

IMPACTO DE LA REFORMA SANITARIA SOBRE UN EFECTOR PÚBLICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INTERIOR DEL URUGUAY

Leticia Benelli ¹

Raquel Díaz ²

Cristina Martínez ³

Alicia Pilatti ⁴

Andrea Princisgh ⁵

Elian Suhr ⁶

Cristina Taberne ⁷

Resumen

A partir de la creación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en los años 2007 y 2008 el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, que era efector de salud del subsistema público, actúa como rector y conductor del Sistema de Salud, basado en una política social integral del Estado. En la reforma establecida a través del SNIS se destacan los cambios en el modelo de atención, de gestión y de financiamiento. Se plantea el fortalecimiento del primer nivel de atención, con una organización que le permita desde la intersectorialidad e interdisciplinariedad llevar a cabo las políticas de salud encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población con una adecuada dotación de recursos.

¹ Licenciada Enfermera. Docente Asistente de Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería. Regional Norte. Universidad de la República. Departamento de Salto. Uruguay. lebenro@gmail.com.

² Licenciada Enfermera. Especialista en Geronto-Geriatria y en Enfermería Médico-Quirúrgico. Docente Asistente de la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería. Regional Norte. Universidad de la República. Departamento de Salto. Uruguay. miraquel890@yahoo.com.

³ Licenciada Enfermera. Jefa Departamento de Enfermería del Hospital Regional del Departamento de Salto. Uruguay. cristina.martinez1960@gmail.com

⁴ Licenciada Enfermera. Especialista en Geronto-Geriatria- Enfermería Médico-Quirúrgico e Infecciones Intrahospitalarias. Adjunta a Departamento de Enfermería de Hospital Regional del Departamento de Salto. Docente Asistente de la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería. Regional Norte. Universidad de la República. Departamento de Salto. Uruguay. aliciapilatti@adinet.com.uy

⁵ Licenciada Enfermera. Sociedad Médico Quirúrgica del Departamento de Salto. Docente Asistente de la Cátedra Administración de la Facultad de Enfermería. Regional Norte. Universidad de la República. Departamento de Salto. Uruguay. aprincisgh@gmail.com

⁶ Licenciada Enfermera. Especialista en Geronto-Geriatria- Enfermería Médico-Quirúrgico y Enfermería en Cuidados Intensivos. Unidad de Terapia Intensiva del Departamento de Salto. Profesora Adjunta de la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería. Regional Norte. Universidad de la República. Departamento de Salto. Uruguay. esuhr05@yahoo.com.ar

⁷ Licenciada Enfermera. Especialista en Pediatría. Supervisora del Hospital Regional del Departamento de Salto. Profesora Adjunta de Cátedra de Niño y Adolescente de la Facultad de Enfermería. Regional Norte. Universidad de la República. Departamento de Salto. Uruguay. ctaberne@yahoo.com.ar

El objetivo de este trabajo fue realizar una aproximación diagnóstica en una Unidad Básica de Atención dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el Interior del país, aplicando el enfoque de sistemas. Se realizó un análisis de impacto en el efector de salud seleccionado, tomando aspectos centrales para la gestión sanitaria.

La metodología empleada se desarrolló en 3 etapas:

- a) Selección de marco normativo pertinente
- b) Identificación de variables e indicadores con enfoque sistémico
- c) Relevamiento de información y análisis.

Los aspectos relevantes encontrados fueron: las deficiencias en el control de los procesos de implementación del marco normativo y la falta de autonomía presupuestal a nivel local. Si bien se ha logrado un incremento en los recursos humanos, esto no está basado en el estudio de necesidades o en modelos de dotación de referencia regional o internacional. Uno de los aspectos más significativos que hace al modelo de atención estudiado, es que se observan acciones fragmentadas que responden a la demanda espontánea de los usuarios. Se ha logrado visualizar la instalación de algunos programas a cargo de la Licenciada en Enfermería de la Unidad Básica Asistencial estudiada, con el cumplimiento parcial de ciertas Metas Asistenciales. Aún dista observar la instalación de un modelo con orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

Palabras clave: Teoría de sistemas, Administración en salud, Reforma de la atención de Salud.

IMPACT OF THE HEALTH CARE REFORM ON A PUBLIC EFECTOR OF THE FIRST LEVEL OF ATTENTION OF THE INTERIOR OF THE URUGUAY

Abstract

Since the creation and implementation of the Integrated National System of Health (SNIS) in the year 2007 and 2008 the Department of Public health (MSP) of Uruguay that was efector of health of the public subsystem, acts like rector and driver of the System of Health, based on an integral social policy of the State. The reform established through the SNIS highlights changes in the model of care, management and financing. This model raises the strengthening of the first level of attention, with an organization that allows it through the intersectorialidad and interdisciplinary nature to carry out the politics of health directed to improve the quality of life of the population with adequate staffing resources.

The objective of this work was to realize a diagnostic approach in a Basic Unit of Attention dependent on the Administration of the Health services of the State (ASSE), located in a Department (Province) of the Country, applying the systems concept.

The authors realized an impact analysis in the chosen health efector, considering central aspects for the sanitary management. The methodology was developed in three stages: a) selection of normative framework b) identification of variables and indicators c) Report of information and analysis.

The authors found the following important aspects: deficiencies in the control of the normative frame implementation and the absence of presupuestal autonomy at local level.

Although there has been an increase in human resources, this is not based on the study of needs or in regional or international reference staffing models.

One of the most significant aspects found are the fragmented actions as a response to the spontaneous demand of users.

