

Documento Marco

ESCUELA DE GOBIERNO EN SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



INTRODUCCION

El presente Documento Marco tiene como antecedente inmediato la relatoría que recogió los aspectos sustantivos de los acuerdos alcanzados en la Reunión de Trabajo realizada en Maldonado los días 12 y 13 de julio de 2012. De la misma participaron representantes del más alto nivel del Ministerio de Salud Pública, la UDELAR, el BPS y la OPS /OMS en Uruguay.

Estas jornadas dieron continuidad a los avances efectuados en la reunión realizada los días 28 y 29 de febrero del presente año en el departamento de Colonia (Hotel Nirvana) partiendo de los términos de referencia que tanto en plano conceptual como instrumental aportó la OPS - URU en el Documento *"USINA DE IDEAS: Proyecto de Escuela de Salud Pública/Escuela de Gobierno en Salud y Programa de Posgrado strictu sensu – Maestrías Profesional y Académica y Doctorado en Salud Colectiva en Uruguay"*.

También han sido elementos contributivos del proceso de elaboración los documentos *"Proyecto Escuela de Salud Pública/Colectiva en Uruguay. Aporte de la DIGESNIS para la Usina de ideas"*, el *"Proyecto: Instituto de Salud Pública (Documento Preliminar)"*, elaborado a partir de los avances de la Reunión de febrero en Colonia, y *"Análisis de viabilidad del desarrollo de una Escuela de Salud Pública – Escuela de Gobierno en Salud"*, elaborado por Ignacio Martínez Millán de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Es un elemento común a estos antecedentes documentales la constatación de la prioridad de generar una respuesta urgente a la necesidad de contar con una masa crítica de profesionales de salud pública y gestión de servicios de salud, con capacidad de respuesta ante las necesidades que el proceso de consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud y de modernización plantean al sector salud, en un momento histórico de transformación.

En la medida que ha surgido del trabajo, la síntesis y los acuerdos entre organizaciones y actores calificados, han configurado un conjunto de insumos sustanciales para la elaboración de este **1º BORRADOR del Documento Marco de la Escuela de Gobierno en Salud Pública** y para el establecimiento de un plan de trabajo y el cronograma para la implementación de su primera etapa de funcionamiento (2012-2014).

1. EL CONTEXTO DE UN PROCESO DE CAMBIOS EN EL SECTOR SALUD.

El Uruguay inició en el año 2005 una reforma estructural de la organización sanitaria nacional. La Reforma de Salud promovió cambios en el modelo de gestión, de atención y de financiamiento y dos herramientas para su implementación y sostén: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como expresión organizativa y funcional de la red asistencial público privada de servicios y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para el financiamiento a través de fondos conglomerados en un seguro público obligatorio. Se han registrado avances significativos hacia el aseguramiento universal.

La conformación del SNIS y el FONASA, hizo posible avanzar en el ejercicio de la rectoría por parte del MSP y la Junta Nacional de Salud (JUNASA) (integrada por representantes de MSP, MEF, BPS y representantes de trabajadores, usuarios e instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios), en orden a avanzar en las garantías de integralidad y calidad de la atención.

El MSP mantiene sus competencias indelegables en la rectoría sobre la conducción, las funciones esenciales de salud pública (FESP), la regulación, habilitación y acreditación de servicios y profesionales de salud; la JUNASA hace la vigilancia de la cobertura, la articulación del financiamiento y regula la provisión de los servicios.

En marzo de 2010 se decidió la ampliación gradual de la cobertura por FONASA y la mejora de la calidad asistencial en un proceso de consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Entre los cambios en el modelo de gestión y en el diseño de la nueva institucionalidad se destaca la descentralización la ASSE y la acción de la JUNASA que firma Contratos de Gestión con los prestadores públicos y privados cuyas cláusulas fundamentales promueven la estrategia de APS y redes integradas de servicios de salud, determinan el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) y las Metas Prestacionales que evalúan el desempeño según las prioridades asistenciales definidas por el MSP. También ASSE firma compromisos de gestión con sus unidades ejecutoras a efectos de garantizar las mejoras en la atención sanitaria.

El modelo de gestión incluye de instrumentos de participación y control social de la gestión por parte de los usuarios, en diferentes niveles de la organización sanitaria.

