

ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD



CONSULTA NACIONAL INFORME DE RELATORÍA FINAL

Junio, 2014

Montevideo, Uruguay



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Tabla de contenido

1. ANTECEDENTES DE LA CONSULTA NACIONAL EN URUGUAY	2
2. INFORME DE RELATORIA FINAL.....	6
2.1. Valoración Global del Documento	6
2.1.1. Contenidos destacados como relevantes en el Documento Estrategia Regional.....	6
2.1.2. Aspectos que no están suficientemente tratados o deberían ser incluidos en el Documento.....	8
2.2. Aportes al eje estratégico 1: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.....	9
2.3. Aportes al eje estratégico 2: fortalecer la rectoría y la gobernanza	13
2.4. Aportes al eje estratégico 3: aumentar y mejorar el financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia	18
2.5. Aportes al eje estratégico 4: actuar intersectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud.....	22
2.6. Expectativas sobre el papel de OPS para aportar a la Estrategia de Cobertura Universal de Salud	24
3. ANEXOS	25
3.1. Lista completa de participantes en el Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.	26
3.2. Presentación del Representante de OPS/OMS en Uruguay, Dr. Eduardo Levcovitz	32
3.3. Agenda del Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.....	37
3.4. Guía de Trabajo para la implementación del proceso de consulta.....	38
3.5. Lista de participantes en los Talleres Temáticos.....	38

1. ANTECEDENTES DE LA CONSULTA NACIONAL EN URUGUAY

El martes 17 de junio de 2014 en la sede central del Ministerio de Salud Pública en Montevideo, Uruguay, se llevó a cabo la reunión plenaria de la **Consulta Nacional sobre la Estrategia de Cobertura Universal de Salud**. De la misma participaron más 70 profesionales y trabajadores de la salud, representativos de diferentes ámbitos de conducción y gestión a nivel de la autoridad sanitaria nacional, los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la academia y la sociedad civil con la presencia de trabajadores y usuarios de los servicios públicos y privados de salud¹.

En tal sentido resulta relevante la participación activa en esta instancia de dialogo e intercambio de la Sra. Ministra de Salud, Dra. Susana Muñiz, el Ministro de Desarrollo Social, Ec. Daniel Olesker, el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Prof. Leonel Briozzo así como los Directores Generales, de División y Departamento que forman parte del equipo de conducción del MSP. Se contó asimismo con el concurso de los miembros del Directorio, Gerentes Generales y de Servicios asistenciales del prestador estatal Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Dra. Beatriz Silva, Dr. Enrique Soto y Dra. Alicia Ferreira quienes fueron acompañados de un grupo representativo de profesionales con responsabilidades de gobierno en la macro y meso gestión de la red asistencial pública del SNIS.

Asimismo, la Universidad de la República (UDELAR), en tanto principal institución académica del país, estuvo representada por autoridades de Facultad de Medicina y Enfermería, junto a delegados de los equipos de docentes e investigadores del área de la salud y otros equipos de profesionales de la Facultades de Ciencias Económicas y Administración (Instituto de Economía) y de Ciencias Sociales (Instituto de Ciencia Política).

En lo que refiere a la sociedad civil se destaca la presencia y el aporte brindado por las organizaciones representativas de usuarios (Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada y Espacio Participativo de los Usuarios del Sistema de Salud) y trabajadores médicos (Sindicato Médico del Uruguay- SMU) y no médicos (Federación Uruguaya de la Salud – FUS y Federación de Funcionarios de Salud Pública del Uruguay – FFSPU), que forman parte del modelo de gobernanza del SNIS e integran los organismos de participación y control social en los diferentes niveles de la organización sanitaria nacional.

Por su parte la Representación de OPS en Uruguay, contando con la participación de su equipo de consultores en Servicios y Sistemas de Salud (HSS) y Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA) presentó el documento de Estrategia Regional. La difusión de dicho documento se efectuó en forma anticipada para habilitar procesos institucionales de discusión y debate con el

¹ Anexo 1: Lista completa de participantes en el Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.

objetivo de generar intercambios productivos y representativos sobre el marco conceptual, y sobre los desafíos y propuestas de intervención en relación a alcanzar a nivel nacional y regional la meta de cobertura universal. En la medida que este documento representa una primera aproximación en relación al tema, la OPS-OMS entendió que debía ser enriquecido con las contribuciones y puntos de vista de múltiples actores en diferentes países en la Región de las Américas y el Caribe.

La realización en Uruguay del proceso de Consulta Nacional representó una gran oportunidad para lograr este objetivo y el proceso trabajo efectuado en el Plenario y los Talleres Temáticos implementados **dieron cumplida cuenta de las expectativas depositadas en esta instancia de intercambio y generación de aportes y consensos respecto del Documento Regional**. De igual modo el proceso de consulta permitió la evaluación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que involucran la implementación del proceso en curso de reforma del sistema y los servicios de salud del país.

La Cobertura Universal de Salud es el objetivo que orienta la transformación de los sistemas de salud, para que **todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales -garantizados y exigibles- que necesitan a lo largo de su curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras**. La Cobertura Universal de Salud refuerza la necesidad de definir e implementar políticas e intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar; con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Desde esa perspectiva la estrategia de cobertura universal requiere el involucramiento de toda la sociedad, con mecanismos claros de participación y rendición de cuentas. Por tanto, el avance hacia esta meta requiere de la participación multisectorial, el diálogo y el consenso entre los diferentes actores sociales y del compromiso político firme por parte de las autoridades a cargo de diseñar políticas e implementar las estrategias necesarias, considerando este enfoque.

El borrador de Documento Regional de la estrategia identifica **cuatro ejes estratégicos** simultáneos e interdependientes:

- **Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;**
- **Fortalecer la rectoría y la gobernanza;**
- **Aumentar y mejorar el financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia; y**
- **Actuar intersectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud.**

La jornada de trabajo del 17 de junio de 2014 comenzó con un video mensaje de apertura a cargo de la Directora de la OPS/OMS, **Dra. Carissa Etienne** ² y las intervenciones del Representante de OPS/OMS en Uruguay, **Dr. Eduardo Levcovitz** ³ y de la Ministra de Salud Pública, **Dra. Susana Muñiz**, los que dieron marco político y conceptual a los siguientes objetivos establecidos para la reunión⁴:

- Presentar los Ejes Centrales de la Estrategia Regional de la OPS sobre la Cobertura Universal de Salud.
- Recoger y consolidar sugerencias, comentarios y aportes al documento presentado.
- Recibir aportes y contribuciones que enriquezcan los contenidos y contribuyan a construir su posterior viabilización.
- Identificar las contribuciones y posiciones específicas en relación a las líneas estratégicas para avanzar en el camino de la cobertura Universal.
- Recoger los abordajes y/o experiencias del país, incluyendo también a las organizaciones de la sociedad civil, academia y sector privado.
- Explorar las expectativas hacia el trabajo de OPS en el marco de la Estrategia de Cobertura Universal de Salud.

En lo que hace referencia a la metodología de trabajo⁵ los intercambios y debates se estructuraron en cuatro Talleres Temáticos⁶, uno por cada una de las Líneas Estratégicas definidas en el Documento de Estrategia.

Estos informes con foco en cada uno de los ejes, pero sin perder la perspectiva global del Documento, fueron discutidos y validados en un Plenario de Integración Final que reflejó altos niveles de coincidencia y aprobación tanto respecto a la necesidad de fijar la Estrategia como en relación a los contenidos sustantivos del documento presentado.

De igual modo los debates permitieron profundizar sobre los desafíos y las opciones de política pública que se entendió están pendientes de concreción para que el SNIS avance significativamente hacia objetivo de la cobertura universal, con calidad homogénea y protección financiera para todas las familias y comunidades.

² Enlace mensaje de apertura <http://www.youtube.com/watch?v=Nf9uGMJWfbA&feature=youtu.be>

³ Anexo 3: Presentación del Dr. Eduardo Levcovitz, Representante de OPS/OMS en Uruguay.

⁴ Anexo 4: Agenda del Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.

⁵ Anexo 5: Guía de Trabajo para implementación del proceso de consulta a nivel del país.

⁶ Anexo 6: Lista de participantes en los Talleres Temáticos

A partir de los registros del Talleres Temáticos y del Plenario de Integración se presenta a continuación el **Informe de Relatoría Final** de la Consulta en Uruguay para su envío a conocimiento y consideración de los cuerpos directivos de la OPS-OMS el que podrá constituir en aporte a los debates que habiliten la posterior adopción de la Estrategia de Cobertura Universal de Salud por parte de los 35 estados miembros de la organización.

2. INFORME DE RELATORIA FINAL

2.1. Valoración Global del Documento

Los grupos de trabajo que participaron de los Talleres Temáticos en torno a los cuatro ejes estratégicos orientados a garantizar la cobertura universal tenían que responder a una pauta común de discusión en torno a dos aspectos:

- Contenidos destacados como más relevantes en el Documento
- Aspectos que no están suficientemente tratados o debieran ser incluidos en el Documento

Más allá de que en el análisis global del documento cada grupo temático tendió a poner énfasis en la consideración particular de su eje específico, se verifica que existen un conjunto de consideraciones que permiten sintetizar una mirada compartida sobre la Estrategia de Cobertura Universal de Salud. A cuenta del desarrollo de esa opinión consensuada la que va a quedar reflejada en una serie de puntos consignados en los apartados 2.1.1. y 2.1.2. a modo de síntesis se puede adelantar que **la Consulta Nacional en Uruguay permitió concluir** que:

Existe un alto nivel de coincidencias y acuerdos con el documento y con el diseño de la propia Estrategia Regional para la Cobertura Universal lo que se expresa en la idea de que lo propuesto en el documento se reconoce en gran medida reflejado en el proceso de reforma sanitaria iniciado en el país hace diez años y con las características sustantivas que caracterizan al actual sistema sanitario del Uruguay concretado en el SNIS y en la implementación de un seguro público y obligatorio a través del FONASA.