The authors noted the installation of programs carried out by the Nurse from the unit basic healthcare studied and partial enforcement of some relief goals. They have not seen the installation of a model with preventive, comprehensive guidance and humanist content.

Key words: Systems Theory, Health administration, Health Care Reform.

IMPACTO DA REFORMA SANITÁRIA SOBRE UM AGENTE PÚBLICO DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENDIMENTO DO INTERIOR DO URUGUAY

Resumo

Impacto da reforma sanitária sobre um agente público do primeiro nível de atendimento do interior do Uruguay. A partir da mudança o Ministério da Saúde Pública que era agente de saúde do subsistema público, agirá como reitor e condutor do Sistema de Saúde, baseado em uma política social integral do estado. Na reforma estabelecida pelo SNIS salientam, como razão de ser deste processo, as mudanças no modelo de atendimento, gestão e financiamento.

Torna-se necessário o fortalecimento do primeiro nível de atendimento, com uma organização que lhe permita, a partir da intersectorialidade e interdisciplinariedade, realizar as políticas de saúde encaminhadas a melhorar a qualidade de vida da população, com uma adequada dotação de recursos. O objetivo deste trabalho foi realizar uma aproximação diagnóstica em uma Unidade Básica de Atendimento dependente da Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE), no interior do país, aplicando o enfoque de sistemas. Após, foi realizada uma análise do impacto no agente de saúde selecionado, tomando aspectos centrais para a gestão sanitária. A metodologia empregada foi desenvolvida em 3 etapas: a) Seleção do marco normativo pertinente b) Identificação de variáveis e indicadores com enfoque sistêmico c) Levantamento de informação e análise.

Neste caso, são mencionados como aspectos relevantes: as deficiências no controle dos processos de implementação do marco normativo, como também a falta de autonomia de orçamentos a nível local. Se bem que foi conseguido um incremento nos recursos humanos, isto não está baseado na pesquisa de necessidades ou em modelos de dotação de referência regional ou internacional. Um dos aspectos mais significativos que faz ao modelo de atendimento pesquisado, é que se observam ações fragmentadas que respondem à demanda espontânea dos usuários. Nesta experiência concreta, pôde visualizar-se a instalação de alguns programas a cargo da diplomada em Enfermagem da Unidade Básica Assistencial estudada, com o cumprimento parcial de certas Metas Assistenciais. Falta ainda observar a instalação de um modelo de orientação preventiva, integral e de conteúdo humanista.

Palavras-chave: Teoria de sistemas, Administração em saúde, Reforma dos Serviços de Saúde.

Introducción

El presente trabajo se realizó con el objetivo de realizar un diagnóstico administrativo utilizando la Teoría de Sistemas en una Unidad Básica Asistencial del Primer Nivel de Atención, del sector público en el Interior del País.

La Ley de Presupuesto Nacional de diciembre de 2005, aprueba las bases programáticas para la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en la República Oriental del Uruguay. En el año 2007 se crea la ley 18.2118 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual se implementa a partir del 1° de enero del 2008 y plantea tres modificaciones sustanciales al anterior sistema: nuevo modelo de atención, de gestión y de financiamiento. En ese cambio de modelo de atención, se plantea una orientación que privilegie la atención integral, jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud. Estas acciones se desarrollan en el marco de la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud, cuyas características son: fortalecimiento del primer nivel de atención, la cobertura universal, el trabajo de equipos interdisciplinarios con enfoque integral y la creación de ámbitos de coordinación integral (Benia W. Reyes I. 2008).

El cambio en el modelo de gestión implica que el Ministerio de Salud Pública (MSP) asuma la responsabilidad en el proceso de conducción del sistema, y de ejercer la rectoría en la definición de políticas y normas que regulen los diferentes programas de salud, la habilitación, la regulación de los efectores y la definición de las prestaciones a las que estarán obligados dichos efectores.

“Los cambios propuestos en el modelo de financiamiento se basan en la justicia distributiva para lo que se creó un Fondo Nacional de Salud quien administrará los

recursos destinados al pago de los efectores para permitir dar cobertura al Plan Integral de Atención de Salud (PIAS)” (Benia W. Reyes I. 2008:116).

Así como en el 46° Consejo Directivo de agosto de 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó dos planteos fundamentales, que se creen imprescindibles para el abordaje del sistema de salud, trabajar con un enfoque propuesto en la renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en esta materia. La propuesta de APS vuelve a agitar el escenario de la organización y la conceptualización de los sistemas de salud, jerarquizando aspectos como la constitución de los equipos de salud, la definición de sus competencias, la habilidad para poner en práctica sus conocimientos, la disponibilidad de recursos, la actitud positiva, la intersectorialidad y la participación de los usuarios.

Como afirman Martin Zurro y Cano Pérez (1999), todos los profesionales de la salud, planificadores, políticos y ciudadanos se han dado cuenta, que la función de un sistema sanitario, no radica exclusivamente en garantizar el derecho del usuario a ser adecuadamente atendido, sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano. La prioridad es asegurar el derecho a la salud, asumiendo que en cierta medida la enfermedad es un fracaso en el logro de ese objetivo.

Las condiciones concretas todavía no se han dado en el país y por eso la capacidad resolutoria del primer nivel es baja, sustentada esta afirmación en que aun no se ha asignado presupuesto para el primer nivel de atención, lo que impacta directamente sobre la dotación de recursos humanos y ello sobre los resultados de las prestaciones en la atención a los usuarios.

