que padecen enfermedad de Parkinson pueden ser pasibles de cirugía, consideramos que un único centro hospitalario especializado en dicha patología es suficiente para cubrir las necesidades asistenciales del país.

¿Qué ofrece a la RED PÚBLICA?

- Diagnóstico, evaluación y tratamiento médico quirúrgico de pacientes con Epilepsia, Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales.
- Selección de pacientes pasibles de tratamiento quirúrgico
- Aplicación de técnicas diagnósticas, exploración funcional y resolución quirúrgica altamente especializadas.
- Neurocirugía de Epilepsia
- Neurocirugía de Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales

¿Qué requiere de la RED PÚBLICA?

Consolidar el Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas como servicio estratégico en la Red Pública de Salud y como servicio de referencia nacional, para el tratamiento quirúrgico de la Epilepsia, Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales, mediante acuerdos de complementación con los prestadores con población a cargo.

PROPUESTA 24. Impulsar el Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas como Servicio Estratégico de la Red Pública de Salud, optimizando sus recursos, fortaleciendo su capacidad de brindar prestaciones de alta complejidad y facilitando el acceso de la población con cobertura de prestadores públicos.

Servicio de Endoscopia de la Cátedra de Gastroenterología del Hospital de Clínicas.

La Cátedra de Gastroenterología del Hospital de Clínicas ha sido pionera en la realización de numerosos estudios endoscópicos en el país así como en la incorporación de tecnología de alto nivel para el desarrollo de los mismos. Actualmente sigue siendo el único servicio público en condiciones de realizar cápsula endoscópica, así como también de realizar enteroscopia doble balón y por tanto de estudiar en forma completa el intestino delgado, instaurando a su vez acciones terapéuticas durante el mismo procedimiento. Asimismo, es el único Departamento de Gastroenterología del país que puede realizar todos estos estudios en el mismo lugar, contando con anestelistas todos los días, en horario ampliado, con carro de anestesia de primer nivel y arco en C propios.

En el año 2013 se realizaron 62 estudios con videocápsula endoscópica de intestino delgado, 105 colangiografías endoscópicas retrógradas, 1102 videogastroskopías, 1010 videocolonoskopías, en un total de 2594 estudios realizados.

El Servicio de Endoscopia dispone de:

- Capacidad de coordinación de 50 estudios sin anestesia por semana.
- Capacidad de coordinación de 30 estudios con anestesia por semana
- Servicio de endoscopia de urgencia las 24 horas.

¿Qué ofrece a la RED PUBLICA? El Servicio de Gastroenterología brinda las siguientes prestaciones según la patología del paciente:

1. Videocápsula endoscópica de intestino delgado
2. Endoscopia esófagogastroduodenal: con colocación de sonda nasogástrica o nasoyeyunal, con inyectoterapia, con coagulación con gas argón, con polipectomía, con banding de varices esofágicas, con esclerosis de várices esofágicas, con extracción de cuerpo extraño, con tinción electrónica y magnificación.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

3. Dilatación de estenosis esofagogastroduodenales
4. Colocación de prótesis esófago gástrica autoexpansible
5. Ostomía endoscópica percutánea
6. Endoscopía rectocolónica con y sin inyectoterapia, con coagulación con gas argón, con polipectomía.
7. Endoscopía rectosigmoidea
8. Dilatación de estenosis rectocolónicas
9. Colocación de prótesis autoexpansible rectocolónica
10. Colangiografía endoscópica retrógrada y/o pancreatografía (CPER)
11. CPER con papilotomía y extracción de cálculos, con papilotomía y litotricia mecánica, con colocación de prótesis rígida, con colocación de prótesis autoexpansible.
12. Ecoendoscopía digestiva alta con y sin punción.
13. Ecoendoscopía digestiva baja
14. Enteroscopía doble balón

¿Qué requiere de la RIEPS?

Consolidar el Servicio de Endoscopía de la Catedra de Gastroenterología como Servicio Estratégico en la Red Pública y como Servicio de referencia nacional.

PROPUESTA 25. Impulsar el Servicio de Endoscopía del Hospital de Clínicas como Servicio Estratégico de la Red Pública de Salud, optimizando sus recursos, fortaleciendo su capacidad de brindar prestaciones de alta complejidad y facilitando el acceso de la población con cobertura de prestadores públicos.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Es evidente que la RIEPS contiene una importante fortaleza en sus capacidades instaladas que pueden potenciarse funcionando como *“recursos en la Red”*. En párrafos anteriores hemos explicitado 22 servicios estratégicos, sin perjuicio de que otros ámbitos de prestación de servicios en los diferentes efectores públicos merecen particular atención de cara al fortalecimiento y potenciación de la Red Pública. Entre ellos es pertinente destacar:

- Los diversos dispositivos de atención a pacientes con consumo problemático de drogas articulados en la **Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas** (RENADRO)
- La capacidad instalada en **Hospitales de ASSE en el interior del país** que han incorporado desarrollos tecnológicos y programáticos, que los configuran en Centros de referencia regional.
- El **Departamento de Neonatología del Centro Hospitalario Pereira Rossell** que dispone de más de 90 áreas de alojamiento madre hijo, y cuenta con 34 áreas de cuidados moderados, 28 áreas de cuidados intermedios y 16 áreas de cuidados intensivos, configurando el centro con estas características más grande del país.
- La **Red de Bancos de Leche Humana** (Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital de Tacuarembó, Hospital de Salto) y **Centros de Recolección** (BPS, Hospital de Paysandú y Hospital de Bella Unión) permite el apoyo a la lactancia a todas las mujeres, familias y técnicos que lo requieran en los prestadores públicos y privados del SNIS.
- El **Laboratorio de Bromatología de la Intendencia de Montevideo** que es una Unidad del Servicio de Regulación Alimentaria de la División Salud, que tiene como misión realizar pruebas, ensayos y controles, con el fin de aportar a la política institucional y nacional de seguridad alimentaria.
- El **Servicio Nacional de Sangre** de ASSE y el Hemocentro de Maldonado, que responden a las necesidades de distintos prestadores de la Red Pública y del sector privado.

La evolución de la RIEPS deberá generar líneas de acción futuras que potencien estas fortalezas, en ulteriores ajustes de su Plan Estratégico.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Distribución e incorporación de alta tecnología

El Consejo Directivo Honorario de la RIEPS tomó la decisión de crear una **Comisión de alta tecnología de la RIEPS**, lo cual fue comunicado a la DIGESA a la Dirección de Tecnologías Médicas. Asimismo el Reglamento prevé en su Art. 21º que “Los organismos integrantes de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) deberán comunicar al Consejo Directivo Honorario el inicio de procesos de incorporación de tecnología de alta complejidad y la apertura de nuevos servicios.” Con estas herramientas se busca avanzar en la eficiencia y racionalización de la incorporación de tecnología de alto porte en la Red Pública de Salud.

Es importante tener presente algunas definiciones.

Tecnologías en Salud. Son los medicamentos, equipos y procedimientos técnicos, los sistemas organizativos, de información, educativos y de soporte, y los programas y protocolos asistenciales por medio de los cuales la atención y los cuidados de salud son prestados a la población

Clasificación. Según **complejidad:**

- Altas tecnologías: requieren personal especializado, capital, sistemas de apoyo.
- Tecnologías intermedias: elaboración tecnológica, no requieren sistemas de apoyo.
- Tecnologías menores: no requieren recursos especializados, ni inversiones.

Según **origen del conocimiento:**

- Generadas a partir de la investigación biomédica
- Transferencia de tecnologías de otros sectores: Láser, ultrasonido, resonancia magnética, informática

Evaluación de Tecnologías en Salud. Es el análisis de las consecuencias clínicas, económicas y sociales de la utilización de equipamiento, medicación y procedimientos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

La Evaluación puede tener diferentes **dimensiones**:

- A nivel de políticas de salud (macro): orienta en las directivas a adoptar en lo que respecta a la asignación de recursos, regulación y sistemas de reembolso.
- A nivel institucional (meso): facilita el gerenciamiento de las instituciones.
- A nivel clínico (micro): colabora en la toma de decisiones clínicas a través de la difusión de Guías de Práctica Clínica.

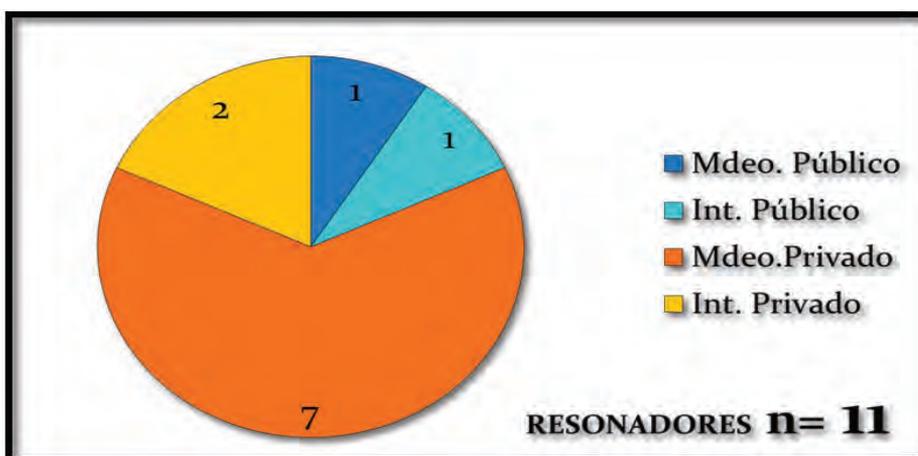
El MSP ha definido un conjunto de **equipos médicos de alto y mediano porte** para los cuales debe realizarse la solicitud de incorporación. Ello debe ser tenido en cuenta a nivel de las instituciones de la RIEPS, y es a propósito de las mismas que se ha definido la creación de la Comisión de alta tecnología de la RIEPS.