2.1.1. Contenidos destacados como relevantes en el Documento Estrategia Regional.

- Se destaca como un valor muy positivo para la elaboración del documento y la definición de Estrategia Regional a la **promoción de la participación en la consulta de los actores sociales y los referentes gubernamentales** de los Estados miembros que conforman la OPS-OMS.
- Valoración positiva de la Cobertura Universal en Salud como **estrategia multidimensional**, incluyendo financiamiento, acceso para todas las personas a servicios y garantía de calidad homogénea e integralidad de las prestaciones.
- La definición incluye aspectos fundamentales del **modelo de atención**: integralidad, prevención, contribuyendo a su definición adecuada. Es importante el esfuerzo por uniformizar este marco conceptual para los desempeños particulares de los países.

- Ubicar y jerarquizar el papel a jugar por la Cobertura Universal en Salud como componente central del **desarrollo humano**.
- Exigencia de **solidaridad en el financiamiento** redistributivo en el aporte y la asignación de recursos para dar protección financiera a todos los habitantes de un país.
- Compromiso que involucra a toda la sociedad: participación, inclusión, rendiciones de cuenta. Destaca el **diálogo y la participación social**, que en Uruguay existe desde la definición inicial de los cambios, aunque se reconocen problemas prácticos para alcanzar su óptimo desarrollo.
- Se ve como muy positivo el énfasis en el **fortalecimiento de la acción intersectorial**, entendiéndose que si bien queda camino por recorrer en acciones a la interna del sector salud, no debe perderse de vista el contexto y los Determinantes Sociales de Salud que afectan a la población.
- La Estrategia destaca la importancia de **augmentar significativamente el gasto público** como una de las vías principales para alcanzar la Cobertura Universal.
- Incorpora la **perspectiva de salud individual y salud colectiva**, y su complementación de visión a través del enfoque de **derecho a la salud**, presentándola como fundamento para el gasto público en salud y la cobertura universal de prestaciones sociales.
- El documento destaca la **importancia de la eficiencia del gasto público**, tendiente a un gasto de calidad, como necesaria para alcanzar la cobertura universal. Pone en el horizonte aquello de *“más valor por el dinero invertido”*.
- Surge como importante el hecho de que **la estrategia toma, da continuidad y refrenda otras opciones anteriores de política, APS, RISS y empoderamiento y transferencia de poder a las comunidades y a la población**.
- Figuran explícita e intencionadamente la **eficiencia y la calidad vinculadas indisolublemente al concepto de equidad**. Sin sostenibilidad garantizada los objetivos de la equidad y la calidad igual para todos, se vuelven mera retórica.
- Se destaca el **diálogo social**, que en Uruguay existe desde la definición inicial de los cambios en que se ha embarcado, aunque se reconocen problemas prácticos para alcanzar su óptimo desarrollo.
- Se hace constar que el contenido de la Estrategia aparece **coincidente con el contenido de los cinco puntos propuestos en el Movimiento de Defensa para la Salud de los Uruguayos, liderado por el Central Única de Trabajadores (PIT-CNT)**.
- Finalmente y a modo de **resumen sintetizador** desde la perspectiva del proceso en curso en el país, el Plenario Final asumió explícitamente una de las propuestas del grupo cuatro por la cual **se saludó a los altos niveles de acuerdo, compromiso e identificación con la Estrategia** haciendo mención a que lo propuesto en el documento se ve en gran medida reflejado en el proceso de reforma iniciado hace ya casi 10 años y actual sistema sanitario del Uruguay.

2.1.2. Aspectos que no están suficientemente tratados o deberían ser incluidos en el Documento

- No se presenta a la **participación social como elemento clave** para alcanzar la Cobertura Universal de Salud, si bien se la incluye el dialogo social como una vía privilegiada de contribución a su elaboración.
- Se debe incluir el enfoque de cobertura universal a las **familias y al medio ambiente. Cuidados paliativos** como un componente esencial de la atención integral. Se señala la importancia de promover **una línea más equilibrada entre familia-comunidad-Estado**. Mejorar la referencia a **determinantes sociales, ambientales y culturales de la salud** y no dejar explicitados únicamente a los determinantes sociales.
- Mejorar la referencia a determinantes sociales, ambientales y culturales de la salud y no dejar explicitados únicamente a los determinantes sociales.
- Si bien el documento de Estrategia destaca la **importancia de la inversión en el primer nivel de atención y la estrategia de APS**, se entiende que puede avanzar más en las definiciones, por ejemplo constatando la importancia del segundo y tercer nivel de atención como necesarios para el correcto funcionamiento y la resolutivez del sistema en su conjunto, tomada como un todo articulado.
- En el documento **habría que desarrollar y jerarquizar más el tema de los RHS**, presentándolos diferencialmente frente a los otros **como un eje específico de la Estrategia**. En el caso de Recursos Humanos en el Primer Nivel de Atención el sistema de formación de los RHS debe acompañar los procesos de cambio del sistema de salud.
- Se plantea la necesidad de **hacer constar el peso de las corporaciones** (el *complejo médico –industrial, intereses sectoriales*) que atentan contra la gobernanza política del sistema como barreras para el desarrollo efectivo de la Cobertura Universal de Salud.
- Se plantea la necesidad de destacar en el documento de que la normalización del **uso adecuado de las tecnologías sanitarias** (por ejemplo, uso racional de medicamentos y otras tecnologías) el que debe contemplar la realidad de cada país.
- Sobre **definición** de Cobertura Universal de Salud, si bien al inicio refuerza los conceptos de universalidad, luego parece detenerse en la focalización, con **riesgo en caer en la idea de los paquetes mínimos de prestaciones**, sin insistir en temas de integralidad. No se encuentra apropiado la utilización de términos que no hacen al contenido y pueden afectar las definiciones, como por ejemplo *«medicamentos esenciales»*.
- Maneja definiciones de importancia vinculados a equidad, justicia, eficiencia, participación, planteados muy en titular que sería bueno profundizar. En particular **se asocia equidad con igualdad, esto requiere mayor precisión**. Sobre pobreza e inequidades, falta precisar más sobre desigualdad como categoría diferenciada.
- Destaca la **falta de centralidad del rol del Estado**. Se debería insistir en la rectoría del Estado como regulador, por ejemplo en la delimitación de lo que queda afuera del conjunto de prestaciones garantizadas (Plan Nacional de Beneficios en Salud, en Uruguay Plan Integral de Atención en Salud).

- **No está presente la lógica de descentralización.** Insistir en los distintos niveles de gobierno, solo se menciona el gobierno nacional; falta el énfasis en el papel estructurador de lo territorial en el diseño e implementación de las políticas sociales, en una región donde los gobiernos provinciales y departamentales tienen competencias específicas.
- No hay mención a la **importancia de los medios masivos de comunicación** y su impacto en la población en la construcción de una cultura sanitaria respecto a la salud individual y colectiva (*Servicios de Salud y Salud Pública*).

2.2. Aportes al eje estratégico 1: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades

2.2.1. Aspectos relevantes del eje uno.

Tanto a nivel de Taller Temático número uno sobre “Acceso equitativo a servicios Integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades” como en el intercambio en el Plenario se verificó **pleno acuerdo sobre los aspectos relevantes** para avanzar en este eje estratégico encaminado a la cobertura universal, a saber:

- **Existencia de un conjunto de prestaciones y beneficios explícitos, exigibles y universalmente garantizados.**
- **Modelo de atención estructurado en redes integradas basadas en la Atención Primaria de la Salud.**
- **Un primer nivel de atención universal de amplia cobertura y alta resolutivez.** La respuesta del primer nivel está vinculada a su coordinación con los otros niveles de atención. Se comparte la idea de alcanzar una adecuada efectividad acorde desplegando capacidades de gestión sanitaria para dar respuesta oportuna a la mayoría de las situaciones. Articulando fluidamente con los otros niveles a través de dinámica de redes integradas.
- **Recursos humanos competentes, suficientes y bien distribuidos**

2.1.2. SNIS de Uruguay : aspectos que deben impulsarse para ampliar el acceso equitativo y efectivo a servicios de calidad homogénea, orientados particularmente a los grupos más vulnerables