Diagnóstico es el estudio sistemático de análisis de una realidad o situación concreta,

⁸ Ley N° 18.211. En: García Martínez R, Ordiozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009:181-202.

donde se emite un juicio o conclusión, identificando problemas y necesidades imprescindibles de abordar en las diferentes áreas para generar un impacto que busca la mejora en la calidad de atención. El diagnóstico con enfoque de sistema es una herramienta metodológica de aproximación a la realidad para su conocimiento y comprensión global. Permite definir el sistema a estudiar, su finalidad, identificar las propiedades de los elementos que lo

componen, como estos se organizan y funcionan. Además de como el sistema afecta y es condicionado por el ambiente que lo rodea. En el enfoque de sistema se identifican tres partes: entrada, procesador y salida del mismo. Para comprender el principio de dinamismo que involucra este enfoque, se aborda el período 2004-2009, período que permite visualizar el quinquenio anterior y posterior al SNIS, a través de datos relevantes de impacto.

Metodología

Se realizó un análisis de impacto en el efector de salud seleccionado, tomando aspectos centrales para la gestión sanitaria. La metodología empleada se desarrolló en 3 etapas:

- a) Selección de marco normativo pertinente.
- b) Identificación de variables e indicadores con enfoque sistémico.
- c) Relevamiento de información y análisis.

La Unidad Básica Asistencial estudiada está ubicada en un departamento del Interior del país. Su área de influencia abarca ocho barrios y complejos habitacionales.

Usuarios: Habitantes en área de influencia: 23.267.

Mujeres: 11.274.

Hombres: 10.000.

Niños hasta 2 años: 1093.

Niños y adolescentes hasta 19 años: 7.990⁹.

⁹ Fuente: Licenciada en Enfermería de la Unidad Básica Asistencial del sector público en estudio. Fecha: 16/08/2010.

Resultados

ENTRADA – RRHH			
MODELO	REALIDAD		CONCLUSIÓN
	ANTES	DESPUÉS	
	2005	2010	
	Director Centro de Salud Dr. en Medicina 1 Licenciado Enfermería	Director Dptal APS-ASSE 1 Lic. Enfermería Adj. Área Urbana 1 Lic. Enf. Adj. Área Rural	Se modificó la estructura incorporándose una Licenciada en Enfermería.
Medicina General, Pediatría, Ginecología y Odontología. Enfermería: 1 Lic. Enf.; 1 Interno Enf. y 1 Aux.de Enf. cada 1800 Hab. ¹⁰⁽⁶⁾ Aux. Servicio, Aux. Farmacia, Tec. laboratorio. Médico de guardia permanente en el horario de atención al público. (Dec. 416/002 Art 38 ¹¹)	Medicina General, Pediatría Ginecología y Odontología. 1 Lic. en Enf. 2 Internos de Enf. No se contaba con este recurso en la institución.	2 Lic. en Enfermería Operativas. 3 Internos de Enf. 6 Aux. de Enf 2 Aux. de Servicio 8 Ginecólogos 4 Medicina General 6 Pediatras 1 Psiquiatra Infantil y 1 de Adulto 1 Fonoaudiólogo 2 Parteras 2 Técnicos en Laboratorio 1 Odontólogo 1 Médico Alergista No se cuenta con este recurso.	No hay una definición de la relación de los RRHH de enfermería por número de usuario según el modelo. Existe un déficit de los equipos de enfermería en un 85%, de acuerdo al modelo. Cuenta con servicios de apoyo. No se está cumpliendo aún con este decreto.

¹⁰ Cabrera A, Molina L, Ibarra G, Temer R, Santana S, et al. Normativa de Enfermería para nuevo SNIS. Comisión Nacional Asesora de Enfermería Ministerio de Salud Pública. Integrante de la Red de Enfermeros Jefes Asesores de Nivel de Gobierno de OPS/OMS. Grupo Coordinador de País (GCP). Uruguay, 2010, p. 72-73.

¹¹ Actualización de normativa para la habilitación de Establecimientos Asistenciales. Decreto N° 416/002 de 31 de octubre de 2002. Disponible en Página Web Presidencia de la República Oriental del Uruguay: <http://www.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm>. [Acceso 10 de julio de 2010].

ENTRADA RRMM			
MODELO	REALIDAD		COMENTARIO
	ANTES	DESPUÉS	
	2005	2010	
Equipamiento, instrumental y material médico quirúrgico y medicación, para resolver las consultas. Deberá tener referencia con: servicios de diagnóstico y/o tratamiento: Laboratorio de Análisis Clínicos, Radiología y Ecografía. Decreto N° 416/002 ¹²	<p>Durante el período: Cuenta con instrumental y material médico quirúrgico para resolver las consultas.</p> <p>RR Tecnológicos: 1 ecógrafo y electrocardiógrafo, 1 equipo de rayos X que no se utiliza por falta de técnico.</p> <p>Se realiza extracción de sangre en Laboratorio y las muestras son procesadas en Laboratorio de Hospital.</p>	<p>La unidad cuenta con equipamiento, instrumental y material médico-quirúrgico para dar respuestas a las necesidades de los usuarios según lo estipulado por el decreto.</p> <p>Se realizan los exámenes de laboratorio y ecografías en la policlínica y no se realizan radiografías (falta el RRHH técnico).</p>	
Al no contar en la planta física con la infraestructura para la continuidad de la atención del paciente, la Institución deberá cubrir el servicio de traslado común y especializado, hacia el lugar de tratamiento definitivo. Decreto N° 416/002 (ibid)	<p>El traslado se solicita a Hospital, antes se realizaba de la misma manera.</p> <p>La Institución cuenta con un auto que no tiene como finalidad realizar traslados.</p>	<p>No se cuenta con un vehículo de traslado adecuado para dar respuesta en forma oportuna a las necesidades de los usuarios.</p>	

¹²

Actualización de normativa para la habilitación de Establecimientos Asistenciales. Decreto N° 416/002 de 31 de octubre de 2002. Disponible en Página Web Presidencia de la República Oriental del Uruguay: <http://www.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm>. [Acceso 10 de julio de 2010].