- Acelerador lineal de electrones
- Angiógrafo
- Bomba de circulación extracorpórea
- Bomba de cobalto
- Gamma cámara.
- Ecocardiógrafo (incluye doppler)
- Equipo de diálisis
- Equipo radiológico “Arco en C”
- Equipo de Cirugía Robótica
- Equipo de uso Oftalmológico: LASER EXCIMER.
- Litotriptor Extracorpóreo
- Mamógrafo
- Resonador magnético
- Tomógrafo computarizado en todos sus tipos (incluye por emisión de positrones, PET y odontológicos)
- Innovaciones

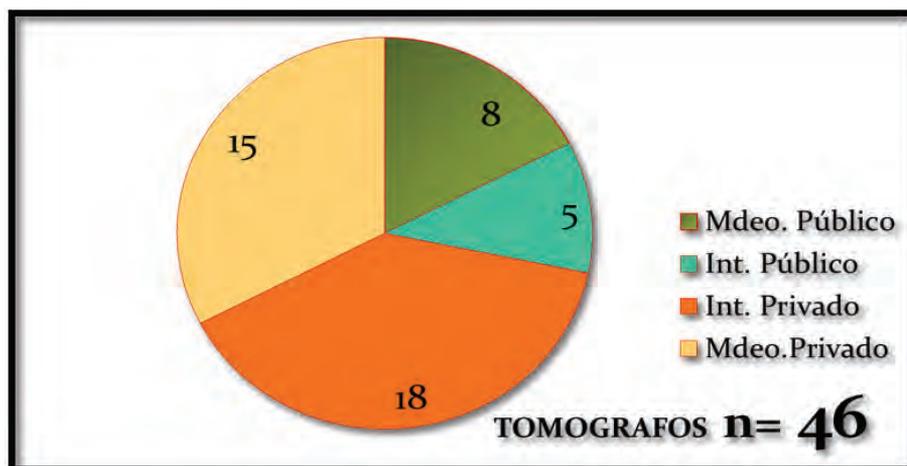
PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Las siguientes gráficas ilustran la desigual distribución de algunos recursos de alta tecnología entre regiones del país y entre el sector público y privado del SNIS. Superar estas situaciones es un desafío al interno de la Red Pública y a nivel de la complementación público-privado.

Gráfica 1. Distribución de RESONADORES según Sector.
Montevideo. Interior. SNIS. 2013

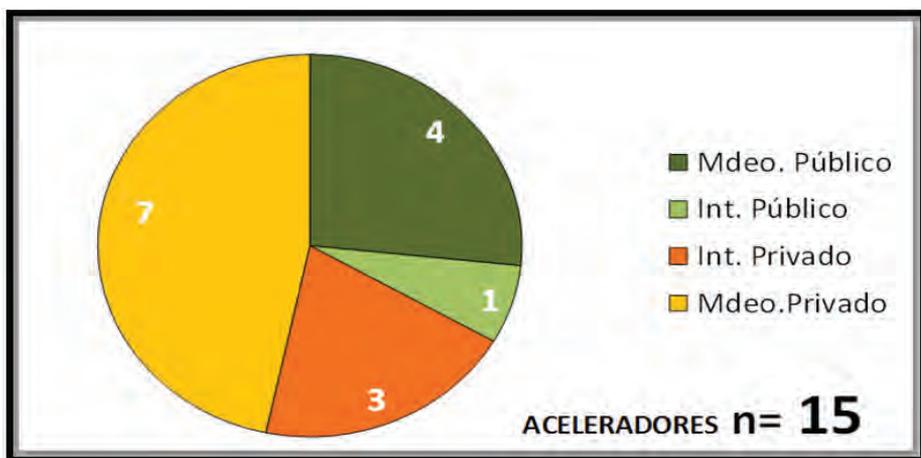


Gráfica 2. Distribución de TOMOGRAFOS según Sector.
Montevideo. Interior. SNIS. 2013



SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Gráfica 3. Distribución de ACELERADORES LINEALES según Sector. Montevideo. Interior. SNIS. 2013



El **Reglamento de funcionamiento de la RIEPS** elaborado por el Consejo Directivo Honorario en conjunto con la Sala de Abogados de la RIEPS integra algunos contenidos que deben ser conocidos y tenidos en cuenta por los Gerentes, Directores y Equipos de Gestión de las UE de ASSE y de todos los prestadores públicos. Particularmente destacamos:

Artículo 20º.- Los organismos integrantes de la RIEPS deberán comunicar al Consejo Directivo Honorario el inicio de procesos de acuerdos o convenios a celebrarse entre los mismos.

Asimismo deberán aportar la información y documentación relacionadas con estos procesos. El Consejo Directivo Honorario emitirá una opinión informada sobre el acuerdo o convenio proyectado a través de los mecanismos establecidos en el presente Reglamento, la cual no tendrá carácter suspensivo ni vinculante.

Artículo 21º.- Los organismos integrantes de la RIEPS deberán comunicar al Consejo Directivo Honorario el inicio de procesos de incorporación de tecnología de alta complejidad y la apertura de nuevos servicios.

El cumplimiento de estos acuerdos plasmados en el reglamento será un fuerte estímulo a la complementación de servicios y a la racionalización de los recursos que disponemos en la Red Pública de Salud.

PROPUESTA 26. Poner en funcionamiento la Comisión de alta tecnología de la RIEPS, a efectos de relevar la capacidad instalada y el índice de uso de lo ya existente, y asesorar en nuevas incorporaciones.

Modalidades de intercambio y compensación.

Diversas formas de integrar a nivel público.

1. Según niveles de atención, denominada integración vertical. Esta puede ser “hacia atrás”, cuando un proveedor se integra con otro de una etapa anterior del proceso, o “hacia adelante”, si lo hace con una etapa posterior.
2. En el mismo nivel de atención, denominada integración horizontal, que ofrece un amplio campo de trabajo y se desarrolla más adelante.
3. Según problemas de salud específicos y modalidades de intervención. Por ejemplo, el trabajo en programas prioritarios de salud, o en la realización de actividades de diagnóstico, o incluso de implementación de políticas. Se debe elaborar una lista de las necesidades de salud detectadas, establecer población y territorio de alcance y meta a lograr.
4. Áreas de desarrollo de proyectos conjuntos específicos, que requieran de inversiones de alto costo y de largo plazo. Es el caso de los servicios de CTI, de Cirugía, de tratamiento de Residuos Hospitalarios, etc.
5. Complementación funcional: coordinando funciones de soporte clave a lo largo del proceso asistencial (recursos humanos, sistemas informáticos, control de calidad, etc.)
6. Coordinación clínica: historia clínica, protocolos clínicos, servicios de soporte técnico.

La **integración horizontal** ocurre cuando dos o más unidades productivas que producen los mismos servicios o servicios substitutivos se juntan para transformarse en una única unidad o en una alianza interorganizacional.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Los dos factores motivadores de la integración horizontal son búsqueda de economía de escala y ganancias de segmentos de mercado. En los sistemas públicos de salud prevalece el objetivo de ganar escala y operar con mayor eficiencia y calidad, dadas las relaciones entre escala y calidad en los servicios de salud.

Hay dos mecanismos básicos de integración horizontal de los servicios de salud: la fusión y la alianza estratégica. Un ejemplo de fusión es el Laboratorio Conjunto de Colpocitología Oncológica de la RIEPS y una alianza estratégica es la concretada entre Laboratorio Dorrego de ASSE y el Laboratorio Farmacéutico de la D.N.S. FFAA .

En ambos casos se elimina la competencia entre dos servicios (por ej, por RHS), aumentando la escala de producción y reduciendo costos.

La integración horizontal tiene en la RIEPS un amplio campo en lo referente al **sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico**:

- servicios de diagnóstico por imágenes,
- los servicios de medicina nuclear diagnóstica y terapéutica,
- la electrofisiología diagnóstica y terapéutica,
- las endoscopias,
- la hemodinámica
- la patología clínica (anatomía patológica, genética, bioquímica, hematología, inmunología, microbiología y parasitología).

Todos estos servicios son muy sensibles a la escala y deben pasar por un movimiento de integración horizontal.

Las economías de escala ocurren cuando disminuyen los costos medianos a largo plazo, a medida que aumenta el volumen de las actividades. La literatura universal identifica por lo menos cien estudios que muestran evidencias de economías de escala en los hospitales.

