



BALANCE DE LO ACTUADO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Daniel Olesker
Director General de Secretaría

Agosto 2009

LOS RESULTADOS

RESULTADOS 2004 -- 2008		
Rubros	2004	2008
PBI en Millones de dólares	13.167 4.000/Hab	32.400 9.000/hab
Deuda s/PBI	113,6%	57,0%
Crecimiento del PBI	-17,0%	+35.4%
Inversión s/PBI	9,8%	18,0%
Crecimiento de exportaciones	-33,0%	100,0%
Gasto Social (mill. U\$S)	700	2.200
Tasa de desempleo	13,1%	7,3%
Crecimiento del salario real	-24,1%	+19.5%
Pobreza en porcentaje	30,9%	21.7%
Pobreza en personas	1.030.359	647.000

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BCU e INE.

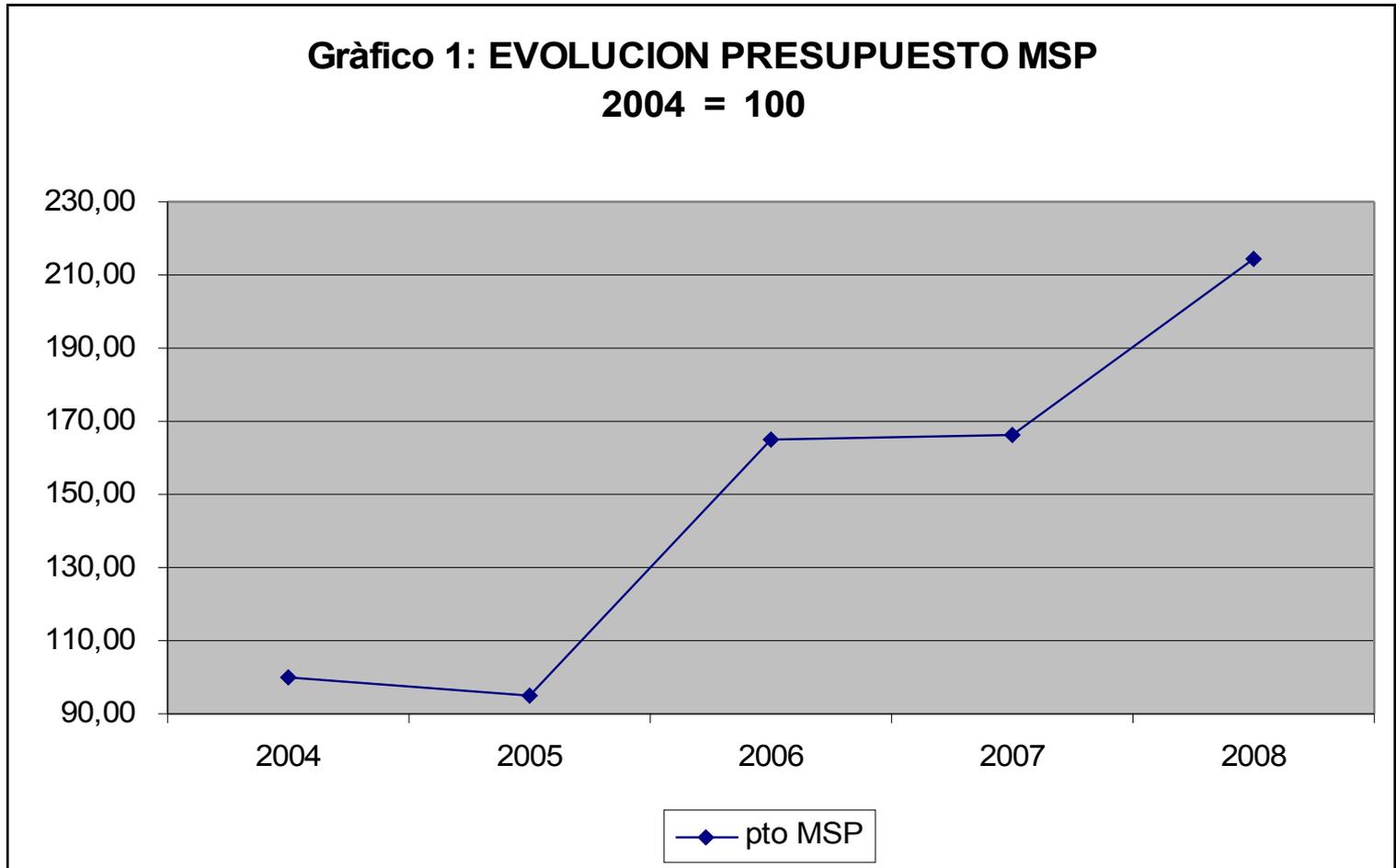
Nota: En donde dice crecimiento se refiere al período 2000 2004 y 2005 -- 2008.