ENTRADA – RRFF			
MODELO	REALIDAD		COMENTARIO
	2005	2010	
Autonomía presupuestal del Primer Nivel de Atención ¹³	No tiene autonomía presupuestal.	El presupuesto de ASSE para el departamento lo distribuye y ejecuta el Equipo de Gestión de Hospital. Desde el año 2004 al año 2009, ascendió de \$139.030.857 a \$305.167.835. Se le duplicó el presupuesto a nivel Central al Primer Nivel de Atención, pero continúa sin autonomía. Maneja \$5000 sólo para compras de hojas.	El Primer Nivel de Atención carece de autonomía presupuestaria, lo que repercute en la resolutiveidad de los problemas sanitarios en éste nivel.
ENTRADA – FACTORES CONTRIBUYENTES: Normas			
MODELO	REALIDAD		COMENTARIO
	2005	2010	
Promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. ¹⁴	No se cuenta con información anterior al año 2009. Convenio ASSE-CAIF(Centro Atención a la Infancia y Familia): Actividades educativas dirigidas a niños y embarazadas de 7 CAIF del área de referencia: En el año 2009 fueron planificadas 49 y realizadas 15. Actividades intramuro: se realizaron actividades educativas y participativas con los usuarios.		Déficit de acciones de promoción extramuro, con las diferentes instituciones del área de influencia de la UBA de acuerdo a lo planificado.

¹³ Proyecto de Ley del Presupuesto Nacional 2010-2014. Disponible en Página Web de Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República Oriental del Uruguay: <http://www2.opp.gub.uy/documentos/Presupuesto%20Nacional%202010-2014%20aprobado%20CRR%20.pdf> [Acceso 18 de julio de 2010].

¹⁴ Ley 18211. SNIS Artículo N° 3 Año 2007.

PROGRAMAS	PROGRAMAS (2005-2010)	COMENTARIO
Programas prioritarios del MSP 15	Se llevan adelante los siguientes programas integrales: Salud de la Niñez: Programa Aduana, Programa Ampliado de Inmunizaciones. Proyecto Atención Integral de Enfermería a niños de 0 a 6 años con Bajo Peso y en Riesgo de Desnutrición. Mujer y Género: Control del Embarazo (Nivel de Riesgo). Control de Puerperio. Adolescente Adulto: Salud Cardiovascular y Diabetes. Programa Nacional de Cáncer (Screening: fecatest- PAP). Salud Bucal.	No se llevan adelante la totalidad de los programas prioritarios establecidos por el MSP En este período no se implementaron nuevos programas.

	Gineco-obstetricia	Pediatría	Total
N° Consultas Médicas 2006	4639	4.961	9600
N° Consultas Médicas 2009	4.709	5.166	9875
Consultas de Enfermería en 2° semestre 2009	Programa Infantil: 650. Atención Embarazada: 990 y Planificación Familiar: 2700		
Consultas de Enfermería en 2° semestre 2009	Programa Infantil: 650. Atención Embarazada: 990 y Planificación Familiar: 2700		

-

¹⁵ Programas Prioritarios de Salud Pública. Disponible en Página Web de Ministerio de Salud Pública: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html. [Acceso 18 de abril de 2010].

METAS ASISTENCIALES		
<p>Meta 1 Se implementa a partir del año 2010 Captación y derivación del Recién Nacido Acuerdo entre JUNASA – ASSE: Dpto. del interior: 95% niños derivados, 85% niños captados Controles obligatorios en el primer año de vida del niño (11 controles): 50%. Certificado de vacunas vigente: 85%. Promoción de la Lactancia Materna: 35% Ecografía de Cadera del Lactante: 30%</p>	<p>Nº nacidos vivos: 95 Captados: 74 (78%) Derivados: 88 (93%) Total niños de 1 año: 124 Niños con 11 controles: 65 (52%) Certificado de vacuna vigente: 69 (56%) Lactancia Materna según pauta: 55 (44%) Ecografía de cadera: 33 (27%)</p>	<p>Se observa un programa en funcionamiento y dirigido por enfermería profesional. Hay un acuerdo diferencial entre JUNASA-ASSE que establece otros indicadores que los utilizados para el resto de los efectores. Se debería evaluar con mayor profundidad los resultados alcanzados para definir un plan de mejora.</p>
<p>Meta 1: ¹⁶(15) Captación en el 1º trimestre (30%) 6 controles previo al Parto (50%) Embarazada derivada al Odontólogo (40%) Control Odontológico de la Puérpera (20%). Historias del Sistema Informático Perinatal completas (SIP) (75%) Control de HIV y VDRL (Sida y Sífilis) (40%).</p>	<p>Nº captadas en el primer trimestre 47 (49%) 6 controles o más 65 (68%) Menos de 6 controles 29 (30%) Derivadas al odontólogo 55 (57%) Control odontológico de puérpera 65 (68%) Mujeres con historia de SIP completa 40 (42%) e incompleta 47 (49%) Control HIV y VDRL en 1ª trimestre 57 (59%)</p>	<p>Excepto el indicador de control odontológico de la embarazada, en el resto de los indicadores se alcanzan los niveles exigidos.</p>
<p>Meta 2: Capacitación de RRHH: ¹⁷</p>	<p>Durante el 2009 se realizaron teleconferencias desde ASSE central, a las cuales participaron algunos funcionarios. Las mismas se desarrollaron con dos horas de duración. No hay registros en la Institución del número de funcionarios que participaron.</p>	<p>La capacitación de RRHH utilizada como herramienta fundamental para la implementación del SNIS no pudo documentarse de acuerdo a las exigencias de la JUNASA en esta institución.</p>
<p>Meta 2: Médico de referencia: 15% de los usuarios del efector contarán</p>	<p>No se está implementando.</p>	<p>No permite comenzar a pensar en un vínculo longitudinal entre</p>