PROPUESTA 27. Estimular desarrollos de integración horizontal, mediante fusión o alianzas interinstitucionales para sostener los servicios estratégicos, eliminando la competencia entre servicios, aumentando la escala de producción y reduciendo costos en nuevas áreas servicios de diagnóstico por imágenes, endoscopias, la patología clínica, entre otras.

PROPUESTA 28. Profundizar las líneas de trabajo conjunto en Salud Sexual y Reproductiva (gestión de MAC e IVE), atención a la Primera Infancia (UCC), Seguridad Alimentaria, ECNT, Consumo Problemático de sustancias psicoactivas.

Propuesta 29. Avanzar en el campo de la coordinación clínica, mediante la elaboración de protocolos o guías clínicas a ser utilizados en todos los prestadores públicos, con énfasis en las ECNT, tendiendo a una calidad homogénea en toda la Red Pública, en base al conocimiento científico sistematizado.

Aspectos operativos.

En el camino hacia la complementación se deberá recorrer diferentes etapas adecuándonos a los cometidos, culturas y tiempos institucionales. Los niveles de integración pasan del nivel más básico donde desde la autonomía relativa de los actores se busca, al menos, racionalizar el uso de los recursos dentro de la Red Pública hacia un **sistema integrado** donde los distintos actores **actúan de forma concertada** para lograr objetivos específicos con los recursos disponibles.

Para transitar correctamente esas etapas también se hace necesario un conjunto de acuerdos al interior de la RIEPS. Intentemos una primera aproximación a los mismos:

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Respecto a servicios ya existentes.

1. Identificar en cada institución la capacidad de oferta de servicios o prestaciones a las demás instituciones, precisando tipo de prestaciones y cantidad.
2. Sistematizar en cada institución los requerimientos de servicios o prestaciones y comunicarlos a las demás.
3. Todos los prestadores integrantes de la RIEPS deberán tener acceso a través de un programa informático a la lista de servicios o prestaciones que brindan los demás prestadores públicos.
4. Los prestadores podrán elegir aquellos que a su modo de ver aseguren calidad y oportunidad en su realización. Se debería tener acceso en línea a una breve descripción del servicio y algunos indicadores del mismo (recursos materiales, recursos humanos, tiempos de espera, etc.).
5. En este último caso podrán optar el intercambio en un sistema de cuentas corriente o por la compra- venta.
6. Los precios deberían estar regulados.

PROPUESTA 30. Desarrollar un relevamiento de la oferta de servicios o prestaciones en todos los prestadores de la RIEPS, determinando cuales se realizan con recursos propios y cuales son contratados a otras instituciones. En base a instrumento desarrollado por ASSE.

PROPUESTA 31. Identificar en cada prestador público la capacidad de oferta de servicios o prestaciones a las demás instituciones de la RIEPS, precisando tipo de prestaciones y cantidad.

PROPUESTA 32. Sistematizar en cada institución los requerimientos de servicios o prestaciones y comunicarlos a las demás.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Desarrollo de nuevos servicios o ampliación de los existentes.

1. Deberían ser objeto de un análisis dentro de la RIEPS con el objetivo de valorar su necesidad y su oportunidad.
2. Ante la necesidad de efectuarlas se promoverá realizarlas bajo el modelo de la complementación entre prestadores, sumando recursos interinstitucionales.
3. Generar acuerdos de uso o intercambio en base a costos.

PROPUESTA 33. Generar una dinámica de análisis del desarrollo de nuevos servicios o ampliación de los existentes dentro de la RIEPS con el objetivo de valorar su necesidad y su oportunidad. Promover realizarlas bajo el modelo de la complementación entre prestadores, sumando recursos interinstitucionales.

Como operacionalizar la complementación.

Es imprescindible contar con un relevamiento de todos los servicios que pueden ofrecer los integrantes de la RIEPS, identificando fortalezas y debilidades de cada uno de ellos. Al relevamiento desarrollado desde ASSE en esta primera etapa se sumará un segundo trabajo que dará mayor profundidad a lo relevado.

1. El diseño en un Sistema de Cuentas Corrientes de Intercambio de Prestaciones entre las instituciones y el establecimiento de una unidad de medida acordada o un arancel acordado de los servicios o prestaciones.
2. Un marco normativo común que explicita los acuerdos.
3. Requisitos definidos de calidad a cumplir en cualquier modalidad. Incluye protocolos.
4. Una estructura que lleve adelante la implantación.

SECCIÓN III: LOS RECURSOS EN LA RED

Para **estimular el avance en el desarrollo de estas políticas** podemos encontrar una amplia gama que trasciende el carácter económico.

- Estímulos en materia de facilitación de contratación de personal.
- Estímulos en materia de facilitación de intercambio de recursos materiales (desde plantas físicas hasta papelería de difusión).
- Facilitando herramientas de comunicación (por ejemplo recursos informáticos).
- Por metas territoriales que busquen alinear la acción de los prestadores en consonancia con las estrategias definidas por la autoridad sanitaria. Cuando las mismas son territoriales involucran al conjunto de los prestadores (públicos y privados) siendo el principal beneficiario el usuario de los servicios.

PROPUESTA 34. Generar un espacio formal y sostenible en el tiempo el cual incorporar el MEF como una contraparte estable y analizar las propuestas desde el MEF en la RIEPS.

PROPUESTA 35. Trabajar conjuntamente en el diseño en un Sistema de Cuentas Corrientes de Intercambio de Prestaciones entre las instituciones y el establecimiento de una unidad de medida acordada o un arancel acordado de los servicios o prestaciones.

PROPUESTA 36. Profundizar una política de facilitación de intercambio de recursos materiales: plantas físicas, equipamiento, mobiliario, etc., entre las instituciones públicas.

RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD.



La población atendida por la Red Pública

En el marco de la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud y desarrollo de un Plan Estratégico de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud se constata la necesidad de una revisión de los niveles de cobertura y la modalidad en que se está brindando en los prestadores públicos.

Al analizar las diferencias existentes entre 2006 y 2011 en cuanto a la cobertura y el acceso a servicios de salud por parte de diferentes grupos de la población, en un estudio reciente realizado por la DIGESNIS se observan cambios significativos tras la implementación de la Reforma del Sistema de Salud.

Cuadro 1. Cobertura de la población por tipo de prestador. Uruguay. 2006. 2011.

Año 2006			Año 2011		
Institución	Personas	% del total	Institución	Personas	% del total
ASSE (MSP)	1.253.256	40,9	ASSE	1.046.158	31,1
IAMC	1.335.131	43,6	IAMC	1.905.592	56,6
Seguro Privado	28.764	0,9	Seguro Privado	70.511	2,1
Policial y Militar	206.260	6,7	Policial y Militar	241.579	7,2
BPS	25.425	0,8	BPS	1.616	0,05
Policlínica Mpal.	70.044	2,3	Policlínica Mpal.	2.906	0,09
Otro	63.438	2,1	Otro	11.677	0,3
No cubierto	82.889	2,7	No cubierto	88.621	2,6
Total	3.065.207	100	Total	3.368.660	100

Fuente: Arbulo, V., Pagano, J. P., Rak, G., Rivas, L., "Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud", Montevideo, 2012

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

El Cuadro 1 muestra información en base a la Encuesta Continua de Hogares, que desde el punto de vista de los prestadores públicos tiene elementos destacables:

- Una disminución de la población bajo cobertura de ASSE.
- Una notoria disminución de la población que declara cobertura por los servicios de salud de las Intendencias, que pasa del 2,3% a 0,09%.
- La disminución radical de población con cobertura de los servicios de salud del BPS, que se reduce a menos de 2.000 personas.
- Un ligero aumento de la población con cobertura de Sanidad Policial y Sanidad Militar llegando en 2011 a 7,2% que representa poco más de 240.000 personas.

Sin embargo otros datos nos permiten arrojar una visión complementaria a la que brinda el anterior análisis de la ECH, basada en las respuestas que brindan las personas al ser entrevistadas.

La población con derechos de cobertura por Dirección Nacional de Sanidad Militar asciende a aproximadamente 151.000 personas y muestra una distribución por departamentos que se presenta en la Tabla 1. No se ha accedido a información actualizada respecto a su distribución por edad y sexo.

SECCIÓN IV: RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Tabla 1. Distribución de la población con cobertura de la D.N.S.FF.AA. por departamento. Uruguay. 2013.

Departamento	Población
Artigas	3.289
Canelones	17.280
Cerro Largo	5.109
Colonia	2.244
Durazno	4.560
Florida	1.729
Flores	1.265
Lavalleja	3.398
Maldonado	2.471
Montevideo	82.142
Paysandú	1.939
Rivera	4.680
Río Negro	1.974
Rocha	3.281
Salto	2.865
San José	2.902
Soriano	1.902
Tacuarembó	5.481
Treinta y Tres	2.513
Total del país.	151.024

Respecto al BPS durante el 2013 la población atendida fue de 41.902 personas. El 74 % (31.054) a través de los servicios asistenciales propios del BPS localizados en el área metropolitana y el 26 % restante (10.848) mediante la atención de los programas de Atención a la Primera Infancia (PAPI) y al programa Preventivo Asistencial (UPA) que da cobertura a gestantes y recién nacidos en el interior del país a través de efectores contratados públicos y privados.