EL PRESUPUESTO

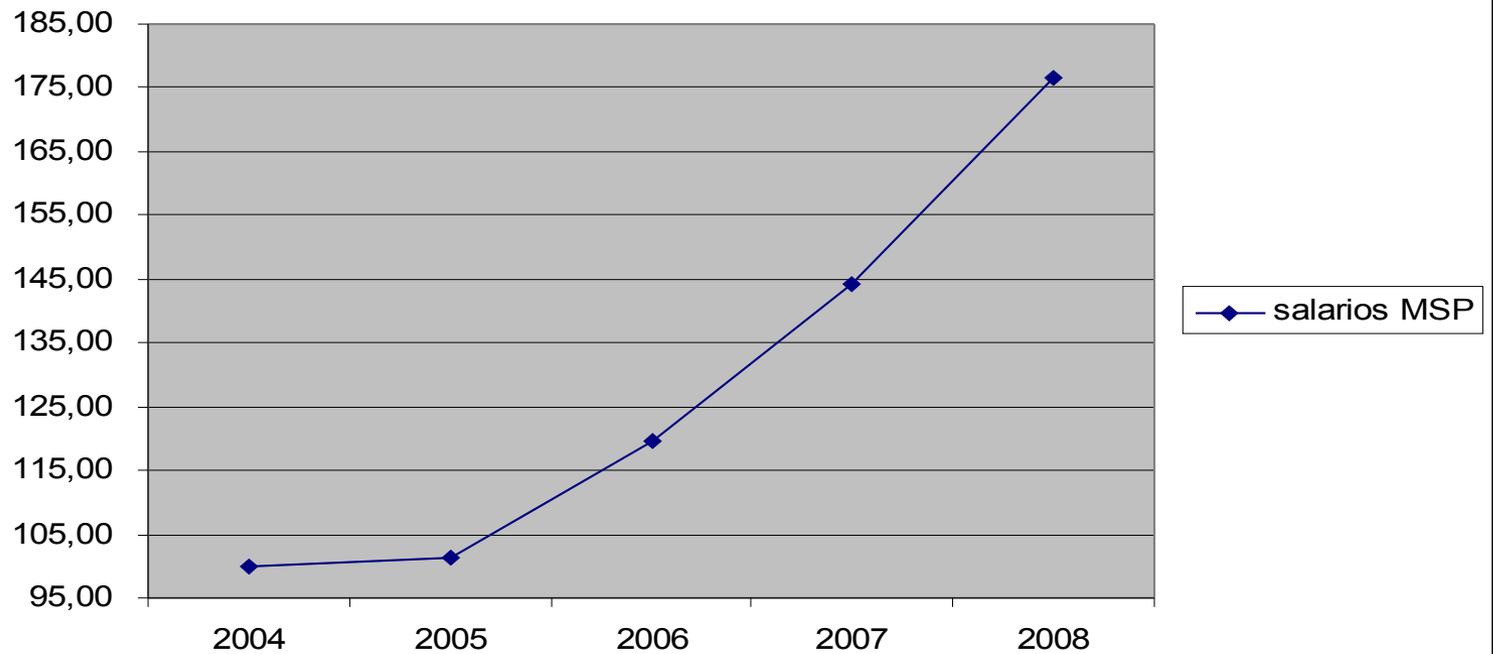
PRESUPUESTO Y SALARIOS

**Gráfico 1: EVOLUCION PRESUPUESTO MSP
2004 = 100**



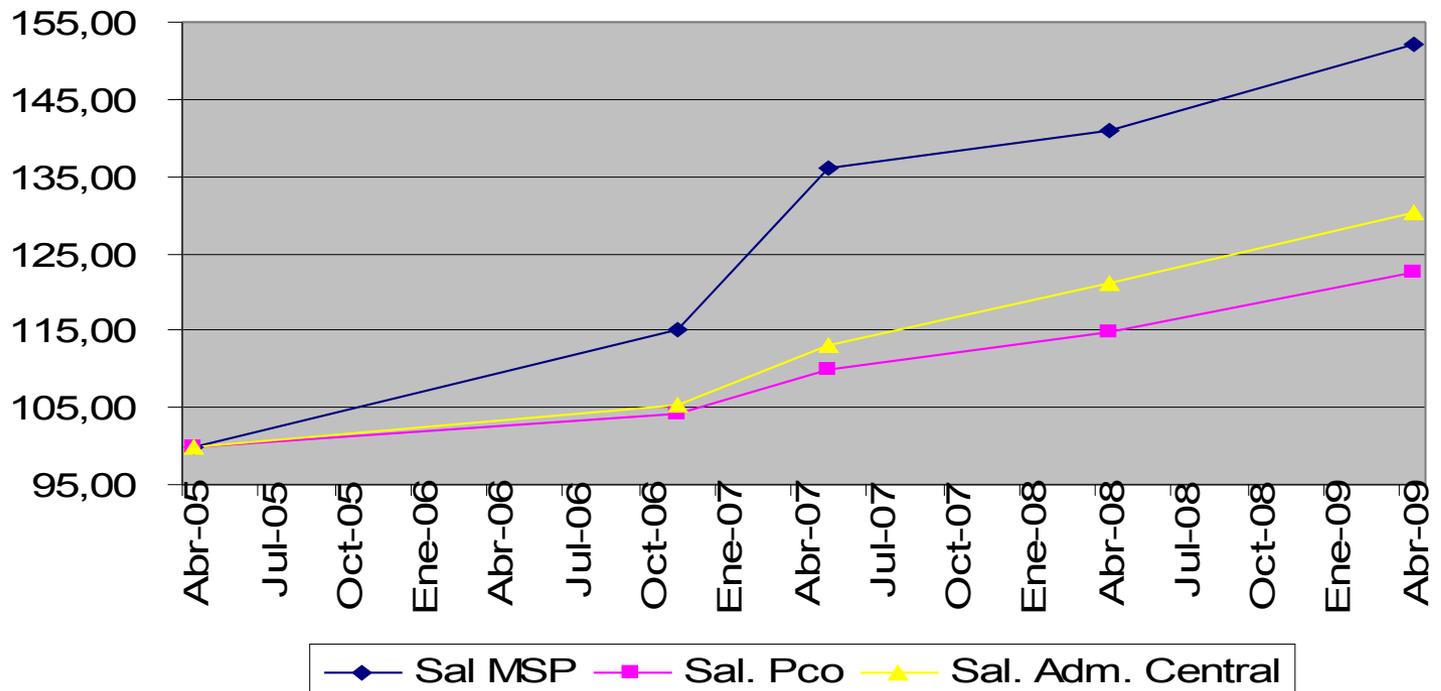
PRESUPUESTO Y SALARIOS

**Gráfico 2: EVOLUCION DE MASA DE SALARIOS MSP
2004 = 100**



PRESUPUESTO Y SALARIOS

Gráfico 3: SALARIO MSP Y SALARIO PUBLICO





LAS ACCIONES DEL MSP

REGULARIZACIONES MSP

COMISION DE APOYO

En primer lugar corresponde citar al artículo 293 de la Ley de

Presupuesto Nacional N° 17.930 de 19 de diciembre de 2005 y el Decreto 361/007 de 28 de septiembre de 2007 determinó los criterios para la asignación de escalafón, grado, serie, denominación, carga horaria, etc.

Por Resolución del Poder Ejecutivo de fecha 4 de agosto de 2008 se designaron a 21 funcionarios en la Unidad Ejecutora 001 “Dirección General de Secretaría” y a 28 funcionarios en la Unidad Ejecutora 070 “Dirección General de la Salud” en el marco de las referidas normas.

REGULARIZACIONES MSP

Por Resolución del Poder Ejecutivo de fecha 27 de febrero de 2009 se designaron a 12 funcionarios en la Unidad Ejecutora 001 “Dirección General de Secretaría” y a 65 funcionarios en la Unidad Ejecutora “Dirección General de la Salud”.

Y 58 funcionarios en la Unidad Ejecutora 004 “Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.

Total: 184 funcionarios regularizados.

REGULARIZACIONES MSP

CONTRATOS AL AMPARO DEL ART 410

En virtud de la promulgación de la Ley 18.161 de 29 de julio

de 2007 se regularizaron la situación de aquellos que contratados al amparo del artículo 410 que cumplían funciones en las Unidades Ejecutoras del MSP.

El marco legal para tal situación fue dado por el artículo 316

de la Ley 18.362.

Se designaron a 8 funcionarios en la Unidad Ejecutora 001 “Dirección General de Secretaría” y a 30 funcionarios en la Unidad Ejecutora “Dirección General de la Salud”.

REGULARIZACIONES MSP

CONTRATOS DE FUNCION PÚBLICA

Acá encontramos diferentes modalidades, que se desarrolla:

- a) la “transformación” de los Contratos de Función Pública. De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 13 de la Ley 18.172, una vez computado un año desde la designación en contratos de función pública de aquellos que ingresaron al amparo de lo dispuesto por el artículo 7 de la Ley 17.930, dichas funciones se transformarán en cargos presupuestados.

Por Resolución del Poder Ejecutivo de fecha 12 de mayo de 2009 se designaron a 29 funcionarios en la Unidad Ejecutora 001 “Dirección General de Secretaría”, a 16 funcionarios en la Unidad Ejecutora “Dirección General de la Salud” y a 1 funcionario en la Unidad Ejecutora “Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.

REGULARIZACIONES MSP

CONTRATOS DE FUNCION PÚBLICA

- b) La segunda situación se refiere a la designación en Contratos de Función Pública, para cubrir vacantes generadas en la Unidad Ejecutora 001 “Dirección General de Secretaría”. Por Resolución del Poder Ejecutivo de fecha 27 de febrero de 2009 se designaron a 9 funcionarios bajo ésta modalidad.**

- c) Por último bajo este régimen y al amparo de lo dispuesto por el Artículo 235 de la Ley 18.172 y los Artículos 326 y 327 de la Ley 18.362 se designaron a aquellos que cumplirán funciones en la División Fiscalización, dependiente de Dirección General de la Salud.**

REGULARIZACIONES MSP

CARGOS DE ALTA CONDUCCION

Las últimas dos leyes de Rendiciones de Cuentas crearon cargos de Alta Conducción, de los cuales a la fecha se han realizado los concursos respectivos por 6 cargos y uno se encuentra en trámite.