¹⁶ Ministerio de Salud Pública. Página Web. Uruguay. [Acceso 20 de marzo de 2010]. Meta 1- Metas del Niño y la Embarazada. [Nº páginas 25]. Disponible en Página Web: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4607.19822>

¹⁷ Ministerio de Salud Pública. Página Web. Uruguay. [Acceso 20 de marzo de 2010]. Meta 2-Médico de Referencia-Junta Nacional de Salud. [Nº páginas 7]. Disponible en Página Web: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199.18882>

con un médico de referencia, de libre elección certificado mediante firma.		el usuario y el médico, para dar respuestas oportunas desde los profesionales a las necesidades del usuario.
Meta 3: Adulto Mayor: ¹⁸	No se está implementando.	No se realiza una valoración geriátrica integral, ni el seguimiento de este grupo etéreo. No se aplica el programa del MSP.
Contrato de Gestión ¹⁹		
Desarrollo de actividades intra e intersectoriales, y con la participación activa de la comunidad. Servicios de complementariedad.	Carecemos de información de periodos anteriores. Con el Ministerio de Desarrollo a través de programas como Instituto Nacional de la Familia, Instituto Nacional de las Mujeres y CAIF, Dpto. Desarrollo Humano y Social de la Intendencia del Dpto. Se busca involucrar a la comunidad y su empoderamiento. No posee servicios de complementariedad	El éxito de la estrategia de A.P.S requiere como condición la intersectorialidad y la participación activa de la comunidad. Permitiría maximizar el uso de los recursos existentes.
Carne de Salud Laboral Aplicación de Guías de Práctica Clínica. Control de salud gratuito y obligatorio a niños y adolescente menores de 18 años.	No se realiza. No se aplican Guías de Práctica Clínicas. Se aplican los programas del MSP correspondientes a estos grupos etéreos Desde antes contaba y cuenta con equipo de atención para adolescentes.	Se realiza únicamente en Hospital. Contar con guías clínicas permitiría estandarizar intervenciones, disminuyendo costos, tiempos y contribuirían a mejorar la calidad de atención.

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Página Web. Uruguay. [Acceso 20 de marzo de 2010]. Meta 3- Junta Nacional de Salud-Adulto Mayor [Nº páginas 5] Disponible en Página Web: [http:// www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199,18883](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199,18883)

¹⁹ Decreto 464/008. Disponible en: García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. p. 493-512.

<p>Horarios: De lunes a viernes de 8 a 20 y sábados de 8 a 14 horas, deberá haber disponibilidad de consultas para medicina general, pediatría, servicios de apoyo administrativos y para la realización de exámenes.</p> <p>Se podrán coordinar consultas telefónicas.</p> <p>Tiempo de espera, decreto 359/007²⁰</p> <p>Las citas para las consultas en medicina general, pediatría y gineco-obstetricia, se deben otorgar en un plazo máximo de 24 horas luego de la solicitud de la misma.</p> <p>Inspección de JUNASA</p>	<p>En el periodo 2005 – 2009 no hubieron cambios.</p> <p>La institución permanece abierta de lunes a viernes de 7 a 17 horas. Para medicina general se realizan consultas de lunes a viernes en la mañana. Pediatría y los servicios de apoyo funcionan en la mañana.</p> <p>No se cuenta con este sistema en la institución.</p> <p>No se cumple.</p> <p>No se han recibido hasta el momento.</p> <p>No se controla el cumplimiento de ciertas obligaciones.</p>	<p>No se cumple con la disponibilidad de coberturas según lo estipulado en el contrato de gestión.</p> <p>La implementación de un sistema telefónico implica una mejora en la accesibilidad al servicio de solicitud de consultas.</p> <p>Permite evaluar la accesibilidad de los usuarios a las prestaciones. Es un indicador sensible que permite monitorear la calidad de asistencia.</p> <p>El proceso de evaluación de las prestaciones es una instancia más del proceso que permite aplicar las mejoras o correcciones de las desviaciones.</p>
<p>Habilitación: deberá estar vigente de acuerdo a lo dispuesto por la autoridad sanitaria.</p> <p>Inspección de JUNASA: a los efectos de controlar el cumplimiento de las obligaciones del prestador.</p>	<p>No se contaba ni se cuenta actualmente con la habilitación.</p> <p>No se han realizado hasta el momento inspecciones por parte de JUNASA</p>	<p>No se cumple con la habilitación de la institución.</p> <p>No permite evaluar las prestaciones del efector.</p>
<p>Información y atención al usuario:</p> <p>Cartelería con información proporcionada por JUNASA y MSP.</p> <p>Cartilla de derechos y deberes de los usuarios.</p> <p>Cartelería de profesionales responsables de la atención.</p>	<p>No se contaba ni se cuenta con carteleras destinadas a difundir información. Tampoco cartelería de derechos y obligaciones de los usuarios.</p> <p>Cuenta con cartelería de profesionales que asisten en la institución, incluyendo días y horarios.</p> <p>No contaba ni cuenta con Oficina</p>	<p>No permite mantener informado al usuario con respecto a la normativa vigente.</p> <p>Esto dificulta el acceso a la información que el usuario debe tener para participar activamente en sus propios cuidados de salud.</p> <p>Facilita el conocimiento de los profesionales que asisten y la</p>

²⁰ Decreto N° 359/00. Disponible en: García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. p.425-426.