En lo que refiere a la Intendencia de Montevideo, los registros institucionales indican que en 2012 fueron atendidas 93.300 personas en las Policlínicas, y 73.750 en 2013. Asimismo las Policlínicas del SAS de la IM tienen una modalidad de adscripción de usuarios a los servicios, cuyos registros

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

muestran un total 48.553 personas vinculadas formalmente y en forma estable a una policlínica de la intendencia.

Al cierre del año 2013, el total de usuarios de ASSE era de 1.266.034, de estos 359.318 afiliados a través del FONASA.

Desde el año 2008 hasta el año 2012 el total de usuarios tuvo un leve descenso, se mantuvo estable en el año 2012 y comenzó a aumentar a partir del año 2013. El número de usuarios FONASA tuvo un sostenido aumento, pasando de 96.402 en 2008 a 361.714 en marzo de 2014, lo que nos ubica como el prestador de salud que más usuarios tiene financiados por el Seguro.

La distribución de usuarios en el país no es homogénea, con un rango que va de 60% de los habitantes de Río Negro que son usuarios de ASSE a Montevideo con el 25 % de la población total del departamento.

PROPUESTA 37. Actualizar y sistematizar la información de población bajo cobertura en los prestadores con población a cargo (ASSE, Sanidad Policial, Sanidad Militar), en cantidad, distribución por edad y sexo, distribución por departamento, en base a registros institucionales y el análisis del RUCAF.

PROPUESTA 38. Actualizar la información respecto a la magnitud y modalidad de la población que atienden las intendencias, los servicios del BPS y el Hospital de Clínicas, en base a las fuentes disponibles.

La cobertura

En la medida que el SNIS se sustenta en una estrategia de APS merecen particular atención aquellos prestadores con desarrollos en el primer nivel de atención: ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial, BPS e Intendencias.

Las normas y decretos vigentes tienen una larga trayectoria con operativas diversas, dificultades en el pago por el servicio brindado entre instituciones, que generan en ciertos casos problemas de acceso de usuarios. Asimismo

SECCIÓN IV:

RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

los movimientos en la cobertura antes mencionados hacen pensar en la posibilidad de que exista capacidad instalada con bajo índice de uso en el momento actual en algunas instituciones públicas.

Un estudio realizado en 2011 por la DIGESNIS en base a la Encuesta Continua de Hogares mostraba diferencias en cuanto al acceso que se presentan en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Acceso real según tipo de cobertura. Uruguay. 2011.

	ASSE	IAMC	Seg. Priv.	Pol./Mil.
SI	98,10%	98,10%	97,30%	76,30%
No, por no poder pagar tickets, etc.	0,00%	0,70%	1,70%	2,60%
No, por demoras excesivas	0,70%	0,20%	0,00%	0,80%
No, por distancia del lugar	0,10%	0,10%	0,40%	8,90%
No, otros	1,10%	0,80%	0,50%	11,30%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a ECH del INE.

Fuente: Arbulo, V., Pagano, J. P., Rak, G., Rivas, L., "Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud", Montevideo, 2012

Al analizar acceso real a los servicios es interesante el caso de la cobertura a través de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial, en el cual se encuentra un porcentaje de personas que declaran no atenderse regularmente que asciende al 13% y es significativamente mayor a los casos de ASSE, IAMC y seguros privados.

El 8% de los potenciales usuarios de Sanidad Policial y Militar declaran no atenderse por distancias excesivas con la institución, mientras que un 11% declara no atenderse por "otros motivos". En ambos casos se encuentra que la mayoría de las personas que declaran este tipo de inconvenientes posee derechos de atención también en ASSE o en una IAMC ya que una cantidad significativa de personas que actualmente están incluidas en el FONASA tienen derechos de atención en Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial, lo cual podría implicar una doble cobertura ya que dichos colectivos no se

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

encuentran incluidos actualmente en el Seguro Nacional de Salud. A nivel de Sanidad Policial se han iniciado cursos de acción correctivos de esta situación.

PROPUESTA 39. Reformular los acuerdos de cobertura y compensación existentes entre ASSE y Sanidad Policial, basados en el decreto 762/987 y similares posteriores.

PROPUESTA 40. Reformular los acuerdos de cobertura y compensación existentes entre ASSE y Sanidad militar, basados en el decreto 607/988.

La reciente regionalización de ASSE en cuatro regiones: Norte, Oeste, Este y Sur, convoca a optimizar la utilización de los recursos en que unidad territorial para consolidar la descentralización. En la Región Sur se cuenta con presencia de diferentes prestadores públicos: ASSE, Policlínicas de las Intendencias de Montevideo y Canelones, Sanidad Policial, Sanidad Militar, Centros de salud del BPS, Hospital de Clínicas.

En relación al Hospital de Clínicas, se considera imprescindible definir un área territorial con una población de usuarios definida, a efectos de optimizar los recursos e interactuar de forma coordinada con ASSE y demás efectores públicos. El Hospital de Clínicas plantea definir la población de usuarios mediante la siguiente lógica de territorialización:

- Prestaciones de Segundo y Tercer nivel que se pueden a toda la población beneficiaria de ASSE procedente de la Zona Este del Área Metropolitana. El Hospital puede brindar todos los servicios a dicha población, de forma coordinada con el Primer nivel de Atención. Se estima que los recursos presupuestales (universitarios) destinados para docencia, asistencia e investigación, permiten asegurar la asistencia a un número aproximado de 100.000 usuarios.
- Prestaciones de Tercer nivel que se pueden brindar a toda la población beneficiaria de ASSE del territorio georreferenciado.
- Las prestaciones de Tercer nivel para la población beneficiaria de ASSE y otros prestadores públicos del resto del país (fuera de la zona de

SECCIÓN IV: RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

referencia) se definirá específicamente con ASSE u otros efectores de la RIEPS, a través de acuerdos para cada prestación.

PROPUESTA 41. Definir un área territorial de responsabilidad del Hospital de Clínicas en la Zona Este del Área Metropolitana, asumiendo la cobertura de una población definida aproximada a 100.000 usuarios, a los efectos de optimizar sus recursos e interactuar de forma complementada con ASSE y otros efectores de la RIEPS.

En lo que respecta al Primer Nivel de atención, se impone la necesidad de avanzar en la racionalización de la organización del sector público, sumando y articulando los recursos y la capacidad instalada, dado que se parte de una experiencia acumulada en diversos acuerdos de complementación. Se destacan en este sentido los convenios entre Sanidad Policial, ASSE, la Intendencia de Montevideo y BPS. Pero no es posible hacer realidad una reorganización de la red pública si no se tiene identificada la cantidad, distribución territorial, capacidad instalada y dotación de aquellos efectores estatales que brindan atención en el primer nivel y los mecanismos de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención.

Acceso y unificación del Primer Nivel de la Red Pública como puerta de entrada al sistema

El objetivo que se plantea es: Contribuir a una mejor inserción de la RIEPS en el Sistema Nacional Integrado de Salud, profundizando la articulación entre los prestadores estatales que brindan atención en el primer nivel en la Región Sur (Montevideo y Canelones) generando un PRIMER NIVEL UNIFICADO con modalidades de integración que puedan ser extendidas a todo el país.

En este aspecto se han concretado avances a partir del desarrollo de una consultoría realizada a tales efectos con el apoyo de la Representación de OPS/OMS en Uruguay, que a la vez de brindar insumos, facilitó la consolidación de un grupo de trabajo permanente interinstitucional para impulsar esta iniciativa.

Relevamiento y caracterización de la capacidad instalada en el sector público de la región Sur.