- **Disminución o reducción significativa de copagos** en los prestadores del privado social (IAMCs).
- En el **sistema hay una brecha importante por cubrir en lo que refiere a la integralidad y calidad** de las prestaciones y problemas de cobertura en algunas especialidades y áreas asistenciales. Los grupos más vulnerables del privado son los enfrentados a la barrera de copagos y los usuarios de ASSE que no acceden a algunas prestaciones de segundo nivel.
- Para el prestador público (ASSE) es relevante avanzar en la **regulación, complementación y ajuste de precios** para intercambio de servicios con otros prestadores públicos y privados en el contexto de convenios de complementación.
- Hay **inequidad en acceso y calidad** sobre todo en el interior del país, sobre todo en usuarios de ASSE. No hay calidad homogénea. Avanzar en complementación con base territorial. Plan Integral de Atención a la Salud asegurarlo a nivel de respuestas regionales, articulando efectores en territorio.
- Impulsar **cambios normativos**. Leyes que fundamentan la reforma exigen ajustes. **Cambios en la financiación que fortalezcan al sector público**. Pensar en la sustentabilidad de los sistemas, en diferentes contextos que son cambiantes. Prever los cambios para evitar recortar la inversión en el sistema de salud ante ciclos económicos recesivos.
- Peso de la **transición demográfica y epidemiológica**. Población envejecida y concentrada en la costa y litoral. Necesidad de **definición de objetivos sanitarios**.
- **Derribar barreras para la intersectorialidad**. Es algo que cuesta y cada vez más necesario, importancia de tomarlo en consideración para la puesta en marcha de sistema y programas de cuidados.
- **Recursos Humanos en salud (RHS)**. Centralidad y concentración en la capital Montevideo y área metropolitana. Inequidad en torno a algunas disciplinas médicas y no médicas.
- **Recursos humanos y cambio de modelo**, Presión de grupos, disciplinas corporativas, que buscan incidir en las prioridades e incidir en la pugna distributiva.
- Resolver la planificación de los RHS médicos y no médicos en función de **objetivos y necesidades sanitarias**. Atender que el regulador, no regula en la formación de los RHS. Discusión como sociedad para unir esfuerzos y definir un diseño y una política pública.
- Deben consolidarse roles diferenciados respecto a RHS: el regulador define las necesidades y el formador da cuenta de esa necesidad. Proteger la calidad de la formación. Definir los requerimientos para adecuada formación. Los formadores deben **adecuar su proceso de formación a las necesidades del país** :
 - Radicación en zonas alejadas de las grandes ciudades.

- Combatir multiempleo, promover la concentración y crear puestos de alta dedicación.
- Promover estímulos no financieros.
- Según objetivos de prestadores y regulador, definir políticas de radicación, pero teniendo presente tensión entre descentralización y centralización para asegurar eficiencia, curvas de aprendizaje, etc.
- Lógica de escala para lo que tiene baja complejidad
- Analizar los requerimientos y la dinámica de mercado
- Alinear la regulación con el mercado de trabajo, con un **plan definido de RHS**: cantidad, distribución, formación de pre y post grado, etc.
- Calidad: destreza técnica y compromiso personal (vinculo), el multiempleo puede ser deletéreo del compromiso.
- **Redes y cambio de modelo**: riesgo de disociación entre texto discursivo y realidad de terreno y la práctica clínica.
- Definir conjunto de prestaciones, preocuparnos por calidad aunque tengamos acceso. **Articulación entre las redes, interacción entre los diferentes niveles**. ASSE lo tiene diseñado. El privado no tiene diseño, no lo ha previsto.
- Las **poblaciones son diferentes y eso exige prestaciones diferenciadas**, prestaciones de corte social unidas a lo asistencial, la que se requiere cierta población de ASSE. Articulación socio sanitaria,
- La **red no está incorporada en los profesionales o los equipos de salud**. Rechazo del usuario de otro departamento, región, etc. Particularmente los mandos medios que están como jefes de servicios, que son los que direccionan el flujo de pacientes en la red.
- Problema político de fondo vinculado a la **indefinición respecto al modelo de atención. Múltiples visiones. Lo jurídico. La complementación**. Avanzar en lo regulatorio, pero hay que definir visión política y de gestión, y convencer.
- **Modelo de atención va unido al modelo de gestión a diferentes niveles**. En los servicios, del sistema SNIS.
- La red pública va en paralelo con el desarrollo de la red privada. Se tocan en las complementaciones y no se tocan en ámbitos donde la rectoría debe inducir en empujar la articulación. Asumir que **el fin es el bien colectivo del sistema y no de cada prestador**. Evitar duplicaciones y competencias por recursos, que son escasos.
- **Puntos críticos para generar el cambio de modelo**:
 - Poder planificar como actividad común, de lo micro a lo macro. En respuesta a las necesidades, **superar la lógica de enfermedad aguda**. Integrar enfermedades crónicas, violencias, etc.
 - Integración, en los servicios, al interno del primer nivel, entre niveles y entres subsectores. Fortalecer la capacidad regulatoria, para **impulsar la integración de los subsistemas**. Los convenios de complementación entre pares son insuficientes es necesario avanzar con regulación de precios, laudos comunes, etc.
 - La regulación del primer nivel. **Respetar libre elección pero articular con unidades con población a cargo**. Familias con varios prestadores. El territorio. Metas territoriales. Primer nivel que tenga unidades

asistenciales que el usuario pueda elegir en función de la calidad, independientemente de quien le da cobertura formal. Regular competencia y mecanismos de compensación.

- **Participación. Ir más allá de lo representativo. Que usuarios puedan monitorear en territorio, control social.**
- **Perspectiva de intersectorialidad** para mejorar la eficiencia de los componentes del Estado. Alineamiento de los presupuestos sectoriales

2.2.2. Experiencias y/o aprendizajes más valiosos en el ámbito de la mejora del acceso a la atención

- **Experiencia de trabajo en el territorio de ASSE, apostar al primer nivel** muchas veces inexistente que se desplegó en todo el territorio nacional y se fortaleció en su capacidad de respuesta y en su articulación (referencia- contra referencia).
- **Procesos de implementación de las RISS-R.** Descentralización con base regional. Construcción colectiva y capacitación. Permear la estructura y las personas.
 - La lógica regional de desarrollo de nodos regionales genera políticas de incentivo no económicas.
 - Creación en particular del gobierno de cada una de las regiones. Dirección en territorio. Subregiones con coordinador con rol de articular los recursos en territorio: complementación en territorio. Con privados, intersectorial.
 - Relevamiento de las prestaciones por UE. Que ofrece cada una en los diferentes niveles.
 - El modelo de financiamiento en las regiones.
- Avance en tiempo corto en los **acuerdos de complementación** (acuerdos de precios, proyectos conjuntos, unificación de servicios de primer nivel, etc.). Dificultades de control y seguimiento. Hubo decisión institucional articulada con el organismo regulador en territorio. **Analizar el papel de la rectoría puede tener más peso para definir quien tiene mejor perfil en el territorio para atender cobertura a una determinada población.**
- Programa de **fortalecimiento de los recursos humanos** en el sector salud. Recursos en el interior. Articulación con Facultad de Medicina y en forma incipiente con Enfermería.
- Constitución de la **Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS)** Socios en situaciones de exigencia sobre el sistema.
- Experiencia de **planificación participativa en el territorio.**
 - Experiencia del Foro Perinatal. Usuarios, equipos de salud y gestores. Encuentro de públicos y privados.
 - Validación social de las iniciativas y los proyectos, sobre todo cuando son contra hegemónicos. La participación directa como respaldo para vencer las resistencias de grupos de poder.
 - Iniciativas que no suman sino que sobrecargan, sin generar valor agregado en las intervenciones. Mancomunar esfuerzos, ya que si no se suma quedan vacíos que generan daño. Planificar juntos.

- El acceso equitativo implica **conocer las necesidades que no coinciden con la demanda espontánea sobre los servicios**. Solo es posible desde el territorio y con equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios. El médico solo no es suficiente. Si no hay trabajo en equipo es más difícil **abordar lo intersectorial**.
- **En el territorio también se gesta la participación social**. Es el camino para superar lo meramente representativo – estructurado. En el territorio se despliegan muchas formas de participación.
- **En referencia y contra referencia, hay dificultades**, pero se han dado pasos de coordinación entre niveles. Mejora el acceso: gestión de derivación al segundo nivel.
- **Creación de los cargos de alta dedicación**. Mejorar déficit de especialidades críticas. reforma del mercado de trabajo.

2.3. Aportes al eje estratégico 2: fortalecer la rectoría y la gobernanza

2.3.1. Relevancia de los componentes de conducción y la rectoría de los Sistemas de Salud.

Existe pleno acuerdo con la importancia de la conducción y la rectoría en los procesos de transformación y se expresó coincidencia con la definición de los componentes destacados en el documento:

- **Funciones esenciales de salud pública, con énfasis en conducción y liderazgo de la autoridad sanitaria.**
- **Existencia de marco jurídico, regulatorio y competencias de fiscalización.**
- **Institucionalidad con competencias para diseñar e implementar y evaluar planes, políticas y estrategias para todo el sector salud.**
- **Capacidad para generar participación social y rendición de cuentas.**
- **Contar con sistemas de información sólidos e interoperables para decisiones en salud.**

Se trata de cinco componentes propios de la Conducción Política por parte de la autoridad sanitaria de enorme relevancia. Si bien el documento tiene un mayor desarrollo en la provisión de servicios, se considera que es estratégico generar la capacidad de gobierno mediante la capacitación de los recursos humanos y técnicos hacia este proceso de fortalecimiento de la rectoría, desde la macro y meso gestión de los Sistemas y Servicios de Salud.