Oficina de atención al usuario.	de Atención al usuario.	libre elección de ellos. ASSE cuenta con una oficina de atención al usuario central en hospital.
Buzón de quejas y denuncias.	No contaba ni cuenta actualmente con este servicio.	No permite atender, resolver y dar seguimiento a las no conformidades derivadas de la atención a los usuarios.
<p>El contrato de gestión establece la denuncia obligatoria de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.</p> <p>Historia clínica del paciente, informatizado, que garantice la confidencialidad de la información.</p>	<p>Se efectúan los reportes correspondientes.</p> <p>Se cuenta con historia clínica familiar, no informatizada, utilizándose dos técnicos en archivo médico que se encargan del cuidado y custodia de las mismas.</p>	<p>En este sentido se cumple con las exigencias, permitiendo que a nivel central se maneje la información necesaria para trazar los lineamientos estratégicos de acción.</p> <p>Permite mantener un soporte para los registros de los procesos asistenciales. Al no tener un registro informatizado no permite optimizar los tiempos ni manejar datos en tiempo real para tomar decisiones basadas en ellos. La Hc familiar dificulta el manejo de la información debilitando la confidencialidad de la propiedad única del documento.</p>
Participación de los usuarios: Consejo Asesor Honorario Departamental o Local.	<p>Antes no se pensaba en la participación del usuario en los órganos centrales de decisión.</p> <p>Actualmente aún los usuarios no se han organizado para elegir en forma democrática a sus representantes para formar parte del Consejo Asesor Honorario Departamental o Local.</p> <p>Hay tres grupos autoproclamados, no hay una organización.</p>	El hecho de comenzar a pensar en la participación activa de los usuarios brinda herramientas para el empoderamiento de su propio proceso salud-enfermedad.

<p>RRHH. Capacitación de RRHH: deberá incorporar capacitación permanente en la gestión clínica y administrativa.</p>	<p>Se han realizado capacitaciones en diferentes temas: promoción de salud, programa aduana, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Adolescente, Dengue, Papanicolaou, Informática, Hipertensión Arterial, Diabetes, Alimentación, Embarazo, pero no hay un programa de capacitación.</p>	<p>No hay una planificación continua, surge de acuerdo a la oferta y el interés. La estrategia de capacitación es una herramienta de gestión de recursos humanos, que se puede definir como el proceso de aprendizaje en los servicios de salud y deberá estar presente en toda la vida laboral del trabajador. Mejora la calidad de atención.</p>
<p>Programas de orientación y ubicación al personal. Programa de Salud Laboral. Sistema de evaluación de desempeño de funcionarios. Ascenso y categoría según normativa estatutos del funcionario público²¹</p>	<p>No cuentan con este tipo de programas. No cuentan con este programa. Se realiza en forma anual. No hay posibilidad de ascenso, no hay concursos.</p>	<p>Facilitaría la incorporación, el involucramiento y mejora del servicio que se brinda. Son necesarios para brindar protección, promoción de la salud, prevención e intervención oportuna. Permite identificar las competencias y trazar lineamientos de mejora. Son factores de desmotivación para los funcionarios dentro de ASSE.</p>
<p>Internos de Enfermería:</p>	<p>Antes 2 Internos: Actualmente: 3 internos que trabajan con los programas de: atención a la mujer y género, programa de la niñez. Realiza diagnóstico de la institución profundizando de acuerdo al programa. Realiza la prestación de asistencia en la institución y en el domicilio. Vigilancia epidemiológica, educaciones individuales y grupales, tanto</p>	<p>La figura del Interno de enfermería ha permitido mostrar impacto en los procesos asistenciales a cargo de Enfermería en el primer nivel de atención. Los programas que desarrolla, deberían estar a cargo de Licenciados en Enfermería. A falta del recurso profesional el Interno asume la coordinación de los programas, seguimiento de usuarios, sistemas de información y</p>

²¹ Poder Legislativo. República Oriental del Uruguay. Decreto-Ley N° 10.388. Estatuto del Funcionario. Disponible en Página Web: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Lev=10388&Anchor=>. [Acceso 20 de marzo de 2010].

	intra y extramuros. Corte evaluatorio mensual de su actividad. Realiza investigación.	divulgación de resultados en diferentes ámbitos (académicos y sanitarios).
RRMM básicos para brindar asistencia en el Primer Nivel de Atención.	De acuerdo a las normas establecidas en cuanto a equipos requeridos para el Primer Nivel de Atención actualmente se cuenta con: 1 Electrocardiógrafo (utilizado 1 vez por semana) y 1 ecógrafo (2 veces por semana). 1 Equipo para radiografía sin funcionar por falta de técnico. Insuficientes: equipos informáticos.	Para evaluar con mayor fundamentación la utilización de estos recursos debería establecer la relación entre demanda satisfecha/ insatisfecha. De todas formas es evidente que no se cuenta con tecnología básica como para radiografías.
<p>Materiales de uso y consumo propios.</p> <p>Programa de mantenimiento de equipos.</p> <p>Derecho a acceder a medicamentos de calidad y conocer los efectos colaterales.</p>	<p>Se realiza un registro del uso y un pedido de insumos cada 15 días al Hospital.</p> <p>No se trabaja con un programa de mantenimiento. Depende del departamento de mantenimiento del Hospital.</p> <p>Se cuenta con una farmacia que funciona durante la mañana, que expende medicación de uso crónico excepto las benzodiazepinas. La reposición se realiza contra receta. No se informa sobre los efectos colaterales.</p>	<p>No contar con un programa de mantenimiento se dificulta la exactitud en las mediciones de los mismos, y la pronta resolutivez de los desperfectos.</p> <p>Limita la accesibilidad a los medicamentos por el horario y a la prestación de fármacos controlados.</p> <p>El informar los efectos colaterales permitiría correcciones en los tratamientos, fomentando el autocuidado.</p>
<p>RRFF</p> <p>Gratuidad de los Servicios presentando Carnet de Asistencia de ASSE</p> <p>Pago de Metas Asistenciales</p>	<p>No se cobran tasas moderadoras ni tickets para las prestaciones que se brindan en la Institución. No se ha realizado pagos por parte de Banco de Previsión Social.</p>	<p>Se cumple con la normativa vigente.</p> <p>Limita los recursos financieros del efector.</p>
SALIDA:		