La Región Sur abarca la totalidad de Montevideo, y las zonas metropolitanas de San José (Ciudad del Plata) y de Canelones (Las Piedras, Pando, Canelones rural, Ciudad de la Costa). En este territorio están presentes los efectores del PNA de ASSE, IM, BPS, SANIDAD POLICIAL, SANIDAD MILITAR, totalizando 239 efectores desconcentrados, que incluyen distintos niveles de estructura, complejidad y capacidad resolutive:

- Centros de Salud
- Centros de atención Periférica
- Policlínicas
- Consultorios de área

Institución

ASSE:	198 efectores
I de M:	25 efectores
Sanidad Militar:	8 efectores
BPS:	5 efectores
Sanidad Policial:	3 efectores

Para el relevamiento y caracterización se definieron 38 variables que brindan la siguiente información:

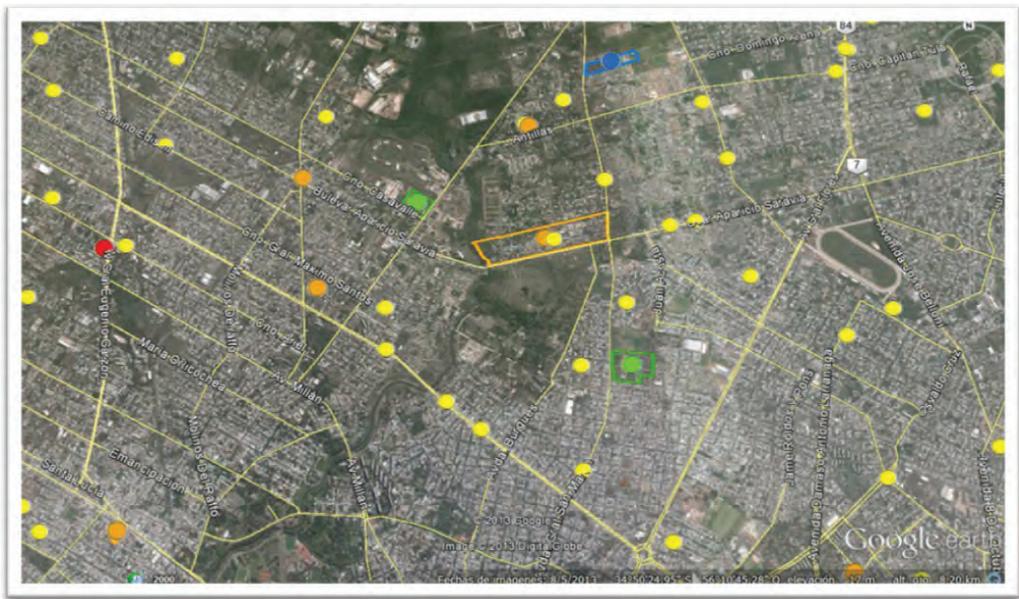
- Ubicación geográfica del efector
- Acceso al mismo a través del transporte público
- Nombres, teléfonos y correos electrónicos de sus referentes institucionales
- Condiciones y características de las plantas físicas
- Oferta de servicios (servicios médicos, no médicos y de apoyo)
- Disponibilidad ociosa de consultorios

Los datos obtenidos fueron cargados al programa informático de visualización "GOOGLE EARTH" que fue seleccionado por su facilidad operativa para el uso, permitir la ubicación clara y precisa de cada efector y la actualización

SECCIÓN IV: RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

periódica de sus datos, ser de uso libre y la posibilidad de enlace con una página web dónde se encuentra toda la información de las 28 variables de datos de los efectores.

Figura 2. Vista de la zona de Casavalle y Piedras Blancas en la Región Este de Montevideo. 2013.



Referencias: Amarillo: ASSE; Naranja: I de M ; Verde: SANIDAD MILITAR; Rojo: BPS; Azul: SANIDAD POLICIAL

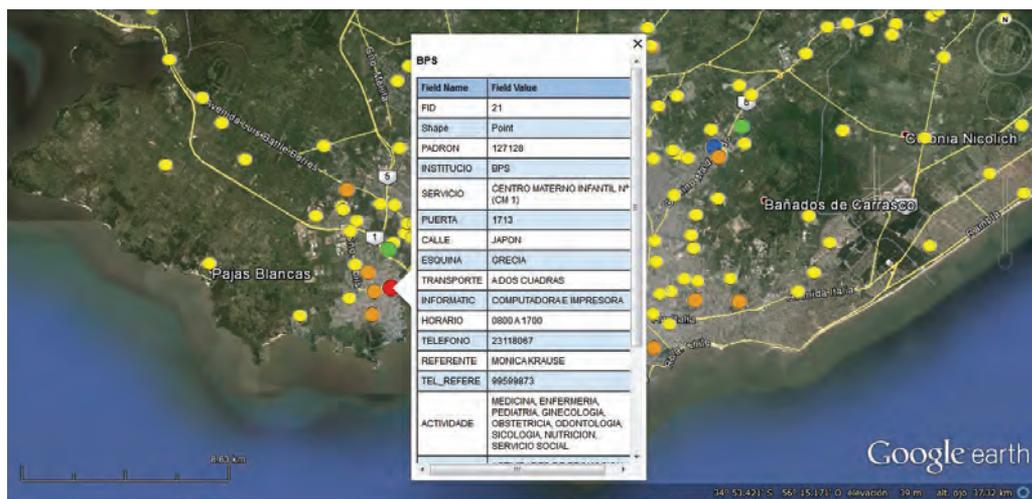
El zoom del programa informático permite visualizar con claridad radios de 100 mts alrededor de un efector y haciendo “click” en el punto de su ubicación se despliega una ventana de información básica relevada; que al pie ofrece un enlace con una página web donde despliega para su visualización toda la información resumida en 38 variables de la unidad asistencial.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Reorganización de la base territorial

Es necesario determinar con una metodología definida las áreas y zonas de salud asumidas por cada una de las unidades asistenciales de los prestadores públicos en la Región Sur de ASSE.

Figura 3. Vista de la zona metropolitana con información básica desplegada del CMI N° 2 del BPS. 2013.



La RAP Metropolitana ha avanzado, en base a un mecanismo de georreferenciación, en la definición de *zonas de intervención territorial (ZIT)* contemplando algunos criterios:

- Respetar los límites de los segmentos censales
- Identificación de asentamientos
- Identificación de centros educativos
- Distancia de hasta 10 cuadras entre la unidad asistencial y el límite de la ZIT

Será relevante aplicar el mismo procedimiento a todas las unidades asistenciales de ASSE, BPS, IM, Sanidad Policial y Sanidad Militar que se integren al proyecto de primer nivel unificado.

SECCIÓN IV: RED PÚBLICA Y COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Se debe potenciar este esfuerzo sumando la información obtenida respecto a la capacidad instalada que se obtuvo en el relevamiento de 2013.

Desarrollo de dos experiencias piloto de unificación de primer nivel.

Se ha visto la conveniencia de definir dos zonas de implementación de experiencias piloto de unificación de la puerta de entrada al sistema público en el primer nivel: Zona de influencia del Centro de Salud Jardines del Hipódromo en Municipio F de Montevideo, y zona de Toledo en Canelones. Ello permitirá identificar elementos facilitadores y obstáculos a remover de cara a su expansión a toda la Región Sur y eventualmente a todo el territorio nacional.

Se deberá tener en cuenta:

- Actores institucionales: ASSE, Intendencia de Montevideo, Intendencia de Canelones, Sanidad Policial, Sanidad Militar, BPS.
- Delimitación territorial de ambas zonas de pilotos
- Criterios para definir las zonas de intervención territorial de cada efector en base a avances que al respecto a desarrollado la RAP Metropolitana.
- Visualización en Herramienta informática: programa GVSIG
- Relevamiento de la oferta asistencial de cada efector de las zonas piloto: Montevideo - Jardines del Hipódromo: 15 unidades asistenciales; Canelones - Toledo: 8 unidades asistenciales

Por definir:

- Extensión del área territorial de cada efector (15 aéreas en Jardines y 8 en Toledo)
- Definir responsabilidades y competencias dentro de cada área territorial

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

- Definir uso de qué servicios y cuales actividades conjuntas de promoción y prevención se desarrollarán en el territorio.
- Definir instrumentos de registros
- Analizar la realidad de los copagos en ambos sentidos (en efectores Sanidad Militar y Policial hoy con copagos y en efectores ASSE/IM/BPS hoy sin copago)
- Comunicación institucional y territorial
- Ajuste del marco normativo vigente a la nueva realidad

Adscripción de usuarios a efectores con base territorial.

Es posible optar por diferentes alternativas, siempre voluntarias para el usuario:

- A través del Plan Siembra
- A través de la modalidad usada por la IM con entrega de un Carne de usuario.
- Otras modalidades que se puedan implementar en las diferentes zonas piloto.

PROPUESTA 42. Consolidar un Primer Nivel Unificado en la Región Sur que permita la articulación entre los prestadores estatales, generando modalidades de integración que puedan ser extendidas a todo el país, y transitando las siguientes etapas:

- completar el relevamiento de las unidades asistenciales
- reorganizar la base territorial, completando la definición de zonas de intervención en torno a cada unidad asistencial
- implementar estrategias de adscripción de usuarios a las unidades asistenciales
- definición de instrumentos comunes de registro

PROPUESTA 43. Desarrollar dos experiencias piloto de unificación del primer nivel como puerta de entrada en Jardines del hipódromo (Montevideo) y Toledo (Canelones)



Un sistema de información (**SINFO RIEPS**) adecuado es imprescindible en la estructuración de un proyecto de integración e intercambio de prestaciones en la Red Pública. El SINFO RIEPS debe servir al proceso de toma de decisiones en la resolución de los requerimientos asistenciales con utilidad para el conjunto de los involucrados. Debe proporcionar una visión de cómo los diferentes prestadores públicos se integran al conjunto de la Red y al mismo tiempo ser un garante de que la prestación de servicios se cumpla.