Ello son:

- Gerente de Planeamiento Estratégico**
- Gerente de Mejora Continua**
- Gerente de Calidad del Cambio**
- Gerente de Gestión de Desarrollo Humano**
- Gerente de Economía de la Salud**
- Subgerente de Economía de la Salud**

Síntesis de regularizaciones: 277 Funcionarios

REGULARIZACION DE FUNCIONARIOS TERCERIZADOS

En el MSP una de las grandes dificultades, era el mantenimiento y limpieza, del Casco Central. Esta tarea estaba a cargo de empresas contratadas para esos fines por las diferentes U.E. Muchas veces éstas contaban con personal a cargo por los cuáles no realizaban aportes a la seguridad social

Sumado a lo anterior y siendo casi una constante, estas empresas daban quiebra, abrían nuevamente con otro nombre presentándose a las licitaciones del Estado volviendo a ser contratadas.

Las consecuencias eran las siguientes:

- los trabajadores quedaban sin cobrar, sus salarios que además a veces no llegaban ni siquiera al salario mínimo nacional,**
- mientras se convocaba a la empresa los hospitales y el Casco Central quedaban sin esos servicios generándose un caos debido a la falta de limpieza.**

REGULARIZACION DE FUNCIONARIOS TERCERIZADOS

Como objetivo se buscaba:

- **darle continuidad a un servicio, que no tuviera interrupciones por quiebra de las empresas,**
- **que los trabajadores percibieran mejores salarios,**
- **que el estado no tuviera erogaciones mayores,**
- **que mejorara la calidad,**

y a su vez se daba cumplimiento a lo planteado en el programa de gobierno en lo que refiere a la dignificación del trabajador y su capacitación.

REGULARIZACION DE FUNCIONARIOS TERCERIZADOS

Para ello dentro del pliego de condiciones se plantea entre otros puntos la necesidad de dar cabida a los trabajadores que ya desempeñaban tareas en la empresa anterior debido a su experiencia acumulada, a su vez que fueran capacitados en un período no mayor a dos años en torno a la formación de una Cooperativa.

Este conjunto de trabajadores logra la conformación de la Cooperativa se presentan al llamado del M.S.P., quedando en primer lugar.

Esta metodología de trabajo se pudo llevar adelante por la voluntad existente de las autoridades y sobre todo por el compromiso de los trabajadores asesorados por la Federación de Cooperativas de Producción del Uruguay.

ESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE TRABAJO

1) CONVENIO M.S.P. - TRABAJADORES URUGUAY - ESPAÑA-PANAMERICANO – F.F.S.P.

Después de un largo período de no tomarlos en cuenta (casi 10 años) a un grupo de ex - trabajadores de las mutualistas Uruguay-España y Panamericano que habían quedado sin su fuente laboral, como consecuencia de la política sanitaria aplicada por los diferentes gobiernos de los años 90 que permitían que el mercado todo lo regulara.

Las mutualistas nombradas dieron quiebra en el año 1999.

ESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE TRABAJO

A mediados de 2005 con la asunción de este gobierno es que solicitan una entrevista con la Ministra de Salud Publica, quien luego de escuchar atentamente, decide conformar una comisión compuesta por el Ministerio y la F.F.S.P.

El día 27 de julio de 2007 se firma el convenio mediante el cual se contempla a todo trabajador que a la fecha del cierre de estas dos mutualistas se encontraran trabajando en ellas y en la actualidad estuvieran desocupados.

ESTABILIDAD DE LAS FUENTES DE TRABAJO

Dice el Convenio: “en los llamados a contratación que realice el M.S.P. -- A.S.S.E para funcionarios no médicos, se le otorgue a los ex funcionarios de las mutualistas Uruguay España y panamericano un 20% del total de cargos

a contratar en los distintos llamados realizados”

Pero no fueron las únicas. A pesar del no cierre de instituciones en este período un seguro privado y una emergencia cerraron (IPAM y EMME de Pando) y en ambos casos:

- a) Se licitó de manera transparente la continuidad del servicio.**
- b) Se aseguró la atención a todos los usuarios.**
- c) Se aseguraron todos los puestos de trabajo.**

INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

- **En el año 2006 el Ministerio de Salud Pública se enfrentó a dos situaciones difíciles en virtud de que dos Instituciones de Asistencia Médica Colectiva ubicadas en Montevideo, con un importante caudal de afiliados, entraron en una fase crítica en su situación económica financiera e institucional.**
- **Lejos de procederse como en algunas administraciones pasadas donde la política del Poder Ejecutivo fue intervenir al momento del cierre o liquidación de las Instituciones, en la oportunidad la conducta fue de afrontar desde el primer momento la situación y tomar las decisiones para asegurar la continuidad y calidad de los servicios asistenciales a los afiliados y hasta la propia existencia de las Instituciones.**
- **El Poder Ejecutivo resolvió la intervención de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva IMPASA con fecha 19 de mayo de 2006 y de “Casa de Galicia” con fecha 1º de noviembre de 2006.**

INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Se encararon las siguientes medidas:

- a) En primer lugar se constituyó una Comisión Tripartita donde pudieron plantear las principales cuestiones que hacían a la vida institucional, tanto la Comisión Interventora como los gremios relacionados dando efectiva participación a los trabajadores en la discusión del futuro institucional.**

- a) En segundo lugar se puso gran énfasis en asegurar la calidad asistencial de los afiliados, manteniendo la totalidad de los servicios e incluso abriendo o profundizando las acciones en aquellos que brindaran una mejor calidad a los mismos.**

- a) No profundizar la situación de agonía económica financiera, asegurando a su vez la adquisición de insumos, medicamentos, y bienes para la correcta atención.**

Resultado : recuperar la viabilidad

OTROS ASPECTOS A DESTACAR

- **Creación de la escuela de capacitación en el Casco Central.**
- **Habilitación del local de Salud Pública sito la calle Arenal Grande esq. Paysandú para asociaciones de usuarios y jubilados de A.S.S.E. -- M.S.P.**

CARGOS DE ALTA CONDUCCION

- **Gerente de Planificación Estratégica:** Lic. Marcelo Setaro.
Mail: msetaro@msp.gub.uy
- **Gerente de Calidad y Gestión del Cambio:** Dra. Teresa Puppo.
Mail: tpuppo@msp.gub.uy
- **Gerente de Mejora Continua:** Cra. Adriana Álvarez.
Mail: aalvarez@msp.gub.uy

ALGUNAS LINEAMIENTOS DE TRABAJO NUEVAS GERENCIAS al 28/02/2010

- **Implementación de Expediente Electrónico.**
- **Desarrollo e Implantación de Intranet Corporativa.**
- **Implementación de Sistema de Gestión de Calidad para el Ministerio, comenzando por áreas definidas como prioritarias.**
- **Apoyo a las Unidades participantes del PCAC.**
- **Desarrollo de Guía de Servicios del Ministerio.**

PREMIO DE CALIDAD DE ATENCION A LA CIUDADANIA

A efectos de desarrollar la calidad de atención 4 unidades del MSP fueron seleccionadas en la primera fase del proceso de selección de unidades:

- Atención al Usuario**
- Farmacia, Sicofarmacos y Estupefacientes.**
- Evaluación de la Conformidad**
- Clinicas Preventivas**

Las dos primeras a su vez ganaron el premio de calidad.