En cuanto al cambio en el modelo de atención se avanza en la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) Renovada, en la promoción de la participación social y el fortalecimiento del primer nivel de atención, promoviendo una dinámica de redes integradas de servicios salud (RISS). Se impulsan un conjunto de intervenciones integrales e integradas desde los servicios de salud que conforman el SNIS, fomentando las redes de base territorial local entre diferentes instituciones del ámbito público y privado.

El Gasto en Salud creció 23,1% entre los años 2004 y 2008, alcanzando unos 2 410 millones de dólares en 2008 lo que representa el 7,5% del Producto Interno Bruto (PIB). El gasto per cápita en salud creció 22% en el mismo período.

El Fondo redistribuye los recursos financieros desde los grupos de población con una menor utilización de los servicios de salud (menor riesgo asociado a la edad y el sexo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Tiende a

desaparecer la distorsión que genera la “selección adversa” de los usuarios y se fortalece la solidaridad intergeneracional.

Es posible confirmar avances de justicia social en la distribución del gasto. El punto de partida en 2005 era un gasto por usuario en los prestadores privados de 45 dólares por mes y un gasto por usuario en ASSE de 14 dólares por mes, con una relación 3 a 1. Para lograr superar esta situación, el presupuesto de ASSE pasó de 190 a 690 millones de dólares anuales desde el 2005 al 2011. La ampliación de la cobertura por el FONASA disminuyó la población usuaria de ASSE; el sistema habilita la libre elección de los servicios y la amplia mayoría optó por las instituciones privadas de atención pesando un aspecto cultural de que los servicios públicos son el destino asignado a los más pobres y la internalización cultural de que lo público es de menor calidad. La distribución del gasto 2010 fue de 48 dólares por mes por usuario a nivel privado y de 41 dólares en ASSE, con una relación de 1,2 a 1. La mejora del presupuesto instala en ASSE el desafío de que su adecuada gestión posicione a la institución como un referente de calidad e integralidad en la atención.

En 2010 el MSP priorizó el desarrollo de los recursos humanos en salud, con la creación de la División Recursos Humanos, que adoptó un modelo que toma el doble componente de la formación/capacitación y la gestión de los Recursos Humanos en Salud (RHuS). Las incipientes iniciativas para orientar la formación de RHuS hacia un modelo de atención basado en APS suponen un desafío en un SNIS con prestadores público-privados.

Hay desproporciones dentro de la fuerza de trabajo en salud, asociada a una distribución geográfica heterogénea. Si bien se reconoce el valor de un equipo multiprofesional, no existe un Plan Estratégico para su integración organizativa y funcional al sistema. La provisión de servicios es fragmentada, lo que dificulta la reorganización de los RHuS.

Entre las líneas de trabajo innovadoras que muestran avances como la consolidación del Nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), donde el MSP, ASSE y UDELAR han desarrollado cursos temáticos sobre APS, RHuS, Determinantes Sociales, Desarrollo Local y Formación de Tutores en Red, entre otros; y el Observatorio de RRHH en acuerdo interinstitucional con la UDELAR, ASSE, BPS, Organizaciones sindicales y el MSP lo lidera. Asimismo se ha iniciado una reforma curricular en el grado y el posgrado, para adaptarlos a los requerimientos del cambio en el modelo de atención, especialmente con el nuevo Plan de Estudios de Grado en Medicina.

2. JUSTIFICACION: COMPLEJIDAD e INTERPELACIONES DE LA REALIDAD.

La complejidad y profundidad del proceso de cambio del sistema de salud uruguayo imponen múltiples desafíos de naturaleza política, institucional, organizacional, financiera, cultural y gerencial, que se están enfrentado en el cotidiano de la consolidación del SNIS.