2.3.2. Aspectos que a fortalecer para mejorar la gobernanza y rectoría en Uruguay.

Construcción del rector

El ejercicio de la rectoría exige una construcción, la construcción del papel de quien ejerce la rectoría, y en nuestro país vemos la complejidad en ese proceso en construcción. Durante el primer periodo del gobierno del Frente Amplio hubo algunos avances, pero fueron insuficientes y en el segundo periodo de gobierno se visualiza una fragmentación del rector que le dificulta proponer programas de trabajo colectivos hacía adentro del sistema y hacia afuera en la acción intersectorial. Entre las razones: pérdida de cuadros profesionales en función de los bajos salarios que se paga, en el MSP. La fragmentación existe tanto a la interna de la autoridad sanitaria (por ejemplo en el abordaje del tema Calidad, hoy subdividido en distintos ámbitos), como en la articulación intergubernamental e intersectorial. Otro ejemplo es la dificultad en avanzar en la transformación del modelo de atención, en ello está faltando igualmente una rectoría sólida, **también hay fragmentación de la rectoría.**

Definición y acuerdos sobre modelos de Rectoría

- **La rectoría no es única del MSP, pero sin duda este debe ser el motor fundamental.** Tensiones hacia este concepto: distribución de competencias de la construcción de Rectoría y otros órganos. (por ejemplo, compartir rectoría con el ámbito educativo en la definición de necesidades de RHS y rol de la rectoría respecto del mercado laboral, el rol de las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS).
- Modelos de **rectorías colectivas**, con metodologías de intercambio para lograr consensos y habilitar avances. Se discute si compartir rectoría, es cuestión conceptual o situacional por debilidad de liderazgo. Se estima que faltan avances en definiciones normativas para sustanciar esos procesos.
- Distinguir las funciones de **rectoría sectorial**, el rol de las funciones de gobierno general. Como vincula la política de Salud con los determinantes sociales por ejemplo. El país ha avanzado bastante en el dialogo intersectorial, pero faltan parámetros claros para el seguimiento como política de estado.
- Se expresa la necesidad de **separar la rectoría de financiamiento de la función de rectoría de la prestación de servicios** (vigilancia de la cobertura, oportunidad, calidad, suficiencia). Es necesario mejorar la rectoría sobre el sector de servicios públicos de salud. Se cuenta con mejores sistemas de información y de habilitación en el sector privado social. Ello dificulta muchas veces la rectoría general.
- Es necesario **mejorar la rectoría sobre el sector de servicios públicos de salud.** SE cuenta con mejores sistemas de información y de habilitación en el sector privado social. Ello dificulta muchas veces la rectoría general.

Definición de objetivos sanitarios.

La definición de objetivos sanitarios, central en la rectoría, expone la mayor dificultad del MSP como rector. Se señala la experiencia en el ámbito público del proceso de fortalecimiento de la RIEPS y sus 49 proyectos de fortalecimiento.

Necesidad de fortalecimiento de capacidades políticas y administrativas.

- Necesidad de fortalecer las capacidades técnicas y administrativas para la **construcción de liderazgo**. Importancia de la “**profesionalización**” de los RHS de la rectoría: Se señala la experiencia de la Dirección General Impositiva (DGI) del Ministerio de Economía y Finanzas.
- Una tensión compleja se presenta cuando **rectorías compartidas** con distintas competencias, se señala la tensión hacia el control democrático sobre todas las agencias. Se discute el papel de las agencias especializadas.
- Se estima que **sería de valor que el documento aportara más sobre el papel del Estado** y la función global del Gobierno para compatibilizar y generar liderazgos.
- Insistencia en la **importancia de las definiciones que sustentan la rectoría**: Modelo de Atención, Participación Social, Equidad. Importancia de lograr coincidencia en estos conceptos para ejercer realmente rectoría.

Definiciones de Rectoría hacia el cambio de modelo

- Exige **mejorar las definiciones y acuerdos para ejercer liderazgo y definir objetivos**.
- Acordar **rol de los Programas de salud hacia el cambio de modelo**. Aun cuando la estructura los jerarquizó (Departamento de Planificación Estratégica de Salud – DPES) y se fortalecieron las capacidades clínicas en los Programas, es necesario el desarrollo de una visión de salud pública. Esto se vincula con la falta de definición de objetivos sanitarios.

Avances rectores en mejora del acceso a prestaciones

- Se destacan los avances en el proceso de lograr accesos más universales en prestaciones. **Reducir y exonerar de tickets y copagos**.
- Se **ha fortalecido el acceso al Primer Nivel de Atención** y controles de salud, falta mejorar el acceso a otros niveles o atención de patologías prevalentes. Se señalan las carencias en el acceso para atención de muchas patologías prevalentes – infancia y desarrollo, salud mental – que determina la opción por ASSE ante barreras en el sector privado.

Rectoría en calidad

- Énfasis en la **capacitación a los RHS**, hay personal muy joven en ASSE al que hay que formar para mejorar las prestaciones

- **Tensión entre priorizar conducción o generación de estándares.** Se discute como se ejerce la gobernanza, si se puede liderar sin considerar la calidad.

Rectoría en información

- Necesidad de **avanzar en sistemas de información, en la transparencia y el acceso de la población al mismo.** Empoderar al ciudadano para que acceda a la información. Se destacan hoy los avances en la información sobre RHS.

2.3.3. Experiencias y Aprendizajes valiosos en el ámbito de la rectoría.

- **Observatorio de RHS.** Destacan el valor de la creación del Observatorio, como espacio de investigación y participación, Estrategia para generar información y avance en la generación de políticas públicas. Aunque con dificultades para el ejercicio de rectoría, pero sí con incidencia para la generación de sistemas de información. Exige fortalecimiento.
- **Negociación colectiva.** La incorporación del MSP en la negociación colectiva ha demostrado ser un proceso fundamental para el sector privado, y en tanto sigue fuera de la negociación en el ámbito público.
- **Fortalecimiento de los procesos de regulación económica** y los cambios cualitativos generados hacia estos diálogos desde el MSP (División Economía de la Salud).
- **Programa de Desarrollo de RHS del sector público.** Habría que extenderlo a otras carreras (hoy implementado con Facultad de Medicina, y en proceso Facultad de Enfermería)
- **Creación de la Escuela de Gobernanza en Salud Pública.** En un esfuerzo de cooperación interinstitucional del MSP con la Universidad de la República (UDELAR), el Banco de Previsión Social (BPS) y la OPS-OMS.
- **Importancia de las 19 Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS)** sus riesgos acerca de rol de liderazgos locales, y el desafío de la participación. Exige consecución de datos para formulación de políticas.
- **Creación de la Dirección General del SNIS (DIGESNIS) y la Junta Nacional de Salud (JUNASA).** Ambos organismos con funciones explícitas en vigilancia de la cobertura, del financiamiento y en la armonización de las prestaciones en el marco del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como expresión del Seguro Nacional de Salud, fondo mancomunado dentro del SNIS: La importancia de la participación social en la gobernanza.
- **Construcción de la Red Integrada de Efectores públicos (RIEPS).** Creación y proceso de fortalecimiento del área pública
- Desarrollo de **Proyectos sobre Evaluación de Equidad** en curso en MSP.

- Proceso de desarrollo de las **Evaluación de Tecnologías Sanitarias**, con un desarrollo creciente y valorado internacionalmente de la División de Evaluación Sanitaria como agencia al interior del MSP.
- Desarrollo de **Sistemas de Historias Clínicas y un uso creciente de las TICs, Telemedicina, Programa SIEMBRA, etc.**

2.4. Aportes al eje estratégico 3: aumentar y mejorar el financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia

2.4.1. Aspectos relevantes para aumentar y mejorar el financiamiento.

La opinión expresada en el tercer Taller Temático, que fue ratificada en el Plenario Final de Integración de las propuestas de los grupos de trabajo resultó unánime respecto a que los cuatro elementos priorizados en el Documento Regional son estratégicos para alcanzar la Cobertura Universal de Salud:

- **Aumento del financiamiento público a la salud, proponiendo como meta el 6% del PBI.**
- **Mancomunación de fondos (solidaridad).**
- **Eliminación de cualquier tipo de pago directo en punto del servicio (eliminación de barreras económicas).**
- **Mejora de la eficiencia y calidad del gasto.**

En el análisis particular de cada componente se destacaron los siguientes puntos de acuerdo en el análisis:

Aumento del financiamiento público a la salud

- Se destaca como capital para alcanzar la cobertura universal, la **expansión sostenida del financiamiento público.**
- Se establece como igualmente importante la relatividad de los conceptos de acuerdo a la **capacidad de un país, y su contexto e historia y la situación en relación a ciclos económicos.**
- En el caso particular de Uruguay se plantea la discusión sobre la forma de financiamiento público y algunas definiciones futuras. Por ejemplo la inclusión de ASSE en el FONASA, permanencia fuera del FONASA de colectivos cubiertos por Sanidad Policial y/o Sanidad Militar.

Mancomunación

- **Se plantea como muy importante el profundizar en la mancomunación, a través de contribuciones según capacidad de pago y gasto según necesidad sanitaria, tendiendo a dar aseguramiento sostenible un pool de riesgos de escala óptima.**

Eliminación de pago directo

- Se destaca como especialmente relevante para alcanzar la cobertura universal la **eliminación de cualquier barrera económica.**
- Se hace notar que aún en países que han avanzado significativamente hacia la cobertura universal como Uruguay, los copagos siguen siendo barreras de acceso a sectores importantes de población. Si bien se reconocen los

avances en este sentido hechos en el país (con la **política de reducción y eliminación selectiva de copagos**), aún queda bastante para la eliminación de estos como barreras de acceso.