El SINFO RIEPS incluirá por lo menos los siguientes módulos, secciones o funcionalidades:

1. Acreditación de los usuarios que podrán hacer uso de los servicios y prestaciones objeto de complementación, intercambio o compra-venta.
2. La estructura de oferta:
 - a. conjunto de servicios disponibles,
 - b. prestador que lo proveerá,
 - c. identificación de los recursos físicos y humanos disponibles (con el grado de apertura que se estime conveniente, por ejemplo descripción de los equipos),
 - d. territorio en que está en condiciones de prestarlo,
 - e. tiempos de espera,
 - f. otros indicadores de calidad que se consideren adecuados.
3. Planificación de los tiempos para prestar el servicio
4. Registro y autorización de las solicitudes de servicios o prestaciones por parte del prestador solicitante.
5. Registro y autorización de la actividad realizada por parte del prestador asignado.
6. Sistemas de alertas a definir.
7. Cuentas corrientes.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Deberá definirse si se implementa un nuevo sistema de información o una solución que permita la conectividad entre los existentes en las instituciones.

Para todos los accesos y comunicaciones con los efectores, se deberá cumplir con los requerimientos de la Plataforma de Gobierno Electrónico y la Plataforma de Interoperabilidad que posee AGESIC.¹⁰

La red a utilizar será una RedSalud, similar a la RedUy en lo que refiere a su esquema, niveles de seguridad y confiabilidad.

PROPUESTA 44. Implementar un SINFO RIEPS que incluya por lo menos los siguientes módulos, secciones o funcionalidades:

1. Acreditación de los efectores que podrán hacer uso de los servicios y prestaciones objeto de complementación e intercambio.
2. Estructura de oferta de servicios y prestaciones
3. Registro y autorización de las solicitudes de servicios o prestaciones por parte del prestador solicitante.
4. Registro y autorización de la actividad realizada por parte del prestador asignado.
5. Sistema de Cuentas corrientes.

Decisiones críticas para concretar un SINFO RIEPS

Los prestadores de la RIEPS deberán tomar un conjunto de decisiones a efectos de dar los pasos necesarios para su concreción:

- Acordar los requerimientos básicos del sistema de información desde diferentes perspectivas:
 - Gestión clínico - asistencial
 - Económico financiero.
 - Registro y estadísticas.

¹⁰ http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/1454/1/agesic/guia_de_uso_de_la_plataforma_de_ge_del_estado_uruguayo.html

SECCIÓN V: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Realizar las previsiones de financiación para su desarrollo e implantación.
- Diseñar los TDR de un consultor o convenir con AGESIC el diseño de un pliego para su licitación.
- Definir desde que institución se implementará el proceso licitatorio. (ASSE? AGESIC?).
- Seleccionar y adjudicar a una empresa el desarrollo e implantación del INFO RIEPS.
- Definir una contraparte interinstitucional e interdisciplinaria para que trabaje en conjunto con la empresa adjudicataria.
- Generar en cada una de las unidades asistenciales de los prestadores públicos las condiciones para la instalación del INFO RIEPS en todo el territorio nacional.
- Capacitar a los recursos humanos para su utilización.
- Diseñar un sistema de evaluación y monitoreo.

PROPUESTA 45. Convenir con AGESIC el diseño del pliego de licitación del software o la solución informática, que permita implementar el SINFO RIEPS.

PROPUESTA 46. Designar un grupo de trabajo interinstitucional que permita definir los siguientes aspectos del SINFO RIEPS:

- Requerimientos básicos desde las perspectivas de gestión clínico asistencial, económica financiera y de registro y estadísticas
- Previsiones de financiación para su desarrollo e implantación.
- Contraparte interinstitucional e interdisciplinaria para que trabaje en conjunto con la empresa adjudicataria.



Relevamiento conjunto DIGESNIS – RIEPS 2013.

Para el cumplimiento de la línea de acción vinculada al estudio de los Recursos Humanos en la Red Pública de Salud se trabajó en forma coordinada con la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud de la DIGESNIS del Ministerio de Salud Pública. Esta división del MSP tenía dentro de sus prioridades para el año 2013 realizar un relevamiento de la información sobre los recursos humanos (RHS) que se desempeñan actualmente en los efectores públicos de salud.

A partir de una definición del Consejo Directivo Honorario de la RIEPS se facilitaron los referentes en recursos humanos y el contacto con cada una de sus instituciones. Participaron en el relevamiento Hospital Policial (HP), Hospital Militar (HM), Hospital de Clínicas (HC), División Salud de la Intendencia de Montevideo (I de M), Banco de Seguros del Estado (BSE) y el Banco de Previsión Social (BPS).

El equipo de DIGESNIS le entregó a los referentes institucionales un manual que establecía los criterios básicos para el correcto llenado de una planilla de datos de RHS y explicaba la información solicitada en cada campo, con las desagregaciones correspondientes. En encuentros posteriores se priorizó la importancia del aporte de la información para analizar las características del mercado de trabajo en los efectores públicos de salud así como para la planificación de políticas que tiendan a mejorar las condiciones de trabajo.

La recepción de la solicitud fue muy positiva, consolidándose un grupo de trabajo con todos los referentes de los efectores de la RIEPS que sigue funcionando. El relevamiento ha permitido generar información preliminar sobre 23.640 trabajadores, que fue presentada y discutida en el Seminario de Recursos Humanos en la Red Pública de Salud realizado en abril de 2014. Allí se subrayaron algunos elementos a integrar al presente Plan Estratégico.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Análisis de la dotación, distribución y retribuciones de los RHS en los diferentes prestadores públicos

Las siguientes tablas presentan algunos datos relevantes para el análisis de los recursos humanos en salud en los prestadores públicos. Si bien es información incompleta, permite identificar algunos desafíos. En un 74% son mujeres, predominando las licenciadas/os y auxiliares de enfermería en los tramos etarios más jóvenes, y las médicas/os y las psicólogas/os en los tramos de edad más avanzada.

Tabla 2. Distribución de los RHS por disciplina según prestador. RIEPS. Uruguay. 2014

Instituciones	Médicos	Lic.	Aux.	TNM ²	Psicólogos ³	Odontólogos	Total
		Enfermería	Enfermería				
ASSE⁴	4.936	1.032	5.256	2.401	203	265	14.093
BPS	343	62	130	241	41	32	849
BSE	96	29	135	112	3	4	379
HM	734	199	621	130	19	244	1.947
HC	775	285	762	250	2	6	2.080
HP	653	55	489	196	55	65	1.513
IMM	73	23	24	15	23	27	185
Total	7.610	1.685	7.417	3.345	346	643	21.046

Debe señalarse que los datos de ASSE son provenientes únicamente de su padrón presupuestal; no están incluidos en esta información preliminar los funcionarios contratados por Comisión de Apoyo ni por Patronato del Psicópata.

SECCIÓN VI: RECURSOS HUMANOS EN LA RED PÚBLICA

Tabla 3. Distribución de los RHS por grupos de especialidades médicas según prestador. RIEPS. Uruguay. 2014

Instituciones	EB	EM	AQ	Practicantes-residentes	Total
ASSE	2.089	1.247	497	822	4.655
BPS	142	99	67	3	311
BSE	2	24	69	0	95
HM	254	349	127	0	730
HC	76	473	177	50	776
HP	294	255	98	6	653
IMM	65	7	0	1	73
Total	2.922	2.454	1.035	882	7.293

Nota: EB: Especialidades básicas. EM: Especialidades Médicas. AQ: Especialidades anestésico quirúrgicas.

Respecto a la retribución mensual promedio medida en pesos uruguayos se observó una gran variabilidad entre los prestadores en cada una de las disciplinas. Entre los médicos los extremos del rango se ubicaron en 26.400 y 67.700 pesos. El promedio de las Licenciadas de enfermería se ubicó entre valores de 28.200 y 65.000 pesos. Los psicólogos mostraron un rango entre 23.800 y 79.000 pesos. Las auxiliares de enfermería variaron entre 19.100 y 57.800. Los extremos del rango lo ocuparon diferentes instituciones según la disciplina.

Es necesario puntualizar que para realizar comparaciones entre prestadores es importante tener en cuenta que los regímenes de trabajo son diferentes, y por ende las cargas horarias son diversas.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Tabla 4. Carga horaria mensual promedio por disciplina según prestador. RIEPS. Uruguay. 2014.

	Médicos	Lic. Enfermería	Aux. Enfermería	TNM	Psicólogos	Odontólogos
ASSE	101	133	145	116	105	76
BPS	173	174	174	173	173	173
BSE	114	141	141	141	141	114
HM	123	120	120	120	120	120
HC	145	163	160	164	186	97
HP	66	120	120	112	72	49
IMM	87	90	120	81	91	85

Tabla 5. Carga horaria mensual promedio por especialidades médicas según prestador. RIEPS. Uruguay. 2014.

	EB	EM	AQ	Practicantes
ASSE	91	79	69	182
BPS	171	174	175	174
BSE	114	114	114	
HM	122	122	124	
HC	158	139	147	154
HP	63	67	69	96
IMM	85	109		120

Se observa una amplio rango de variabilidad de cargas horarias contratadas, valor hora y retribución total en las diferentes instituciones públicas. Ello facilita la competencia por los recursos humanos entre prestadores estatales y dificulta la fidelización de los funcionarios a sus instituciones, con la consiguiente desacumulación de procesos de formación, aprendizajes, incorporación a la cultura institucional, etc., más allá de las dificultades para cubrir los servicios en las que pagan menos.