<p>Evaluar satisfacción del usuario al menos una vez al año ²²</p> <p>Egreso del usuario: A domicilio u otro nivel de atención.</p> <p>Cambio a otro efector según decreto N° 65/009 modificado por decreto 14/2010 ²³</p> <p>RRHH: licencias, renunciadas, despidos, jubilaciones, fallecimientos o traslados a otros centros asistenciales.</p>	<p>Es realizada por Internos de Facultad de Enfermería cada 6 meses.</p> <p>El egreso al domicilio se realiza con o sin próxima consulta, u a otro nivel de atención/efector.</p> <p>Licencias, renunciadas, jubilaciones, fallecimientos o traslados a otros centros asistenciales.</p>	<p>Se basa en las diferencias entre las expectativas de los usuarios y la percepción de los servicios que ha recibido, de esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio.</p> <p>No podemos analizar la resolutiveidad del primer nivel en éste aspecto ya que no tenemos datos concretos.</p>
<p>RRMM: Programa de excedentes y rezagos.</p>	<p>Inexistencia de programas de excedentes y rezagos.</p>	<p>Limita la optimización y racionalidad de los recursos.</p>
<p>Evaluación de cumplimiento de Metas Asistenciales por JUNASA.</p>	<p>No se ha realizado la evaluación por parte de JUNASA.</p>	<p>Lo cual no permite retroalimentar el sistema y mejorar las prestaciones dirigidas al usuario.</p>
<p>INFORMACIÓN:</p> <p>Referida a datos estadísticos, epidemiológicos y rendición de cuentas.</p> <p>Publicación y difusión de los resultados, que deberán estar disponibles en página de Sistema Nacional de Información (SINADI).</p>	<p>Se realizan aproximaciones diagnósticas semestrales, cortes evaluatorios e informes de gestión en el marco de los Programas Materno-Infantil.</p> <p>Se envía rendición de cuentas a ASSE central.</p> <p>Se envía información a SINADI de toda la Unidad Ejecutora del departamento.</p> <p>Se evalúa la productividad.</p>	<p>Un sistema de registro informatizado centralizado en la institución favorecería la evolución de indicadores en el tiempo, detección de desviaciones. Realización de proyecciones. Esto contribuiría a mejorar la calidad de las prestaciones y la gestión de la Institución.</p>

²² Cabarcas I, Montes A, Ortega G. Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. Revista de Enfermería. [Revista en Internet]. 2007. [Acceso 13 de abril de 2010]. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Satisfacciondelpacientehospitalizado.htm>. Página Web:

²³ Decreto 65/009. Disponible en: García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. p. 523-524. Modificado por decreto 14/2010.

Conclusiones

El efector estudiado carece de habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública y no ha sido evaluado por el órgano central llamado Junta Nacional de Salud (JUNASA), lo que deja en evidencia un marco normativo que cuenta con deficiencias en su implementación, con respecto a los procesos de control básicos.

Los indicadores de evaluación de las Metas Asistenciales demuestran un cumplimiento parcial o en su defecto no disponen de información para su evaluación. Las diferencias establecidas por parte de las autoridades, generan una distorsión en la aplicación de los principios básicos propuestos por el nuevo SNIS.

La falta de autonomía presupuestal no permite una gestión adecuada. La sustentabilidad del sistema requiere una planificación estratégica, un financiamiento acorde y compromisos duraderos.

La inversión en APS debe cubrir las necesidades actuales y planificar los desafíos del mañana. En ese sentido no se prevé una dotación de recursos humanos necesarios para la atención de los usuarios, teniendo en cuenta el cambio de modelo basado en la estrategia de APS. Para dar respuesta a las necesidades de la población los sistemas deben centrarse en las personas de manera de poder satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible. Se ha logrado un incremento en el recurso humano, pero no basado en el estudio de las necesidades, ni tampoco en modelos de dotación de referencia. A pesar que una de las metas prestacionales dispone la capacitación de los recursos humanos desde el año 2009, la misma no se ha podido instrumentar.

Aún los usuarios no inciden en las decisiones respecto a las necesidades del sistema, en la asignación de recursos y en la exigencia de la rendición de cuentas. Esto determina que en la implementación del nuevo sistema, todavía

no se haya concretado la participación de los usuarios. No se observa la participación activa de los usuarios en su propio proceso de salud-enfermedad, tomando decisiones al respecto.

La incorporación de un enfoque eco sistémico en salud humana es un método que presenta una aproximación holística a los problemas de salud, constituyendo un avance en la comprensión integral de la misma al situarla en el centro de la interacción entre el ambiente, la economía y la comunidad. Se centra en el diseño de soluciones a los problemas sanitarios y por ahora es una aspiración que no se ha plasmado en la aplicación del nuevo modelo.