- A modo de salvar la discusión sobre la conveniencia de la **eliminación total de todas las formas de copago**, se propone una modificación en la redacción que contiene un mensaje de significancia: donde dice “Eliminar el pago directo en el momento de la prestación de servicios **que** se constituye en barrera financiera para el acceso” se propone la siguiente modificación “Eliminar el pago directo en el momento de la prestación de servicios **cuando** se constituyen en barrera financiera para el acceso.” Se propone que para la resolución a largo plazo sobre la eliminación de toda forma de copago se propone la investigación en sistemas de copagos atados a capacidad de pago, para algunas prestaciones.
- Para el caso del Uruguay, se dejó constancia de que, dada la reglamentación y los acuerdos contractuales vigentes dentro del sistema, **cualquier eliminación del copago implica necesariamente un aumento en la cápita que el FONASA debe transferir a los prestadores**, lo cual representa un obstáculo agregado para la eliminación del copago en términos prácticos

Mejora de la eficiencia y calidad del gasto

- Se plantea la necesidad de avanzar más allá de los mecanismos de pago a prestadores, y poder llegar a la **discusión de los mecanismos de pago a los RHS para incidir en la eficiencia y calidad del sistema todo**, entendiéndose que esto último no es indiferente a lo primero. **Se cuestiona en forma particular las formas de pago por acto médico.**
- Se destaca especialmente la **importancia de la evaluación del impacto y la eficiencia de los programas colectivos**, y no solamente aquella de los servicios de salud. Por ejemplo la evaluación de los programas nacionales: violencia doméstica, seguridad vial.
- Se plantea la necesidad de relativizar efectividad y eficiencia a los valores y principios rectores de la cobertura universal y de los sistemas sanitarios de los países por ejemplo **los valores de mercado contrapuestos con los valores de sociedad**, planteándose como una definición política necesaria y previa.

2.4.2. Obstáculos para aumentar el financiamiento público a la salud y eliminar el pago directo en el punto de atención.

- Unánimemente se consideró que lo relevante no es el valor del GPS como porcentaje del PBI sino que lo importante es la **calidad del gasto**. También se destacó lo riesgoso de manejar definiciones deterministas en torno a valores relativos (Gasto total en Salud como porcentaje del PBI o Gasto Público Social como porcentaje del PBI), cuando el denominador (en este caso el PBI) puede variar externamente como en contextos económicos cíclicos en fase desfavorable.
- El principal obstáculo manejado en la consulta fue la definición del déficit fiscal y las **restricciones presupuestarias al gasto público**, entendiéndose

que siempre hay una restricción de recursos (en lo fiscal, clara). Se plantea la necesidad de investigar sobre los márgenes para la redistribución del gasto público, aunque se entiende que habitualmente son escasos. En este sentido, se entendió como prioritario el contar con definiciones políticas claras y de ante mano sobre el gasto social y el gasto público sanitario.

- Hubo acuerdo en que hay mínimos que se ordenan por la necesidad social, pero en transacción con la restricción de recursos limitados. Se estableció que la eficiencia es la vía para la solución, independientemente del grado de expansión presupuestaria. Se concluyó unánimemente que **no hay eficiencia si no hay rectoría fuerte**.
- Se dio cuenta de que a pesar de la rectoría y la capacidad de regulación en términos, la selección de riesgo (limitada por el FONASA) no se expresa ya en la incorporación pero permanece vigente en restricciones de acceso a prestaciones, del uso y del consumo.

2.4.3. Oportunidades de mejorar la eficiencia en los sistemas de salud. Lecciones aprendidas de Uruguay

La consulta evidenció algunas áreas claras donde el país podría aumentar la eficiencia de su sistema de salud:

- Se evidenció claramente la necesidad de trabajar sobre las ineficiencias del sector público, que consumen recursos significativos y que podrían aportar al aumento del GPS. Se manejaron ejemplos como la **dificultad de coordinación y consolidación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS)** o las dificultades de complementación entre efectores de tipo público-publico.
- **Fortalecimiento de la rectoría y conducción del sistema.** En este sentido, se profundizó en la organización y gestión del **sistema** de salud como posibles áreas de mejoras, reconociendo que hay mucho para hacer en la **rectoría y regulación, sobre todo en la incorporación y uso de tecnología**. Se plantea la necesidad de consolidar la racionalidad desde la incorporación y el uso. Surge como la vía idónea para ello el fortalecimiento de capacidades en la Autoridad Sanitaria: Por ejemplo, en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).
- También en relación a la eficiencia, se destacó la necesidad de eliminar las situaciones remanentes de **afiliación de usuarios a prestadores del sector social privado** (y las transferencias financieras que implican) **pero que terminan realizando el gasto sanitario en el prestador público**.
- **Concentración de recursos y economías de escala.** Por otro lado, se propuso la alternativa de aprovechar las economías de escala que permitiría el nuevo sistema único de salud. En primer lugar, referido a pool de riesgos de los prestadores, empezar a utilizar trazadores para sus resultados de eficiencia; pero en segundo lugar también en relación al pool de riesgo a nivel país, en lo referente al sistema sanitario en su conjunto.
- En relación a la situación del país, se destacó el papel de una posible **reorientación de la sobre cuota de inversión**, con criterios orientados a

la reforma sanitaria emprendida, asignando destinos a diferentes porciones de la misma, con énfasis en el cambio del modelo de atención.

- Por último, pero no menos importante, se destacó la **importancia de identificar e investigar la corrupción** y su grado en la gestión pública y en el sector salud, en pos de identificar las ineficiencias derivadas de esta condición. El nuevo sistema de salud coloca a la transparencia en primer plano y como uno de sus principios; si bien se reconocen algunos avances, se considera oportuno profundizar en su desarrollo.

2.4.4. Los objetivos del financiamiento en el camino de la cobertura universal y el financiamiento en el SNIS

Los **objetivos de la reforma sanitaria** que constituyó el SNIS financiado por el Seguro Nacional de Salud (FONASA) están **plenamente alineados con los propuestos en el documento de Estrategia Regional** para un financiamiento orientado a alcanzar la meta de Cobertura Universal de Salud:

- Las **metas en materia de gasto público en salud están cumplidas y la reducción del gasto privado en beneficio del gasto público concretada**. Con los ingresos al FONASA de colectivos poblacionales pendientes, en especial los tramos faltantes de jubilados y el aseguramiento de los usuarios no contributivos de ASSE, seguramente quedarán plenamente alcanzados.(en el 2013 el Gasto Público representa el 73% del Gasto Total en Salud y el alcanzó el **6.1% del PBI**)
- El FONASA en tanto fondo único, público y obligatorio es un instrumento que permite **mancomunar solidariamente los aportes y garantizar la sostenibilidad del sistema a través de un amplio pool de riesgos**.(en diciembre de 2013 el seguro da cobertura a 2.245.772 habitantes lo que representa el 71% de la población total del país)
- Respecto **a la calidad del gasto** expresado en cómo alinear los gastos en salud a objetivos sanitarios, el SNIS comenzó a pagar capitas ajustadas por edad y sexo, lo que representa un proceso de armonización del gasto a las necesidades sanitarias, en este caso expresadas por dichas variables. Pero al mismo tiempo los prestadores de salud capitados cobran un plus asociado a metas prestacionales ligadas todas ellas a objetivos de la política sanitaria (médico de referencia, concentración del trabajo médico, atención de niños, atención de mujeres, entre otras).
- El modelo de financiamiento además fue acompañado de un proceso de **reducción de los copagos**, en especial aquellos que afectan la asistencia en el primer nivel de atención, los controles preventivos en salud, así como las actividades y tratamientos relacionados con las enfermedades crónicas socialmente transmisibles.

2.5. Aportes al eje estratégico 4: actuar intersectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud

2.5.1. Debilidad para el liderazgo del sector salud, y con otros sectores.

- **Estrategia de Salud en Todas las Políticas (SPT)** debe ser apropiada por los distintos sectores, no solo por la salud. Tema a resolver, como desarrollar los puentes entre los distintos sectores, sobre todo por las dificultades de coordinación interinstitucional para el abordaje de los desafíos sanitarios.
- **Debilidad del rol rector de las Autoridades Sanitarias** en la conducción de políticas de salud, lugar asumido muchas veces por institucionalidades externas al sector (industria, ambiente, educación).
- Fortalecimiento de la sectorialidad sanitaria, propiciando reorganización de programas y divisiones referidos a la salud. El actuar intersectorial está fuertemente relacionado al **fortalecimiento institucional y reorganización** de los organismos y programas de acuerdo a los Planes Estratégicos del Sector Salud.
- Sistema de Salud debe **mejorar su desempeño asistencial**, así como promover la existencia de indicadores de resultado que haga que la calidad de los subsistemas sean tangibles.
- Necesario **involucramiento de toda la institucionalidad social en el logro de resultados sanitarios**, construyendo políticas que aborden los DSS desde una perspectiva de políticas de salud.
- **Falta de mirada global de coordinación intersectorial**. Debe ser una mirada más pensada desde las políticas de Estado.
- Sistemas que cumplan los objetivos sanitarios. En algunos contextos, **el motor del cambio social no es el sistema de salud únicamente**.
- En los diseños de reforma la Gobernanza debe ser una síntesis que surge de la interacción entre los sectores. **Sector Salud debería liderar cuando hablamos de políticas sanitarias**. Rol de la Rectoría.
- Componente social de las reformas de salud como un elemento importante a incorporar en los planes de reforma. En el **Primer Nivel de Atención no solo le compete al sector salud. Salud, vivienda y educación pueden ser motores**.
- Mejora en los niveles de eficiencia sobre distintas temáticas, pero identificar también necesidades de eficiencias sistémicas. Reorganización de servicios. Desde **el sector salud establecer el rumbo y resignificarlo con el resto de los sectores en abordajes conjuntos**.