Existe un creciente reconocimiento que la sostenibilidad de la política de salud exige el desarrollo de una “Inteligencia Sanitaria” expresada en un amplio colectivo de actores técnico-políticos que conforman una comunidad epistemológica que comparte el compromiso con los principios de universalidad, solidaridad, reducción de las desigualdades y redistribución de la riqueza, y justicia social, y simultáneamente está dotada de capacidades y competencias técnico-profesionales, gerenciales y académicas para el desempeño de las tareas de

implementación de los cambios, gestión del sistema en su totalidad y de los servicios y programas que lo integran, evaluación e investigación operativa del funcionamiento del SNIS, su impacto y resultados, en un proceso continuo de Descripción/Explicación – Comprensión/Interpretación/Crítica – Intervención/Acción Transformadora sobre todo el conjunto del sector y la política de salud del país

La sostenibilidad del proceso de consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) depende de varios factores, pero principalmente de ideas y de personas que puedan pasar de esas ideas a intervenciones, generando espacios de innovación y contribuyendo a generación y aplicación de políticas.

Se requiere la formación inmediata de cuadros y profesionales con capacidad crítica y argumental para el desarrollo e implementación de la reforma del sector, orientados a la gestión de los servicios de salud en un sentido amplio, con capacidad de actuar en forma autónoma e inteligente, con poder de referencia, configurando un colectivo catalizador y creador de opinión que se consolide como un amplio conjunto de profesionales con capacidades para nuevas formas de gestión de servicios de salud y de salud pública.¹

Se reafirma la necesidad de generar una masa crítica con capacidad para conducir un proceso de reforma que toca intereses y genera conflictos, y que esté preparada para abordar los nudos críticos de la economía política para sostener ese proceso.

En las últimas décadas las dinámicas sociales han provocado grandes cambios en nuestras sociedades, generando una complejidad social, económica, demográfica y ambiental sin precedentes, con importantes desafíos para los gestores de los sistemas de salud. Esto cobra mayor intensidad en aquellos sistemas que tienden a una cobertura universal y gratuita. Otros factores como el rápido envejecimiento de la población, el progresivo aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la incorporación de tecnologías y herramientas diagnósticas y terapéuticas nuevas y poderosas, generan un impacto significativo en la organización sanitaria. De no controlarse adecuadamente estos fenómenos pueden generar un importante aumento de los costos en salud y la consecuente sub-financiación del sector, con consecuencias que se hacen sentir en la atención de los usuarios: listas de espera inaceptables para algunos exámenes o procedimientos, deterioro de la calidad de los servicios de asistencia, fallas en el primer contacto o la puerta de entrada al sistema y en la posterior referencia, infraestructuras en mal estado, recursos financieros limitados, entre otros.

No debemos abordar estas situaciones o riesgos “haciendo más de lo mismo”, *“aumentando la oferta para responder al aumento de la demanda de los usuarios quienes, siempre más numerosos, presionan para ser atendidos en las puertas de los servicios. ... esa actitud crea un círculo vicioso (la oferta influenciando y estimulando la demanda) que incrementa los costos de forma progresiva. Muchos gestores ya entraron en el túnel de la sub-financiación crónica y experimentan las frustraciones del “quiero hacer, pero no puedo”, por falta de dinero, limitaciones normativas, etc.”*² Es imperativo introducir cambios profundos en los sistemas de gestión, introduciendo nuevas prácticas, nuevos instrumentos y maneras innovadoras de

¹ Martínez Millán, I “Análisis de viabilidad del desarrollo de una Escuela de Salud Pública – Escuela de Gobierno en Salud en Uruguay”. Escuela Andaluza de Salud Pública.

² Tasca R. Innovación en la Gestión de los Sistemas de Salud. Publicado en: Organización Panamericana De La Salud – Representación Brasil Innovando el papel de la Atención Primaria en las Redes de Atención de Salud - Resultados del laboratorio de innovación en cuatro capitales de Brasil. NAVEGADORSUS. Serie técnica para los gestores del SUS sobre Redes Integradas de Atención de Salud basadas en la APS, n. 3. Brasília - DF 2011 (original en portugués).

realizar y organizar la atención de la salud, en forma integrada, eficiente y tendiendo a disminuir las desigualdades.

Es necesario fomentar el compromiso para la construcción del SNIS, como garante de derecho a la salud, que se presenta como una construcción colectiva que permita avanzar en la concreción de objetivos desde diferentes disciplinas e intervenciones en salud. Se evidencia la relevancia del intercambio entre ámbitos de rectoría y ámbitos académicos, con confianza mutua y compromiso. En el mismo sentido, es imperativa la articulación de actores provenientes de espacios de gestión, formación e investigación, con actores de ámbitos gremiales y políticos. Se requiere asegurar la continuidad de la participación y el involucramiento de las personas capacitadas, evitando perder los acumulados en los cambios de administración. La clave es la articulación para la formación de los recursos humanos en salud, promoviendo el ejercicio práctico innovador como eje relevante.