Finalmente todas ellas han manifestado su interés de continuar en el proceso de Mejora Continua, y seguir trabajando para la obtención de "Certificación en Calidad"



LA REFORMA DE LA SALUD

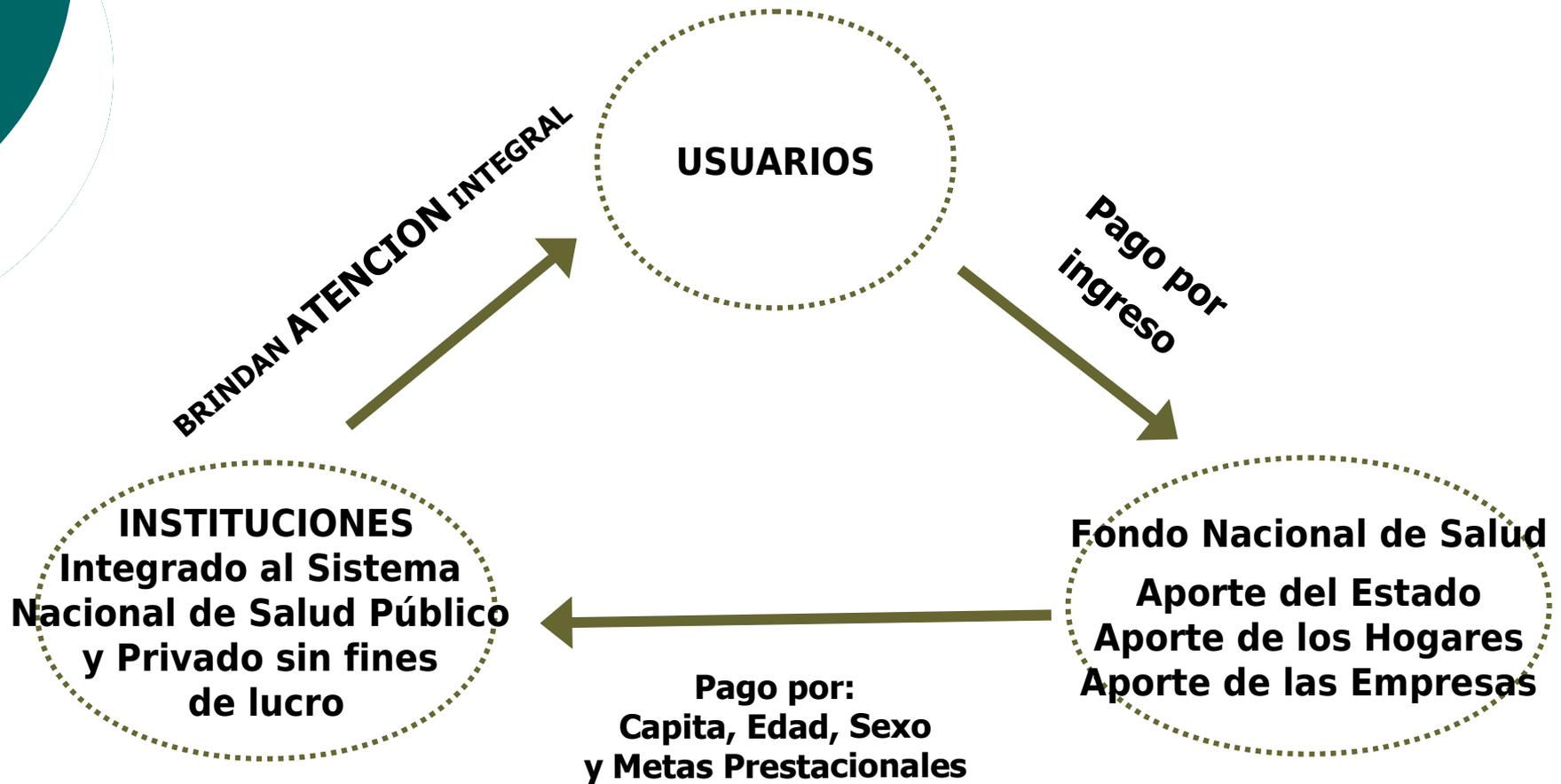
PUNTO DE PARTIDA

- **Existencia de dos subsistemas (público para pobres y el resto de la población en privados) fragmentados - fuertes inequidades en prestaciones.**
- **Modelo de atención- curativo- medicalocéntrico- hospitalocéntrico- sin enfoque de género.**
- **Debilidad de la función de rectoría (F. Esenciales - incluyendo Sistema de Información en Salud)**
- **Modelo de financiamiento-fuertes inequidades. A.S.S.E. 300 pesos por usuarios; Mutuales 900 pesos por usuarios.**
- **Estancamiento-retroceso de indicadores sanitarios.**
- **Participación social nula y escaso ejercicio de derechos de usuarios/as.**

LAS LEYES

- **18.131 Creación del FONASA**
- **18.161 Descentralización de ASSE**
- **18.211 Creación del SNIS**
- **18.335 Derechos de los usuarios**

LA CONFORMACIÓN DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD (SNS)



10 DIFERENCIAS ENTRE EL ANTERIOR SISTEMA Y EL ACTUAL

- **Dos Subsistemas fragmentados sin conexión entre ellos, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad.**
- **Sólo los trabajadores privados estaban incluidos en el viejo DISSE.**
- **Solo el trabajador tenía derecho a la cobertura de salud**
- **Sistema Nacional Integrado de Salud único.**
- **Crea un Seguro Nacional de Salud en que se aporta por ingresos incluyendo en él a toda la población.**
- **El derecho de salud se extiende a la familia del trabajador**

10 DIFERENCIAS ENTRE EL ANTERIOR SISTEMA Y EL ACTUAL

DISSE sólo permitía elegir privado.

- **Es un sistema mixto que incluye a prestadores privados sociales y a prestadores públicos en régimen de competencia/complementación dando opción a los asegurados de elegir entre lo público y lo privado.**
- **El viejo DISSE paga cuota única.**
- **El pago a los prestadores es por riesgo (edad y sexo).**
- **Los pagos del DISSE no incluían estímulos al cambio del modelo de atención y a la orientación del gasto.**
- **Transforma el modelo de atención hacia una estrategia de Atención Primaria en Salud, en base a la normativa que estimula dichas estrategias y al pago de un plus por performance ligado a metas de primer nivel de atención.**

10 DIFERENCIAS ENTRE EL ANTERIOR SISTEMA Y EL ACTUAL

- Se pierde cobertura al dejar de ser activo y pasivo.
- El contralor existía en los papeles pero casi nada en la práctica, sin estructura adecuada.
- Transforma el seguro de salud en un seguro de por vida ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento al ser pasivo.
- Le da al sistema una verdadera política de rectoría y contralor que tiene una de sus expresiones mayores en la firma de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios.