2.5.2. Aspectos que deben fortalecerse en Uruguay para actuar sobre los Determinantes Sociales en Salud (DSS).

- Profundizar en las **políticas de distribución de la riqueza.**
- **Reforma educativa y rol de la educación en salud.** Planes de estudio de grado acorde a los nuevos desafíos del Sistema que promueva la formación de RHS en consonancia a los mismos.
- **Fortalecimiento de un primer nivel de atención organizada en RISS,** dentro de la atención integral en salud con el enfoque de la estrategia de APS.
- **Fortalecer el ejercicio de la Gobernanza y de la rectoría.**
- Desarrollo de **Política de Seguridad Alimentaria.**
- **Mejora de la coordinación gubernamental en la intersectorialidad.**
- Mejorar financiamiento de institucionalidades y políticas que trabajan con población vulnerable.
- Sistema Nacional de Cuidados como una experiencia a desarrollar.
- **Fortalecer la estrategia de municipios saludables.**

2.5.3. Experiencias valiosas de impacto efectivo sobre Determinantes Sociales en Salud (DSS)

- Experiencia de la Reforma de salud, particularmente en **participación en el Sistema de actores de la sociedad en la identificación de los desafíos territoriales.** Esto permite diseñar abordajes más efectivos sobre los DSS, que promueven la interacción intersectorial.
- Experiencias y ejemplos en el Uruguay: **Uruguay Crece Contigo** como buena práctica de coordinación intersectorial con una gestión que evalúe resultados en políticas de primera infancia; mesas intersectoriales y mesas de desarrollo rural.
- Decisiones respaldadas por alto nivel político como por ejemplo las **Políticas de Control de Tabaco y en Salud Sexual y Reproductiva.**
- **Consejo de Salarios. Plan de Equidad.** Planes que mejoran las condiciones de trabajo y actúan directamente sobre los determinantes de la pobreza.
- **Desconcentración en el territorio nacional de las acciones y decisiones de la Rectoría, con fortalecimientos temáticos mediante la capacitación de referentes.**
- Ejemplo de la política de **Erradicación de las viviendas insalubres (MEVIR).** Continuidad y perdurabilidad de las políticas.
- **Instituto Nacional de DDHH** como institucionalidad novedosa en la defensa del derecho a la salud.

2.6. Expectativas sobre el papel de OPS para aportar a la Estrategia de Cobertura Universal de Salud

- **Conformar ámbitos de discusión e intercambio para sistematizar prácticas y visiones.**
- **Promover procesos de construcción de “masa crítica” de RHS de conducción de las reformas**, formando agentes de cambio para transformar Sistemas y Servicios de salud. Por ejemplo trabajando en conjunto con la autoridad sanitaria y la academia promoviendo la implementación de la **Escuela de Gobierno en Salud Pública (EGSP)**. Fortalecer la capacidad de Liderazgo y Conducción que supere los valores hegemónicos.
- Contribuir a desarrollar instrumentos para pasar de definiciones a la acción concreta. Romper chacras. Entre privados y públicos. En el ámbito de rectoría. Superar la lógica de compra-venta llegando a la complementación. Por ejemplo trabajar más estos temas con los prestadores privados. Incluir a los actores privados en **Cursos de gestión de RISS**.
- **Sistematizar los aprendizajes**. Revisar y redefinir acciones en el proceso.
- Facilitar **herramientas para el re direccionamiento de recursos en el territorio**.
- **Fortalecer los sistemas de información**. Que permitan conocer las necesidades de atención a la salud y el cumplimiento de los objetivos sanitarios, incluyendo la promoción de cambios sustantivos de la práctica clínica.
- Apoyo para **espacios de intercambio para planificación en territorio**.
- En lo referido a RHS, apoyar **para proyección de las necesidades sanitarias a nivel nacional**. Facilitar el asesoramiento técnico y facilitar la acumulación política, para sostenerlos.

3. ANEXOS

3.1. Lista completa de participantes en el Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.....Error!

Bookmark not defined.

3.2. Presentación del Representante de OPS/OMS en Uruguay, Dr. Eduardo Levcovitz..... Error! Bookmark not defined.

3.3. Agenda del Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.. Error! Bookmark not defined.

3.4. Guía de Trabajo para la implementación del proceso de consulta..... Error! Bookmark not defined.

3.5. Lista de participantes en los Talleres TemáticosError!
Bookmark not defined.

3.1. Lista completa de participantes en el Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.

Autoridades

Dra. Susana Muñiz
Ministra de Salud Pública

Daniel Olesker
Ministro de Desarrollo Social

Dr. Leonel Briozzo
Subsecretario de Salud Pública

Eduardo Levcovitz
Representante OPS/OMS Uruguay

Participantes

Pablo Anzalone
Director División Salud
Intendencia Montevideo

Silvana Blanco
Directora Cátedra Odontología Social
Facultad de Odontología-UDELAR

Victoria Arbulo
División Economía de la Salud
Ministerio de Salud Pública

Marisa Buglioli
Directora Departamento de Medicina
Preventiva y Social
Facultad de Medicina-UDELAR

Marcelo Barbato
Comisión Seguridad del Paciente
Ministerio de Salud Pública

Paula Carrasco
Investigadora Instituto de Economía
Facultad de Ciencias Económicas y de
Administración-UDELAR

Cristina Barrenechea
Facultad de Enfermería-UDELAR

Seibal Carvajales
Asesor Ministerio de Salud Pública

Gerardo Barrios
Presidente Unidad Nacional de
Seguridad Vial

Carmen Ciganda
Directora Departamento de Salud
Ambiental y Ocupacional
Ministerio de Salud Pública

Álvaro Baz
Director División Servicios de Salud
Ministerio de Salud Pública

Elena Clavell
Directora General del Sistema
Nacional Integrado de Salud
Ministerio de Salud Pública

Wilson Benia
Consultor OPS/OMS Uruguay

Andrés Coitiño
Director Asesoría de Relaciones
Internacionales y Cooperación
Ministerio de Salud Pública

Jorge Bermúdez
Dirigente Federación Uruguaya de la
Salud

Mario Conzález
Consultor OPS/OMS Uruguay

Beatriz Fajian
Dirigente de la Federación de
Funcionarios de Salud Pública

Miguel Fernández Galeano
Consultor OPS/OMS Uruguay

Alicia Ferreira
Gerente General Administración de
Servicios de Salud del Estado-ASSE

Leticia Fratini
Dirigente de la Federación de
Funcionarios de Salud Pública

Guillermo Fuentes
Investigador y Docente Instituto de
Ciencia Política Facultad de Ciencias
Sociales-UDELAR

Leticia Gambogi
Co-Encargada Dirección Técnico
Médica Fondo Nacional de Recursos

Luis Gallo
Presidente Junta Nacional de Salud
Ministerio de Salud Pública

Oscar Gianneo
Asistente Académico Decanato
Facultad de Medicina-UDELAR

Eduardo González
Director de Unidad de
Descentralización
Ministerio de Salud Pública

Pilar González
Directora Programa Nacional Salud
Rural - Ministerio de Salud Pública

Leticia Gorriarán
División Evaluación Sanitaria
Ministerio de Salud Pública

Marta Granedo
Dirigente de la Federación de
Funcionarios de Salud Pública

Cristina Grela
Mecanismo de Género
Ministerio de Salud Pública

Estela Harispe
Asistente Directorio Administración
de Servicios de Salud del Estado-ASSE

Fernando Isabela
Profesor Asistente Instituto de
Economía, Facultad de Ciencias
Económicas y de Administración-
UDELAR

Juan Manuel Jones
RAP Metropolitana - Administración
de Servicios de Salud del Estado-ASSE

Gabriel Lagomarsino
Asesor Banco de Previsión Social

Ima León
Docente Departamento de Medicina
Preventiva y Social
Facultad de Medicina-UDELAR

Cristina Lustemberg
Coordinadora de Programa Uruguay
Crece Contigo-UCC/OPP

Ana Laura López
Dirigente de la Federación de
Funcionarios de Salud Pública

Lorena Luján
Dirigente de la Federación de
Funcionarios de Salud Pública

Gabriela Medina
Gerente Asistencial Administración
de Servicios de Salud del Estado-ASSE

Cristina Mier
Presidenta Alternativa
Fondo Nacional de Recursos

Ana Noble
Directora Departamento de
Programación Estratégica en Salud
Ministerio de Salud Pública

Martín Odriozola
Dirigente Sindicato Médico del Uruguay

María del Rosario Oiz
Vice-Presidente Banco de Previsión Social

Ida Oreggioni
Gerente División Economía de la Salud-Ministerio de Salud Pública

Juan Pablo Pagano
División Economía de la Salud. Ministerio de Salud Pública

Mercedes Pérez
Decana Facultad de Enfermería- UDELAR

Carlos Polito
Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud Pública

Gabriela Pradere
Gerente División Recursos Humanos en Salud Ministerio de Salud Pública