El modelo vigente está centrado en la institución, respondiendo a las demandas espontáneas de los usuarios. No se trabaja con el medio ambiente, enfatizando la protección y promoción de la salud. Debería permitir la atención de las necesidades de la población en forma integral, con base en evidencias disponibles, pero aún el cambio de modelo no ha generado esa integralidad del individuo, continuándose con una atención fragmentada.

La información disponible muestra que en dos programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública existen avances y se intenta trabajar con un abordaje integral. La coordinación de los mismos está a cargo de enfermería profesional, quien hace posible la organización y el seguimiento de los programas. Sería provechoso contar con informes de evaluación que orienten líneas de mejora en esos programas.

Finalmente, se ha comenzado un largo proceso de profundas transformaciones que requiere la adecuación a las nuevas estructuras y un plazo razonable para la reconstrucción de la atención que impacte en la calidad de los servicios prestados y principalmente en la calidad de vida de la población.

Referencias bibliográficas

Actualización de normativa para la habilitación de Establecimientos Asistenciales. Decreto N° 416/002 de 31 de octubre de 2002. Disponible en Página Web Presidencia de la República Oriental del Uruguay: <http://www.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm>. [Acceso 10 de julio de 2010].

Arbulo V., Buglioli M., Cabrera V., Fry M., Pradere G., Prieto A., Rodríguez M., Toledo A., Vivas P Logros y Desafíos en término de Equidad en Salud del Uruguay. División economía de la Salud Publica. [artículo en internet]. Mayo 2010. [105p]. Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4216,18902. [Acceso 18 de junio de 2010].

Benia W, Reyes I. Temas de Salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva y Social. 2008. Tomo 1. Uruguay: Oficina del Libro FEFMUR; 2008:115-116

Cabarcas I, Montes A, Ortega G. Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. Revista de Enfermería. [Revista en Internet]. 2007. [Acceso 13 de junio de 2010]. Disponible en Pagina Web: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Satisfacciondelpacientehospitalizado.htm>.

Cabrera A, Molina L, Ibarra G, Temer R, Santana S. et al. Normativa de Enfermería para nuevo SNIS. Comisión Nacional Asesora de Enfermería Ministerio de Salud Pública. Integrante de la Red de Enfermeros Jefes Asesores de Nivel de Gobierno de OPS/OMS. Grupo Coordinador de País (GCP). Uruguay: Gráfica Mosca; 2010. p. 72-73.

Decreto-Ley N°10.388. Estatuto del Funcionario del 13 de febrero de 1943. Disponible en Página Web de Presidencia de la República Oriental del Uruguay: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=10388&Anchor=>. [Acceso 10 de julio de 2010].

García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009:169-172; 181-202

García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. Ley Nro. 18335. p. 229-235.

García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. Decreto N° 464/008. p. 493-511.

García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. Decreto N° 464/008. p.493- 512.

García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. Decreto N° 359/00. p. 425-426.

García Martínez R, Ordriozola Perrone M. El Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis comentado del nuevo Sistema de Salud con Apéndice Normativo y Jurisprudencial. Uruguay: La Ley Uruguay; 2009. Decreto N° 65/009. p.523-524. Modificado por Decreto 14/2010

Martin Zurro A; Cano Pérez J. Conceptos, organización y práctica clínica. Atención primaria. Tomo I. 4° ed. Madrid: Harcourt; 1999.

Ministerio de Salud Pública. [Pagina Web]. Uruguay. [Acceso 20 de junio de 2010]. Meta 1- Metas del Niño y la Embarazada. [N° páginas 25]. Disponible en Pagina Web: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4607,19822>

Ministerio de Salud Pública. [Pagina Web]. Uruguay. [Acceso 20 de julio de 2010]. Meta 2-Médico de Referencia-Junta Nacional de Salud. [Nº páginas 7]. Disponible en Pagina Web: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199,18882>

Ministerio de Salud Pública. [Pagina Web]. Uruguay. [Acceso 20 de julio de 2010]. Meta 3- Junta Nacional de Salud- Adulto Mayor [Nº páginas 5]. Disponible en Pagina Web: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4199,18883>

Poder Legislativo. República Oriental del Uruguay. Decreto-Ley Nº 10.388. Estatuto del Funcionario. Disponible Página Web: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=10388&Anchor=>. [Acceso 20 de julio de 2010].

Programas Prioritarios de Salud Pública. Disponible en Página Web de Ministerio Salud Publica: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html. [Acceso 18 de junio de 2010].

Programa de Reforma del Sector Salud (UR-0133) Julio 2001. [7p] Disponible en Página Web Espacio Virtual de Aprendizaje de la Universidad de la República Oriental del Uruguay: http://eva.universidad.edu.uy/file.php/102/Administracion/Lectura_obligatoria_para_la_acreditacion_del_Modulo_de_Administracion/reformasanitaria.pdf [Acceso 18 de junio de 2010].

Proyecto de Ley del Presupuesto Nacional 2010-2014. Disponible en Página Web de Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República Oriental del Uruguay: <http://www2.opp.gub.uy/documentos/Presupuesto%20Nacional%2020102014%20aprobado%20CR%20.pdf> Artículo 712. [Acceso 18 de julio de 2010].

Roascio D, Princisgh, A. Diagnóstico Administrativo de los Servicios de Enfermería. En: Facultad de Enfermería Regional Norte Sede Salto. A diez años de la Licenciatura en Enfermería en Salto. 1997-2007. Uruguay. Equipo de Publicación de Facultad de Enfermería; 2008. p. 79-89.