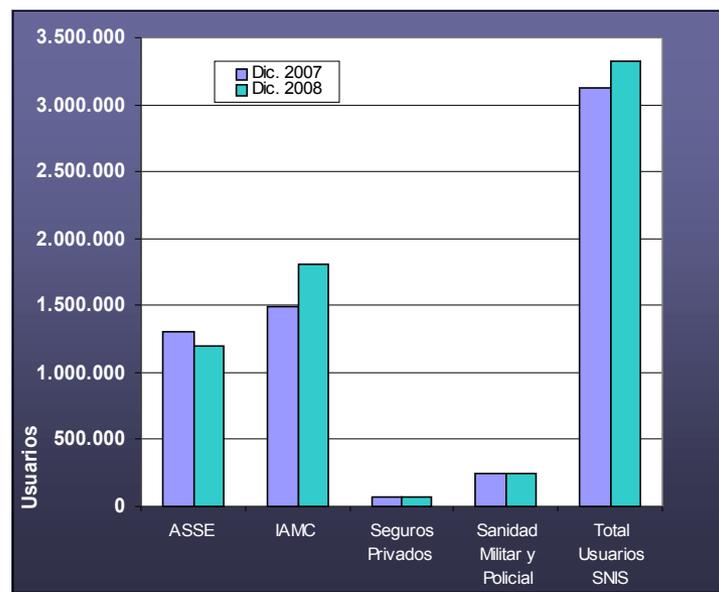
10 DIFERENCIAS ENTRE EL ANTERIOR SISTEMA Y EL ACTUAL

- **No existía un marco taxativo de cuáles eran los programas y las prestaciones obligatorias**
- **Regula la cantidad y calidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)**
- **No había participación social.**
- **Incorpora la participación social como eje clave de la conducción de la reforma en el nivel macro (JUNASA) y en el nivel micro (Prestadores de Salud).**



RESULTADOS DE LA REFORMA DE LA SALUD

ACCESO UNIVERSAL: EXPANSIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL



Más de 200.000 nuevos usuarios (130 mil menores) con nueva cobertura integral, alcanzando el 100% de la población.

Prestador	Dic. 2007	Dic. 2008
ASSE	1.308.593	1.192.580
IAMC	1.491.874	1.806.750
Seguros Privados	69.167	74.789
Sanidad Militar y Policial	250.000	250.000
Total Usuarios SNIS	3.119.634	3.324.119

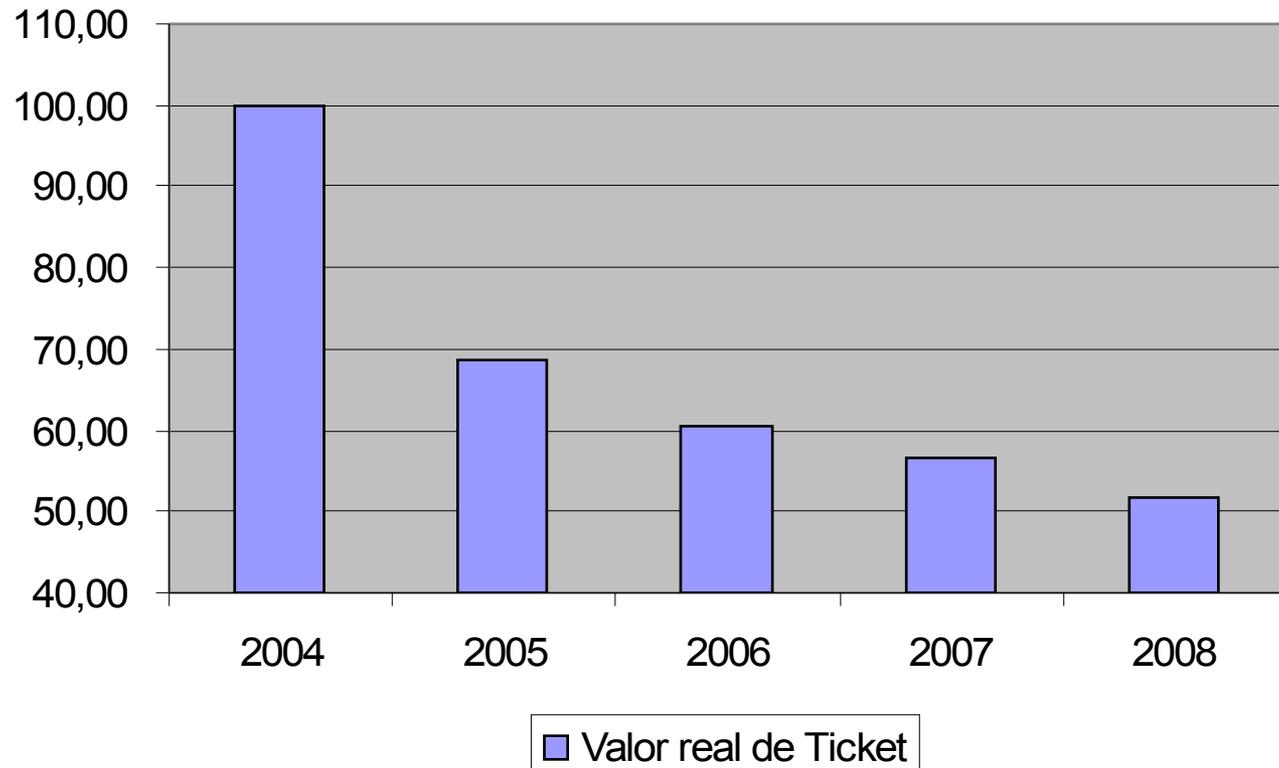
MAYOR ACCESIBILIDAD A LA POBLACIÓN

REBAJAS DE TICKET Y ÓRDENES:

- **Rebaja de 40% de Ticket de medicamentos**
- **Gratuidad de acceso en medicamentos para la población diabética.**
- **Gratuidad de exámenes para control de embarazo.**
- **Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa al precio regulado de la consulta de médico general.**
- **Set de ticket gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA.**
- **Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.**
- **Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para usuarios FONASA.**