Laura Rivas
División Economía de la Salud Ministerio de Salud Pública

Ariel Rodríguez
Director General de Secretaría Ministerio de Salud Pública

Lilián Rodríguez
Usuarios JUNASA

Norma Rodríguez
Fondo Nacional de Recursos

Ricardo Rodríguez Buño
Relatoría OPS/OMS Uruguay

Jorge Rodríguez Rienzi
Asesor - Ministerio de Salud Pública

Raquel Rosa
Directora División Epidemiología Ministerio de Salud Pública

Roberto Salvatella
Consultor OPS/OMS Uruguay

Marcelo Setaro
Gerente Planificación Estratégica Ministerio de Salud Pública

Marlene Sica
Directora General de la Salud Ministerio de Salud Pública

Beatriz Silva
Presidente del Directorio Administración de Servicios de Salud del Estado-ASSE

Carmen Soca
Representante del Ministerio de Salud Pública ante la Comisión Honorario Administradora del Fondo Nacional del Recursos

Enrique Soto
Vice-Presidente del Directorio Administración de Servicios de Salud del Estado - ASSE

Julio Trostchansky
Presidente Sindicato Médico del Uruguay

Gabriel Valente
Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Martín Vallcorba
Representante del Ministerio de Economía y Finanzas ante la Junta Nacional de Salud

Perla Vivas
Relatoría OPS/OMS Uruguay

Leticia Zumar
Representante del Ministerio de Economía y Finanzas ante la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recurso

3.2. Presentación del Representante de OPS/OMS en Uruguay, Dr. Eduardo Levcovitz.



**COBERTURA UNIVERSAL EN
SALUD: Consulta Nacional
de Uruguay – 17 junio 2014**

Eduardo Levcovitz, MD, MPH, PhD
Representante de la OPS/OMS en Uruguay



**EL DESAFÍO FUNDAMENTAL QUE
ENFRENTAN LOS SISTEMAS DE
SALUD DE LOS PAÍSES DE LA
REGIÓN ES**

“ Garantizar a todos los ciudadanos la **PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades”**



EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD – 2005

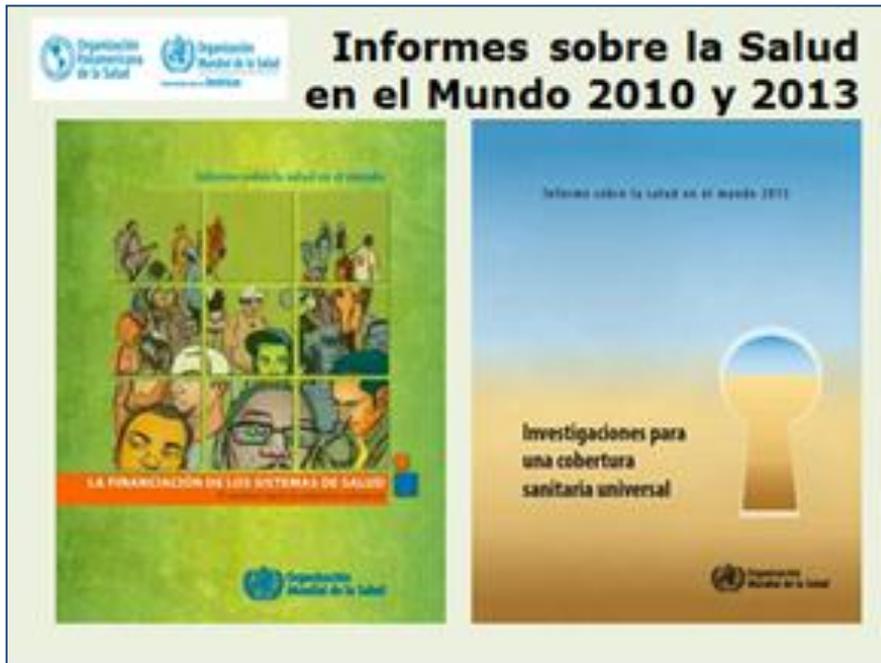
	
WORLD HEALTH ORGANIZATION	
FIFTY-EIGHTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Provisional agenda item 13.16	A58/20 7 April 2005
<hr/>	
FIFTY-EIGHTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 13.16	WHA58.33 25 May 2005
Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance	

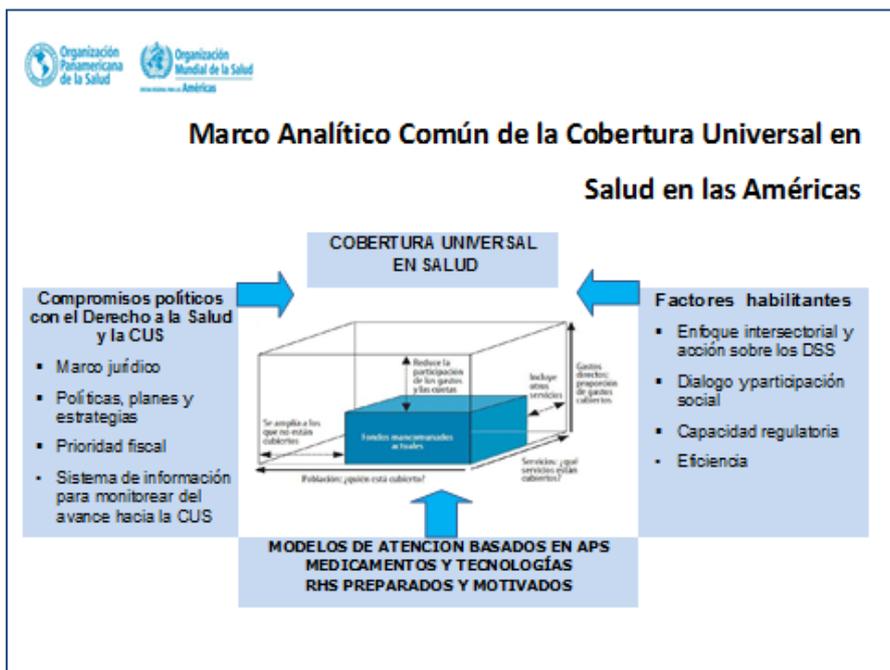
Resolución WHA58.33



CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA - 2002

	
PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION WORLD HEALTH ORGANIZATION	
26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE 14 th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE	
Washington, D.C., USA, 23-27 September 2002	
<hr/>	
Provisional Agenda Item 4.7	CSP02/12 (Eng.) 14 July 2002 ORIGINAL: SPANISH
EXTENSION OF SOCIAL PROTECTION IN HEALTH: JOINT INITIATIVE OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION AND THE INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION	
<p>The extension of social protection in health (ESP) is a powerful public policy tool designed principally to combat exclusion in health. An estimated 100 million people in Latin America and the Caribbean are not covered by the existing health systems, and some 240 million are not protected by social security or private health insurance programs.</p> <p>ESP is society's guarantee, through the different public authorities, that individuals or groups of individuals can meet their needs and demands in health through adequate access to the services of the system or to those of any of the existing health subsystems in the country, regardless of their ability to pay.</p> <p>Analysis of the experience in data indicates that the most effective interventions for combating exclusion are multifaceted and must be articulated with the spheres of financial sustainability, social insurance, and a coherent model of care.</p> <p>PAHO and the ILO have been working together on this issue since 1999 and have signed a memorandum of understanding. In this document the organizations make a commitment to launching a regional initiative in the coming years to promote and establish the systematic analysis and diagnosis of exclusion in health, identify solutions, and take appropriate action to support Member States in their efforts to eliminate social exclusion in health and strengthen their institutional capacity to extend social protection in health.</p> <p>The proposal includes a regional commitment to develop methodologies and instruments for training, research, and the exchange of experiences and recommendations on successful practices. It also contains a country commitment to help define this issue, promote social dialogue, and support implementation of the national plans that emerge from this process. The main characteristics of the initiative are presented in this document with the dual purpose of referring the Pan American Sanitary Conference and obtaining its comments and suggestions.</p> <p>The Executive Committee adopted Resolution CE33/02 with a view to submitting it for the consideration of the Pan American Sanitary Conference.</p>	





COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

- **Acelerar la ampliación del acceso a servicios de salud integrales y de calidad homogénea**
- **Fortalecer la Gobernanza y la Conducción Sectorial y ejercer el rol Rector**
- **Más y mejor financiamiento, eliminando gasto de bolsillo**
- **Acción Intersectorial para abordar los Determinantes Sociales de la Salud**

3.3. Agenda del Plenario de Integración de la Consulta Nacional en Uruguay.

Horario	Actividad
08:30-09:00	Registro de participantes
09:00-10:00	Presentación de la Estrategia Regional sobre Cobertura Universal en Salud. Objetivos de la Consulta Nacional <i>Eduardo Levcovitz</i> , Representante OPS/OMS en Uruguay <i>Susana Muñiz</i> , Ministra de Salud Pública
10:00-10:15	Receso
10:15-12:00	Trabajo en Talleres: <u>Taller I</u> : Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades <u>Taller II</u> : Fortalecer la rectoría y la gobernanza. <u>Taller III</u> : Aumentar y mejorar el financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia. <u>Taller IV</u> : Actuar inter-sectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud.
12:00-13:20	Presentación de Relatorías de los Talleres
13:20-14:30	Comentarios

3.4. Guía de Trabajo para la implementación del proceso de consulta

Introducción

El Secretariado de la Oficina Sanitaria Panamericana ha recibido el mandato de preparar una Estrategia en el tema de Cobertura Universal de Salud que será presentada a consideración en el próximo Consejo Directivo en el mes de octubre de 2014.