Magnitud del multiempleo

La tabla 6 presenta información sobre el número de instituciones en que trabajan los diferentes RHS en base a información proveniente del SCARH y del relevamiento de la RIEPS.

SECCIÓN VI: RECURSOS HUMANOS EN LA RED PÚBLICA

Tabla 6. Multiempleo según disciplinas del sector salud. Uruguay. 2014.

N° de instituciones	Médicos	Lic. Enf	Aux. Enf	Otros TNM	Psicólogo	Odontólogo
1	46,5%	85,8%	87,3%	77,8%	93,4%	89,6%
2	30,5%	13,9%	12,5%	17,5%	6,3%	9,7%
3	12,8%	0,3%	0,2%	3,6%	0,3%	0,6%
4 y más	10,1%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el abordaje del multiempleo en el sector se consideran las IAMC, los Seguros asistenciales y los prestadores de la RIEPS. No está incluida la información vinculada al trabajo en emergencias móviles ni la de docentes universitarios que se desempeñan en servicios fuera del Hospital de Clínicas. Asimismo nos están incluidos los casos de contratos de arrendamientos de servicios.

La realidad actual muestra disparidad en las posibilidades de contratación de los RHS entre el sector público y el sector privado. Mientras que no hay limitaciones en el sector privado respecto a que un profesional pueda ser contratado por diversas instituciones, en el sector público hay limitaciones en la carga horaria contratada, y en las instituciones habilitadas por la normativa vigente para contratar un recurso que ya trabaja en otro prestador público. Mientras que en ASSE, Sanidad Policial, Sanidad Militar y las Intendencias pueden contratar al mismo profesional hasta 72 hs mensuales, no sucede lo mismo con BPS y BSE, lo cual determina que en muchos casos el profesional deba renunciar a una institución para poder trabajar en otras.

Aspectos operativos en el sector público pasibles de ser armonizados

Existe una gran diversidad entre los prestadores públicos en lo que respecta a la composición del salario (componente fijo, salario variable y otros pagos complementarios) y la proporción de horas presenciales y reten en el total de las cargas horarias contratadas.

Es necesario avanzar en la homogeneización sobre todo de las condiciones de trabajo y las formas de contratación. Si bien apuntar a laudos homogéneos en el sector público es una aspiración, implica abordar una gran complejidad y debe estar ubicado como meta en estadios avanzados de integración de la Red Pública.

Es importante que los decisores institucionales tengan presente que en los prestadores estatales se concentra un conjunto muy grande de RHS, con proporciones importantes de multiempleo en varios de nuestros servicios, y es posible que esté subutilizado en algunos casos por la modalidad de contratación que tenemos que no favorece, desde lo normativo, que el trabajador se desempeñe donde lo requiere la atención o donde están disponibles los equipos para la tarea. Esto dificulta el desplazamiento de RHS entre diferentes unidades asistenciales, aun dentro del mismo prestador público.

En el comienzo de este 2014 se han realizado talleres con las instituciones en donde se ha presentado el SCARH (Sistema de Control y Análisis de Información de Recursos Humanos), sistema con el cual se trabajará durante todo este año para el volcado de la información con el objetivo de ir sustituyendo la planilla Excel trabajada en el 2013. Estos talleres han tenido como objetivo capacitar a los referentes de cada institución en el ingreso de datos a este sistema. A la vez estas instancias han permitido corregir datos y criterios de la información ya entregada, e ir visualizando (ante la mayor desagregación de datos que pide el nuevo sistema), con qué información cuenta cada institución.

Es importante la constitución de un **Grupo permanente de trabajo de RR.HH de la RIEPS**, que funcione en conjunto con DIGESNIS viendo

SECCIÓN VI: RECURSOS HUMANOS EN LA RED PÚBLICA

hasta donde se puede llegar en definiciones homogéneas y generando puentes con interlocutores de otros como por ejemplo SMU y gremios. Es relevante que estén integrados e involucrados en este proceso de la RIEPS, los organismos que tienen como competencia regular aspectos de la gestión de Recursos Humanos en el sector público como OPP y ONSC.

PROPUESTA 47. Profundizar el trabajo conjunto con DIGESNIS incrementando a la información ya disponible, la proveniente de Comisión de Apoyo de ASSE, Patronato del Psicópata, médicos docentes de Facultad de Medicina que brindan asistencia fuera del Hospital de Clínicas, y servicios tercerizados por los efectores públicos.

PROPUESTA 48. Avanzar en la implantación del SCARH (Sistema de Control y Análisis de Información de Recursos Humanos) o su adecuación ajustándolo a las realidades de los prestadores públicos, en la totalidad de los prestadores públicos de la RIEPS, con apoyo de DIGESNIS.

PROPUESTA 49. Propiciar la vinculación de la RIEPS al Observatorio de RHS más allá de las vinculaciones institucionales ya existentes de algunos prestadores públicos.

PROPUESTA 50. Constitución de un Grupo permanente de trabajo de RHS de la RIEPS, que trabaje en contacto con DIGESNIS, ONSC y OPP, avanzando en definiciones homogéneas para la gestión, formas contractuales facilitadoras de la complementación y generando puentes con otros interlocutores como SMU y gremios de la salud.

PROPUESTA 51. Impulsar un ajuste en la normativa vigente tendiente a que los RHS puedan ser contratados por todos los integrantes de la RIEPS, flexibilizando las cargas horarias al interno de cada institución en lo que respecta a la sumatoria de horas contratadas de cada funcionario en el conjunto de la Red Pública.

GOBERNANZA Y MODELO ORGANIZACIONAL



El Modelo de Redes Integradas

El modelo organizacional de la RIEPS debe orientarse según los lineamientos propuestos por OPS/OMS de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Esta modalidad le brinda la posibilidad de sintetizar la tensión entre autonomías institucionales y vínculos profundos de complementación tendiente a la interdependencia.

La RIEPS podrá funcionar como RISS si avanza en la operacionalización interinstitucional de los principales atributos de este modelo organizacional que se presentan en la Figura 3.

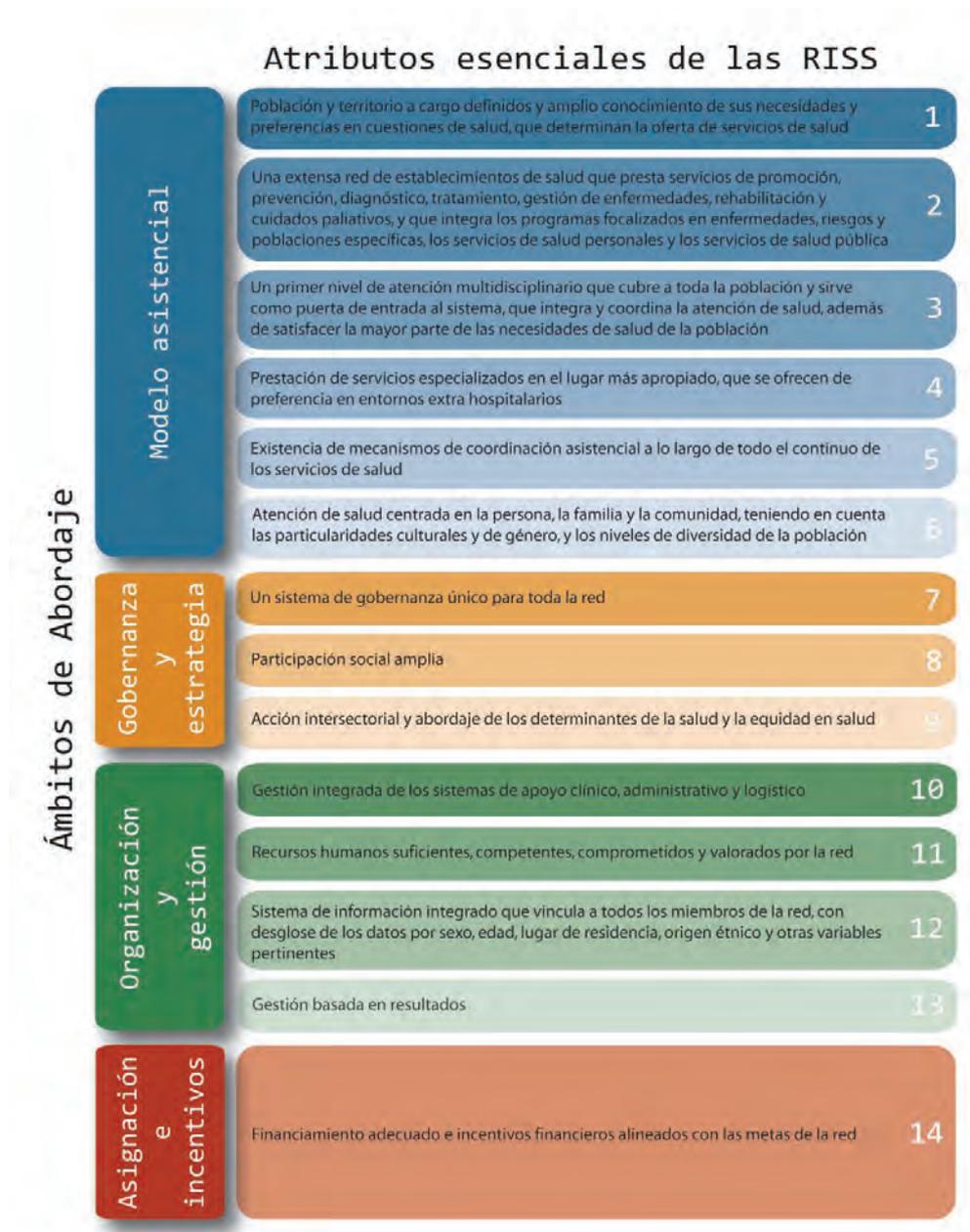
En lo que respecta a la gobernanza, la OPS explicita que *“...las dimensiones de la gobernanza son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento...Las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno”*.