COSTO DEL TICKET DE MEDICAMENTOS

EVOLUCION DEL PRECIO EN VALORES
CONSTANTES DE TICKET DE MEDICAMENTOS



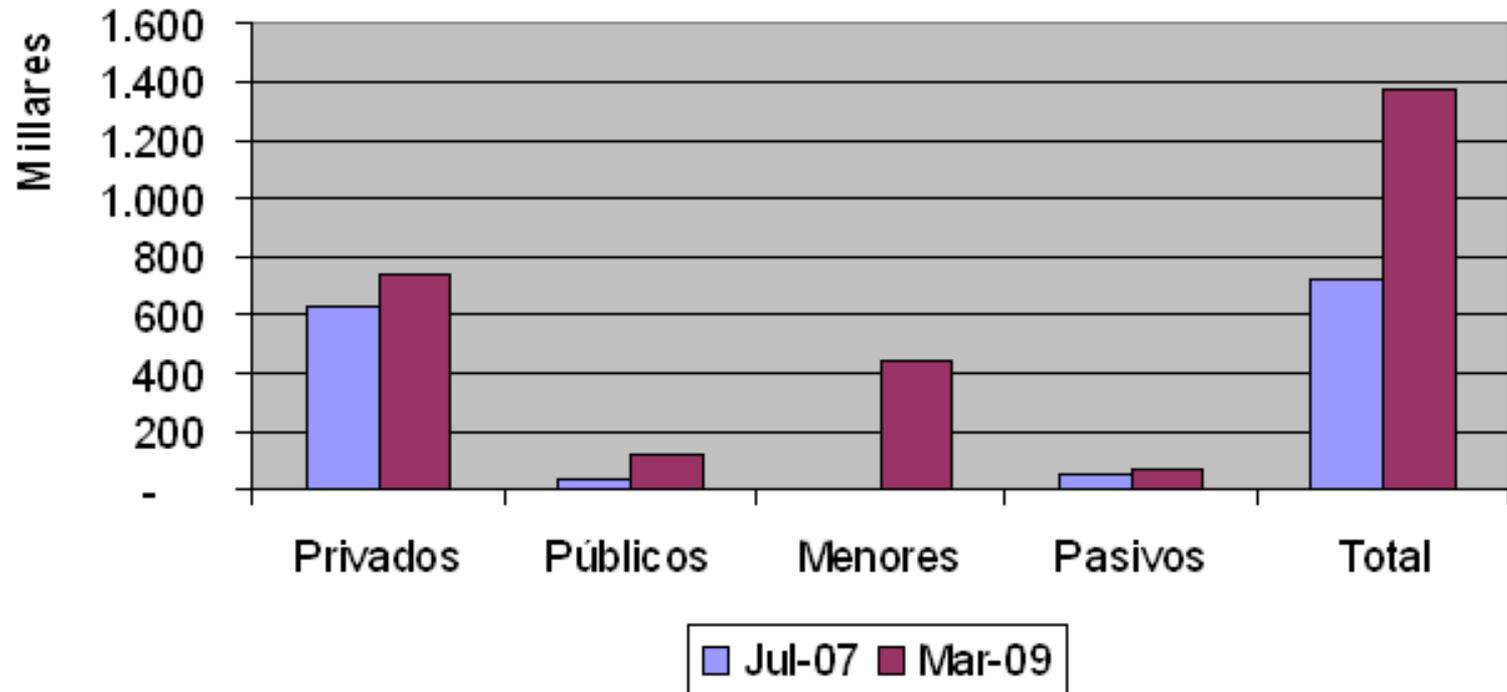
POBLACIÓN CUBIERTA EN 2008

- La población cubierta por la seguridad social se duplicó con ingreso de bancarios, menores y públicos y aumento del sector privado.

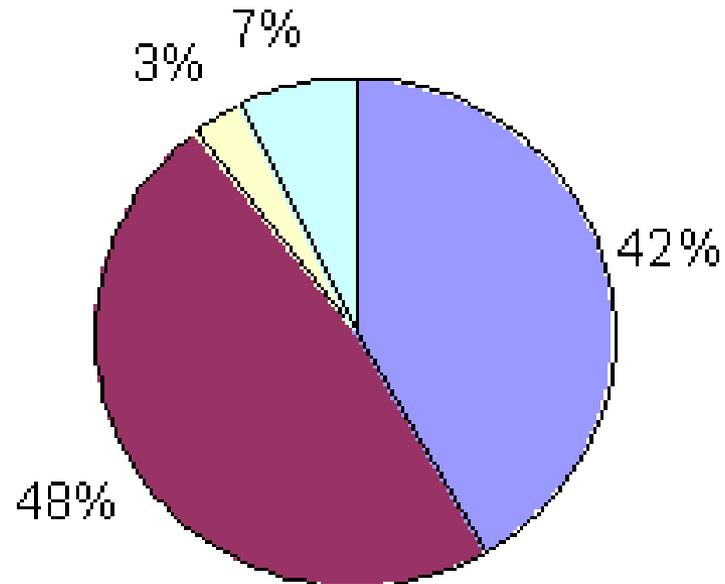
	Cantidad de personas afiliadas al FONASA		
	2007	2008	
	Agosto	Enero	Diciembre
Trabajadores privados	629506	673239	741691
Bancarios	0	0	7690
Trabajadores públicos	9605	24956	120610
Jubilados	50834	57434	72088
Menores	0	171841	435664
TOTAL	689945	927470	1377743

CAMBIOS DE DISSE A FONASA

**Afiliados FONASA por grupo
2007 -- 2009 (en miles)**



DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS DEL FONASA POR TIPO DE APORTES



■ Aportes personales	■ Aportes patronales
■ Aportes pasivos	■ Asistencia RRGG

COSTO FISCAL DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS COLECTIVOS AL FONASA 2008

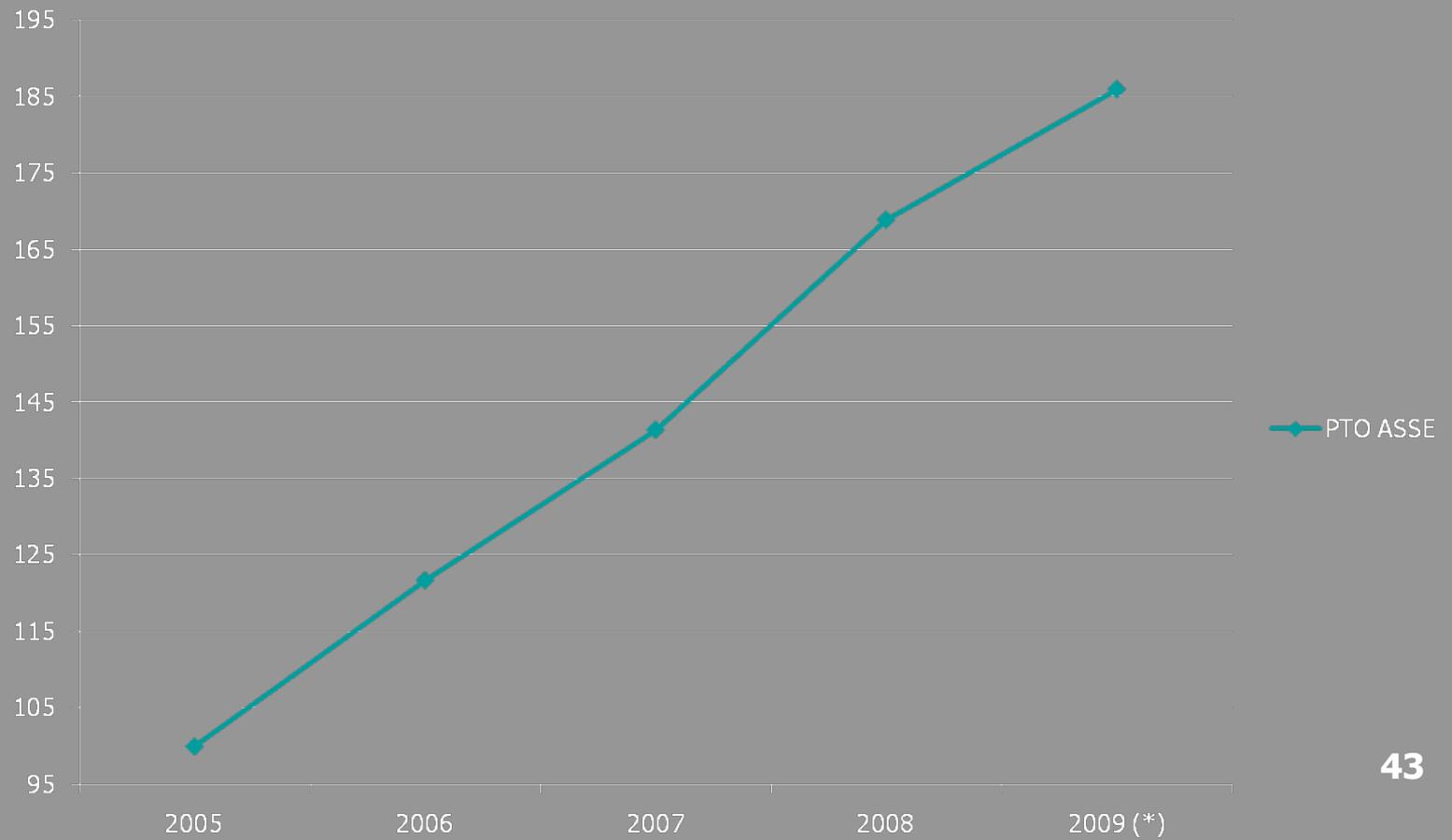
Menores	1,033,590,328
Funcionarios Públicos	162,349,596
Bancarios	-233,125,246
Jubilados Patrones Pobres y Jubilados en 2008	192,251,110
Costo TOTAL \$	1,155,065,789
Costo TOTAL US\$	55,136,247