Este mandato también ha sido reflejado y es parte integral del Plan Estratégico 2014-2019, en el cual se plantea el tema de la cobertura universal como uno de sus principales elementos articuladores. En este contexto, se llevarán a cabo consultas a diferentes niveles, con el propósito de alcanzar entendimiento común sobre dicha estrategia, por medio de la discusión y el diálogo con autoridades nacionales de salud y socios estratégicos.

La OPS ha preparado un borrador del documento de estrategia, coordinado por el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y un grupo inter-programático, con el objetivo de generar un debate en los países en relación al marco conceptual, y particularmente sobre los desafíos y propuestas de intervención en relación a cobertura universal. Este documento borrador representa una primera aproximación en relación al tema y necesita enriquecerse con las contribuciones y puntos de vista de los diferentes actores en las Américas. Las consultas nacionales representan una gran oportunidad para lograr este objetivo.

La Cobertura Universal de Salud es el objetivo que orienta la transformación de los sistemas de salud, para que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales -garantizados y exigibles- que necesitan a lo largo de su curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. La Cobertura Universal de Salud refuerza la necesidad de definir e implementar políticas e intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar; con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad (OPS/OMS, 2014).

La estrategia de cobertura universal requiere el involucramiento de toda la sociedad, con mecanismos claros de participación y rendición de cuentas. Por tanto, el avance hacia esta meta requiere de la participación multisectorial, el diálogo y el consenso entre los diferentes actores sociales y del compromiso político firme por parte de las autoridades a cargo de diseñar políticas e implementar las estrategias necesarias, considerando este enfoque.

La estrategia identifica cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes:

- (1) Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
- (2) Fortalecer la rectoría y la gobernanza;
- (3) Aumentar y mejorar el financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia; y
- (4) Actuar inter-sectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud.

Objetivos de Consulta Nacional

- Presentar el borrador del documento de la Estrategia Regional de la OPS sobre la Cobertura Universal de Salud.
- Recoger y consolidar sugerencias, comentarios y aportes al borrador presentado.
- Recibir aportes y contribuciones que enriquezcan los contenidos y contribuyan a su posterior viabilización.
- Identificar las contribuciones y posiciones específicas de las autoridades nacionales de salud en relación a las cuatro líneas estratégicas para el avance hacia la cobertura Universal.
- Recoger los abordajes y/o experiencias del país, incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, academia y sector privado

Metodología de trabajo

La metodología de trabajo incluirá la presentación del documento borrador el que se discutirá y se recogerán los puntos de vista en torno a la guía de trabajo con preguntas específicas.

Se llevará a cabo trabajo en talleres, uno por línea estratégica en torno a las preguntas motivadoras.

Preguntas motivadoras

Pregunta común para todos los grupos

- ¿Qué, a su juicio, es lo más esencial de lo señalado en el documento?
- ¿Qué aspectos no están tratados o debieran ser incluidos?

Preguntas específicas (por línea estratégica) de cada grupo

GRUPO I: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

- a) Qué relevancia da usted para avanzar en cobertura universal a los siguientes aspectos:
 - ¿Existencia de un conjunto de prestaciones/beneficios explícitos, exigibles y universalmente garantizadas?
 - ¿Un modelo de atención estructurado en redes integradas basadas en la Atención Primaria de la Salud?
 - ¿Un primer nivel de atención universal de amplia cobertura y alta resolutivez?
 - ¿Recursos humanos competentes, suficientes y bien distribuidos?
 - ¿Disponibilidad de medicamentos y otras tecnologías de modo costo efectivo?
- b) ¿Cuáles, a su juicio, son los aspectos en su país que deben impulsarse para ampliar el acceso equitativo y efectivo a servicios de calidad homogénea, particularmente en los grupos más vulnerables? ¿Cómo lo abordaría?
- c) ¿Cuáles, a su juicio, han sido las experiencias y/o aprendizajes más valiosos en el ámbito de la mejora del acceso a la atención?
- d) ¿Qué puede hacer la OPS?

GRUPO II: Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

- a) ¿Qué relevancia da usted a los siguientes tópicos?:
 - Funciones esenciales de salud pública, con énfasis en conducción y liderazgo de la autoridad sanitaria.
 - Existencia de marco jurídico, regulatorio y competencias de fiscalización.
 - Institucionalidad con competencias para diseñar e implementar y evaluar planes, políticas y estrategias para todo el sector salud.
 - Capacidad para generar participación social y rendición de cuentas.
 - Contar con sistemas de información sólidos e interoperables para decisiones en salud.
- b) ¿Cuáles, a su juicio, son los aspectos en su país que deben fortalecerse para mejorar gobernanza y rectoría en el sector salud de su país? ¿Cómo lo abordaría?
- c) ¿Cuáles, a su juicio, han sido las experiencias y/o aprendizajes más valiosos en el ámbito del fortalecimiento de la gobernanza y rectoría?
- d) ¿Qué puede hacer la OPS?

GRUPO III: Aumentar y mejorar el financiamiento, sin gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia.

- a) ¿Qué relevancia da usted a los siguientes tópicos?;
- Aumento del financiamiento público a salud.
 - Mancomunación de fondos (solidaridad).
 - Eliminación de cualquier tipo de pago directo en punto del servicio (eliminación de barreras económicas).
 - Mejora de la eficiencia y calidad del gasto.
- b) ¿Cuáles, a su juicio, son los aspectos en su país que se constituyen en obstáculos para aumentar el financiamiento público a la salud y eliminar el pago directo en el punto de atención? ¿Cómo lo abordaría?
- c) ¿Cuáles, a su juicio, han sido las restricciones para lograr más salud por el dinero? ¿Dónde a su juicio hay más oportunidades de mejorar la eficiencia en los sistemas de salud? ¿Qué experiencias existen en mejoras de eficiencia?
- d) ¿Qué puede hacer la OPS?

GRUPO IV: Actuar inter-sectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud.

- a) ¿Qué relevancia da usted a los siguientes tópicos?;
- Debilidad del sector salud para ejercer liderazgo y actuar conjuntamente con otros sectores en los determinantes sociales de la salud.
 - Existencia de políticas sociales no universales, insuficientemente financiadas y con falta de coherencia y coordinación intersectorial.
- b) ¿Cuáles, a su juicio, son los aspectos en su país que deben fortalecerse para mejorar capacidad de actuar sobre los determinantes sociales? ¿Cómo lo abordaría?
- c) ¿Cuáles, a su juicio, han sido las experiencias y/o aprendizajes más valiosos en el ámbito del impacto efectivo sobre los determinantes sociales de la salud?
- d) ¿Qué puede hacer la OPS?

3.5. Lista de participantes en los Talleres Temáticos

TALLER I SERVICIOS	TALLER II RECTORÍA	TALLER III FINANCIAMIENTO	TALLER IV INTERSECTORIALIDAD
Beatriz Silva (ASSE)	Elena Clavell (MSP)	Cristina Mier (MSP)	Pilar González (MSP)
Alicia Ferreira (ASSE)	Luis Gallo (MSP)	Ida Oreggioni (MSP)	Carmen Ciganda (MSP)
Enrique Soto (ASSE)	Marcelo Setaro (MSP)	Victoria Arbulo (MSP)	Andrés Coitiño (MSP)
Gabriela Medina (ASSE)	Ariel Rodríguez (MSP)	Jorge Rodríguez Rienzi (MSP)	Raquel Rosa (MSP)
Juan Manuel Jones (ASSE)	Leticia Gorriarán (MSP)	Daniel Olesker (MIDES)	Cristina Grela (MSP)
Estela Harispe (ASSE)	Marcelo Barbato (MSP)	Magdalena Terra (MEF)	Carlos Polito (MSP)
Ana Noble (MSP)	Gabriela Pradere (MSP)	Fernando Isabela (Fac.CCEEA)	Marcelo Castillo (ICP/FCCSS)
Francisco Amorena (MSP)	Alvaro Baz (MSP)	Paula Carrasco (Fac.CCEEA)	Gerardo Barrios (UNASEV)
Eduardo González (MSP)	Guillermo Fuentes (Fac.CCSS)	Gabriel Valente (OPP)	Cristina Lustemberg (UCC)
Seibal Carvajales (MSP)	Carmen Soca (FNR)	Martín Vallcorba (MEF)	Martín Odriozola (SMU)
Cristina Barrenechea (Fac.Enf)	Norma Rodríguez (FNR)	Gabriel Lagomarsino (BPS)	Silvana Blanco (Fac.Odont)
Ima León (Fac.Med)	Pablo Anzalone (IM)	Marisa Buglioli (Fac.Med)	Leticia Fratini (FFSP)
Martín Odriozola (SMU)	Oscar Gianneo (Fac.Med)	Rosana Gambogi (FNR)	Roberto Salvatella (OPS)
Lorena Luján (FFSP)	Mercedes Pérez (Fac.Enf.)	Ana Laura López (FFSP)	Mario Conzález (OPS)
Martín Rebella (SMU)	Marta Granedo (FFSP)	Jorge Bermúdez (FUS)	
Wilson Benia (OPS)	María del Rosario Oiz (BPS)	Miguel Fernández (OPS)	
	Eduardo Levcovitz (OPS)	Ricardo Rodríguez Buño (Rel.OPS)	
	Perla Vivas (Relatoría OPS)		