La conducción institucional de las instituciones integrantes de la RIEPS así como su Consejo Directivo Honorario tienen en este campo un enorme desafío. El proceso de gobernanza de la RIEPS implicará revisar y poner en movimiento desde aspectos organizacionales y culturales de los prestadores públicos, hasta la agenda política de las instituciones.

PROPUESTA 52. Orientar el modelo organizacional de la RIEPS según los lineamientos propuestos por OPS/OMS de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

Figura 4. Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud y ámbitos de abordaje.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)

SECCIÓN VII: GOBERNANZA Y MODELOS ORGANIZACIONALES

El **Reglamento de funcionamiento de la RIEPS** ha sido una concreción muy importante iniciada en 2013 y concluida en 2014. Su publicación y difusión interna en las instituciones será muy relevante. Permitió durante su proceso de elaboración definir la Misión, Visión y valores de la RIEPS (Anexo 1)

PROPUESTA 53. Publicar y difundir el Reglamento de funcionamiento de la RIEPS.

Avanzar en integración en una lógica de redes, no implica renunciar a la misión, objetivos particulares y especificidades de las instituciones que integran la RIEPS. La ley fundacional de la RIEPS, el Decreto reglamentario 392/012 y el Reglamento de funcionamiento de su Consejo Directivo Honorario lo expresan claramente. El desarrollo y compromiso con el presente Plan Estratégico se realizará salvaguardando estas especificidades como lo ha explicitado, por ej., la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas. (Anexo 2). Esta salvaguarda de la autonomía de las instituciones aplica a todos los integrantes de la RIEPS.

Es necesario plantearse la apertura de otros espacios de participación de instituciones públicas, para ampliar el espectro de articulación de la Red Pública de Salud.

En el corto plazo la RIEPS debe formalizar acuerdos con las Intendencias del Interior del país que tienen servicios de salud, e identificar una modalidad que permita que además de la ya concretada participación de la comuna capitalina, las demás Intendencias estén representadas en el Consejo Directivo Honorario. En este sentido se han iniciado contactos con el Congreso de Intendentes, que parece ser el ámbito que permitirá una representatividad adecuada. En el momento actual ASSE tiene firmados acuerdos y convenios de complementación con participación de al menos 9 Intendencias en el Interior del país.

Comunicación institucional

En este campo se debe fortalecer la cultura de pertenencia de las instituciones a la Red Pública de Salud. Una acción concreta puede ser incorporar

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

gradualmente el uso del logo de la RIEPS por parte de las instituciones que la integran.

Asimismo puede planearse generar espacios para comunicaciones de la RIEPS en las páginas web de las instituciones.

La experiencia de la modalidad de “boletín electrónico” *RIEPS COMUNICA* que lleva 6 ediciones, ha sido evaluada positivamente.

El Diseño de un Plan de comunicación al interno de las instituciones y una perspectiva de posicionamiento público de la RIEPS deben ser abordados.

PROPUESTA 54. Diseñar en cada institución un plan de comunicación interna y externa del funcionamiento y los avances de la RIEPS.

PROPUESTA 55. Incorporar gradualmente el uso del logo la RIEPS por parte de las instituciones que la integran.

PROPUESTA 56. Definir espacios específicos para comunicaciones de la RIEPS en las páginas web cada prestador público, con links a las páginas web de las demás instituciones de la Red Pública.

MISION, VISION y VALORES de la RIEPS



MISIÓN

Coordinar, articular e integrar a los prestadores estatales a través de un funcionamiento en redes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de mejorar la complementación, calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando en forma conjunta programas de salud priorizados por el MSP y los prestadores, en un proceso continuo de mejora de la atención a la salud que asegure servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario, contribuyendo a superar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.

VISION

La RIEPS constituirá una red de servicios de salud de alta calidad con sistemas de información interconectados, integrados en un ámbito institucional que facilitará los mecanismos de complementación entre los efectores públicos, la eficiencia en el manejo de los recursos y la toma de decisiones respecto a la incorporación de tecnología, el desarrollo de servicios estratégicos y programas integrales en la Red Pública de Salud en base a la estrategia de APS. Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con criterios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las especificidades de sus instituciones para el desarrollo de las políticas de salud definidas por el MSP, y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.

VALORES

- **Derecho humano a la salud.** La salud es concebida en la Red Pública como un derecho humano fundamental, exigible por los ciudadanos, siendo responsabilidad del Estado asegurar su más alto nivel con los recursos disponibles.

PLAN ESTRATÉGICO RIEPS 2014 - 2020

- **Equidad en salud.** La RIEPS procurará eliminar las diferencias injustas entre los ciudadanos en su estado de salud, en el acceso a la atención y a los ambientes saludables, y en el trato recibido en los servicios de salud.
- **Inclusión social.** La salud se entiende como un componente imprescindible para el desarrollo social y los servicios de la RIEPS se integran a una matriz de protección social, configurando el principal brazo operativo del Estado para el desarrollo desde el sector salud de estrategias de inclusión social de los grupos poblacionales más vulnerables, tanto focalizadas como universales.
- **Cobertura universal.** La Red Pública de Salud se orientará a asegurar el acceso de las personas y trabajará activamente para mejorar la utilización de los servicios sanitarios de buena calidad de acuerdo con sus necesidades, y estén protegidas contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos, eliminando barreras administrativas, culturales, territoriales, étnicas y de género.
- **Compromiso.** Se desarrollará un alto grado de trabajo y comunicación entre los miembros de la RIEPS para definir y lograr objetivos comunes, en orden a la mejora de la salud y el nivel de satisfacción de la población.
- **Transparencia.** La Red Pública de Salud debe garantizar el derecho humano y constitucional de acceso a la información, visibilizar la administración de los recursos públicos de forma actualizada, comprensible y transparente, promoviendo la rendición de cuentas en un marco democrático de control social, a efectos de consolidar la confianza de los ciudadanos en la gestión y las instituciones públicas.
- **Identidad como servidores públicos.** Se debe fomentar una cultura organizacional centrada en el servicio a las personas y sus derechos, en donde el logro del bien común y el interés general predominen sobre los intereses particulares.
- **Racionalidad en el uso de los recursos.** La Red Pública de Salud contribuirá a un sistema sanitario fuerte, eficaz y bien gestionado, con acceso a los medicamentos y tecnologías esenciales, con la cantidad suficiente, una adecuada distribución de los trabajadores de salud y altos niveles de capacitación y motivación, en base a una planificación de mediano y largo plazo.



La Dirección Nacional de Sanidad de las FF.AA. deja constancia de su disposición a desarrollar las capacidades operativas necesarias para mantener el apresto permanente que le exige el cumplimiento de su misión, de acuerdo a las leyes y decretos en vigencia que rigen su funcionamiento.

Por lo tanto la D.N.S.FF.AA. expresa su intención a considerar el Plan Estratégico de Gestión de la RIEPS siempre que el mismo no interfiera o afecte la autonomía necesaria para el cumplimiento de su misión específica.-

Artículo 741.- **Créase la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS).** La misma estará integrada por la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Banco de Previsión Social, el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Banco de Seguros del Estado y las Intendencias Municipales. La participación en la RIEPS no afectará la autonomía ni la dependencia de cada efector con sus respectivas jerarquías. La RIEPS tendrá un Consejo Directivo Honorario conformado por un representante titular y uno alterno de cada uno de los organismos públicos que se incorporen a ésta. Será requisito necesario para integrar el Consejo Directivo, ser la máxima autoridad en salud del organismo o acreditar la expresa delegación de atribuciones del jerarca máximo. Dicho Consejo Directivo será presidido por el representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. El Consejo Directivo tendrá como cometidos, entre otros, el diseño de la estructura interna de la RIEPS y la elaboración de un plan estratégico para la misma, que incluya el reglamento de organización y funcionamiento de dicho Consejo, definición de sus líneas de acción, la definición de áreas prioritarias para intercambio o venta de servicios en general, el seguimiento y la evaluación del funcionamiento de la RIEPS. [...]

(Ley 18.719 de 2010)