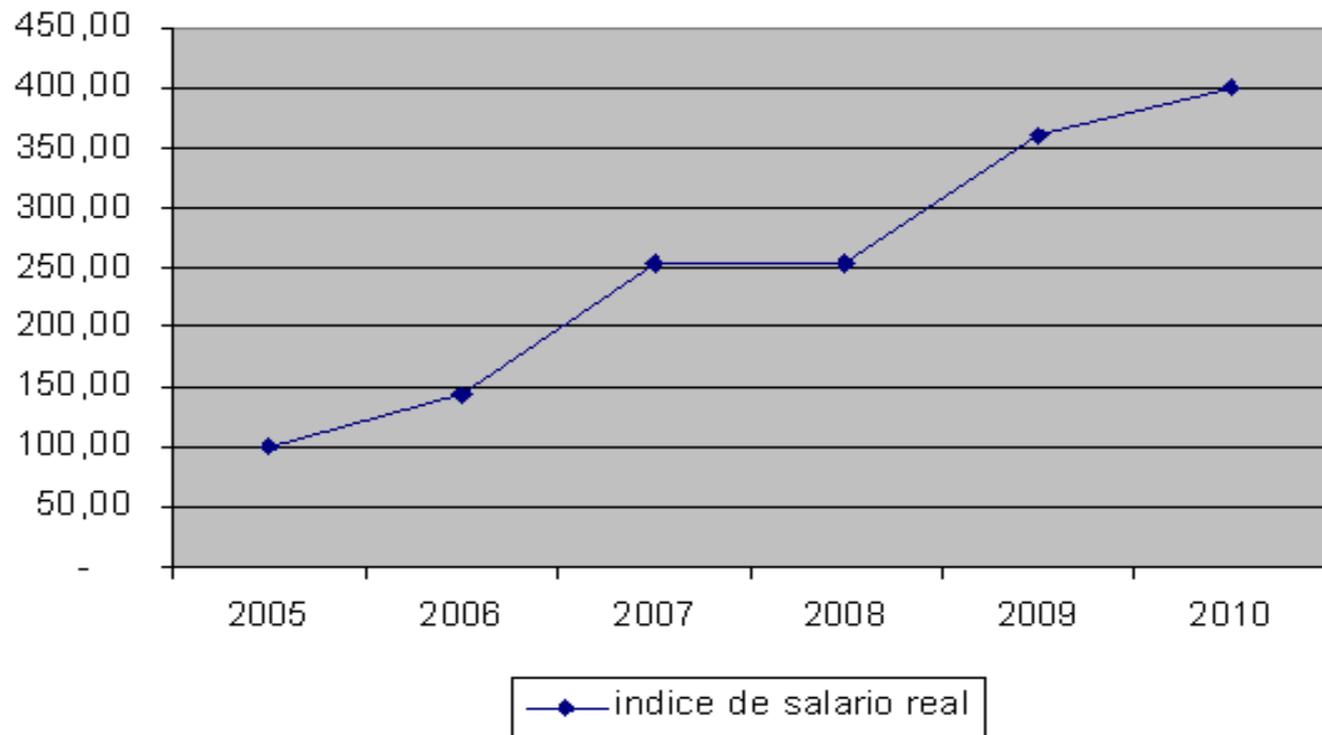
RESULTADOS ASSE



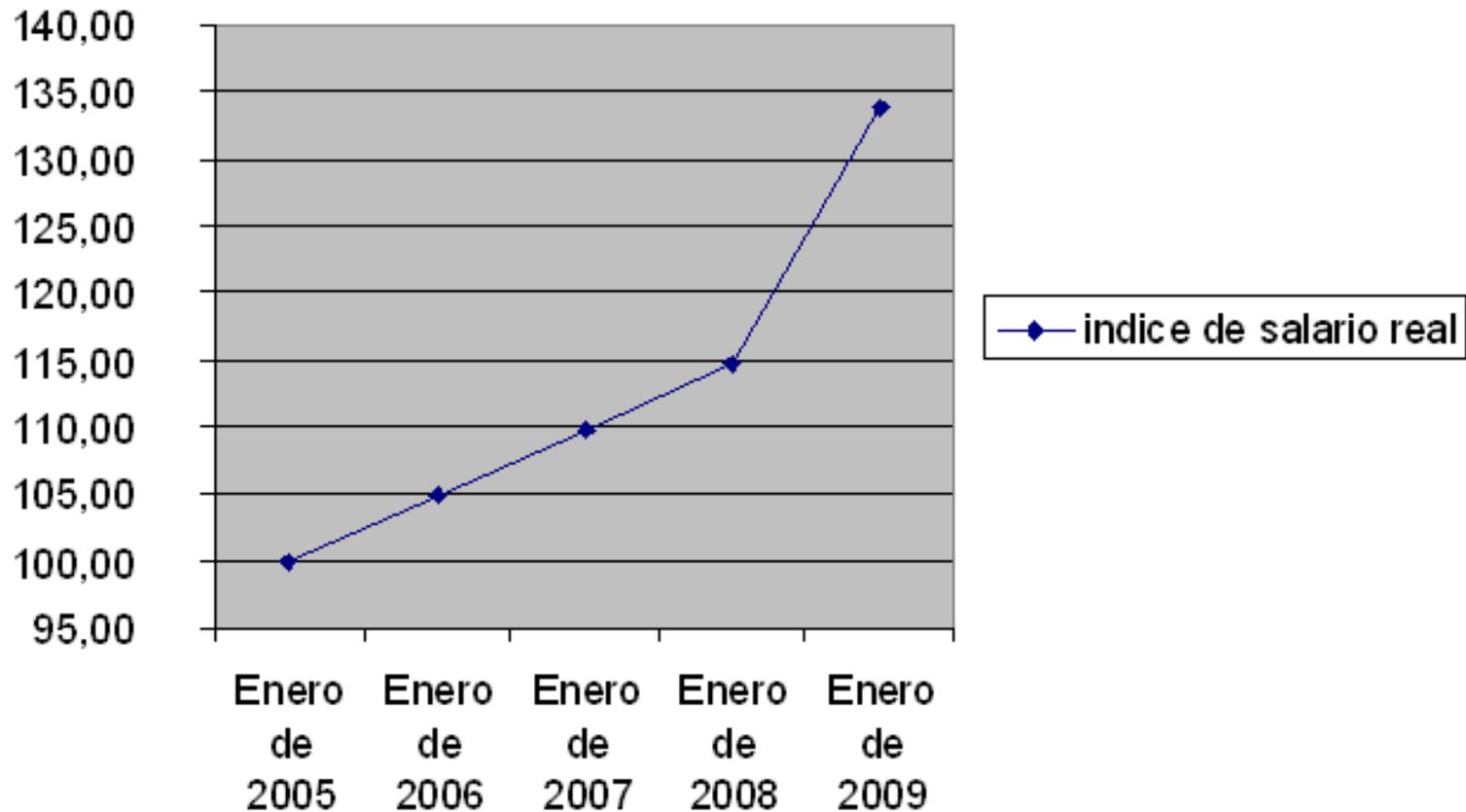
PTO ASSE



INGRESOS: SALARIO MÉDICO MÍNIMO



INGRESOS: SALARIO NO MÉDICO

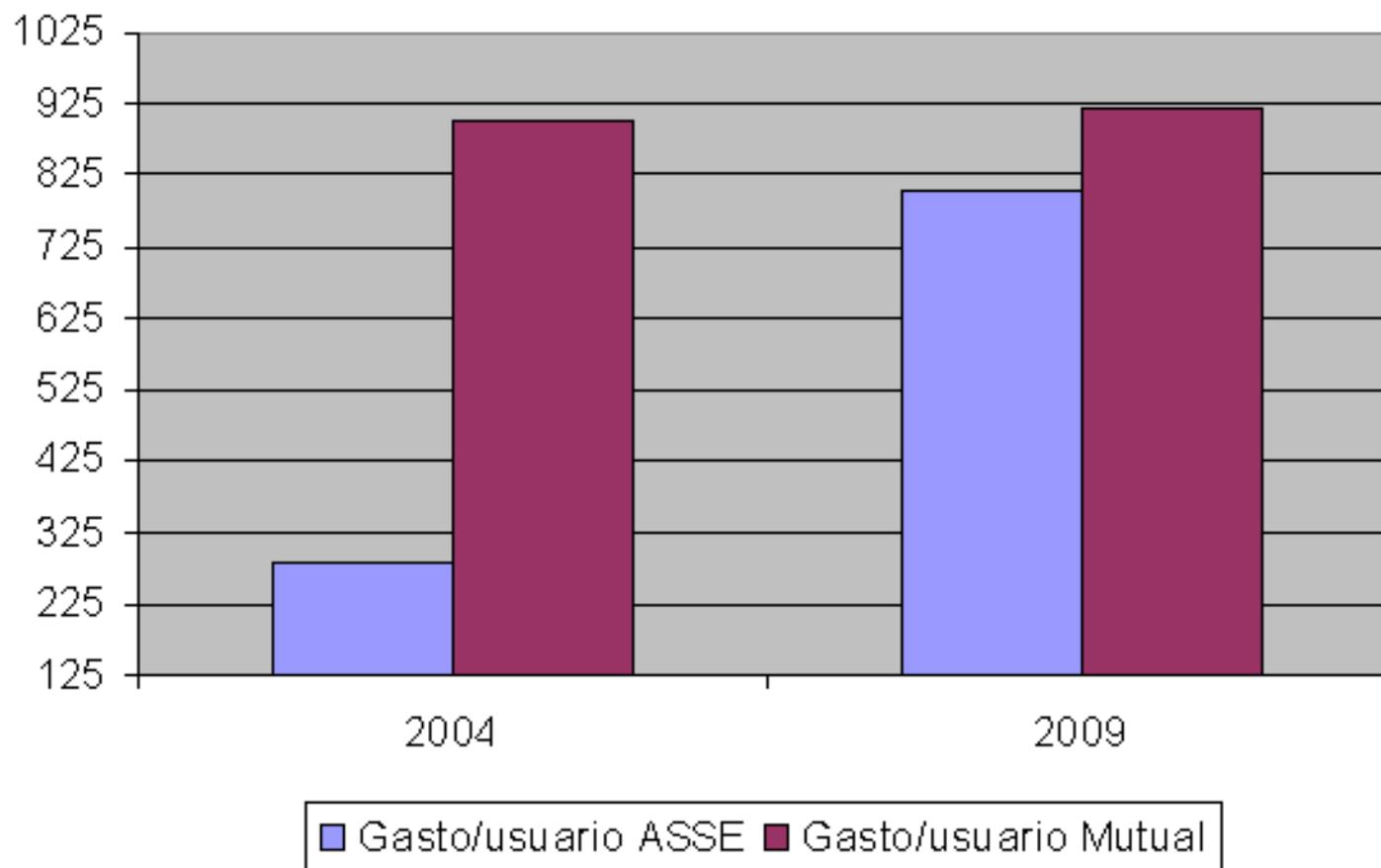


CRECIMIENTO DE CARGOS EN ASSE

	Aux. ENF.	Médico	Nurse	TNM	Otros	s/d	Total
Total Mdeo	482	381	109	326	-49	191	1440
Total centros Dep.	165	259	53	149	42	81	749
Centros auxiliares	144	255	25	96	167	13	700
Total	791	895	187	571	160	285	2889

PRESUPUESTO ASSE POR USUARIO

GASTO POR USUARIO POR MES EN ASSE



PARTICIPACIÓN SOCIAL

- ✓ **Por decreto de marzo de 2005 se creó el Consejo Consultivo para los cambios en salud que convoca con regularidad a todos los sectores involucrados.**
- ✓ **Se reconstituyeron los consejos de salarios, incluyendo no sólo la negociación salarial, sino también la negociación de las condiciones de trabajo.**
- ✓ **En la ley 18131 que crea el FONASA incluye una comisión de seguimiento del Fondo con participación de trabajadores y empresarios.**

PARTICIPACIÓN SOCIAL

- ✓ **En la ley 18161 que crea ASSE como servicio descentralizado incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.**
- ✓ **En la ley 18211 se crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.**
- ✓ **Por la misma ley en cada prestador que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo consultivo y asesor integrado por la propia empresa, usuarios y trabajadores de dicha empresa.**



SINTESIS

SNS: REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

- Hay redistribución progresiva de recursos entre:
- Mayores y menores ingresos (a través del pago por ingresos).
- Diferentes cargas de enfermedad (a través del pago por riesgo y las acciones del Fondo Nacional de Recursos).
- Generaciones (a través del pago por edad y sexo).
- Montevideo e Interior (por efecto combinado del sistema de pago y las características demográficas y de ingresos de cada población).

POBREZA E INDIGENCIA

Año: Primer Semestre	Indigencia	Pobreza
2004	3,60%	32,10%
2007	1,90%	26,40%
2008	1,70%	21,70%

- El descenso de la pobreza entre el primer semestre de 2007 y el mismo período de 2008 es de 4,7 puntos en tanto 2,4% es decir la mitad de la reducción de la pobreza surge de la aplicación por parte del gobierno nacional de la reforma de salud.

RESUMEN DEL BALANCE

Rubro	Pasado	Presente
Presupuesto Salud Pública	200: U\$S	550:U\$S
Salario Medio Casco	8.800\$	17.800\$
Salario Mínimo Médico ASSE	4.500\$	25.000\$
Afiliados por la Seguridad Social	585.000	1.420.000
IAMC s cerradas	9	0
Costo del Ticket de Medicamentos	Se multiplicó por 3	Se redujo 50% en valor real
Participación Social	Nula	JUNASA, Directorio ASSE, Consultivos de IAMCs y ASSE