La sostenibilidad proviene y se apoya en la síntesis surgida de la batalla de ideas que se desarrolla en esos colectivos diversos y se plasma en iniciativas pluri institucionales, que contribuyan a superar los problemas para el cambio de modelo, catalicen la generación de redes e impulsen una mirada centrada en los usuarios del sistema, lo cual implica cambio cultural. Este incluye una mirada sobre los problemas desde el territorio, exige que se rompa el centralismo de la capital, apostando a procesos de descentralización hacia una política nacional, a la vez de unir los problemas de salud pública con los problemas de la gestión los servicios, y evitar un desequilibrio en la asignación de recursos. Quienes se formen deben ser capaces de *analizar, interpretar, criticar, e intervenir*.

3. PROPOSITO y OBJETIVOS

3.1. Propósito general:

Construir una masa crítica dentro del campo de la salud pública, calificando a los recursos humanos del sector a efectos de contribuir a la sostenibilidad del proceso de consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con proyección nacional.

3.2. Objetivos:

3.2.1. Promover la generación de masa crítica y agentes de cambio que diseñen y apliquen las políticas públicas, generando conocimiento aplicado, para el desarrollo y la sustentabilidad del SNIS, movilizand las capacidades institucionales disponibles en el país y la región, a efectos de mejorar la calidad de la gobernanza en salud.

3.2.2. Desarrollar inteligencia sanitaria para la conducción del sistema, con capacidades generales y específicas para sostener un proceso continuo de descripción-explicación, comprensión-interpretación-crítica, intervención-acción en el campo de la salud, en tanto espacio de interrelación entre el Estado, la Sociedad y el Mercado.

3.2.3. Contribuir a la construcción y amplificación de una agenda de investigación y generación de conocimiento en el campo de la Salud Pública y el Gobierno en Salud.

4. EL MARCO INSTITUCIONAL.

La Escuela para el Gobierno en Salud Pública es entendida como constructo colectivo interinstitucional, y ya está integrada al presupuesto del MSP. Se le brinda particular importancia a la voluntad de construcción conjunta para fortalecer los nexos entre la Universidad de la República, el MSP y otras organizaciones, en orden a la creación de la nueva institucionalidad. Es una decisión político estratégica priorizar el ámbito de lo PÚBLICO como primera línea de construcción de alianzas.

4.1. Formato institucional y jurídico para constituir una nueva institucionalidad.

El formato definido como más adecuado es el de Memorandum de Entendimiento entre MSP, BPS, ASSE Y UDELAR con el objetivo de desarrollarlo. Instituciones asociadas podrán sumarse al proceso, incluida la educación terciaria no universitaria, entre otros. La OPS tendrá papel definido de integrador/facilitador de la cooperación Internacional al proceso, vinculando con otros posibles socios involucrados en el proceso: FIOCRUZ, EASP, entre otros.

Se buscará la articulación con instituciones académicas, organizaciones de trabajadores, prestadores impulsando una dinámica de redes de generación de conocimiento que articulen estado, sociedad civil, academia, etc. El arreglo institucional debe ser una *red ampliada* que puede innovar en la construcción de pensamiento y conocimiento. Se deberá contemplar las organizaciones de usuarios y trabajadores incluidas en la construcción de esta iniciativa, además de cómo destinatarios, consecuentes con las experiencias generadas en la JUNASA y las Juntas Departamentales de Salud, en la línea de habilitación para el ejercicio de derechos y la participación calificada.

Deberá implementarse un diseño y formato institucional que sea plástico y permita que un convenio interinstitucional, mantenga la sustentabilidad mas allá de los avatares de cada una de las instituciones. Proceso gradualista y por etapas, que permita ir generando acuerdos, aprender y plasmar consensos a partir de una práctica concreta de enseñanza-aprendizaje situada histórica y políticamente.

4.2. El público destinatario

Se deberá dar respuesta a un plan general de desarrollo de las capacidades de los recursos humanos necesarios para la gestión de la reforma y consolidación del SNIS, tanto a nivel del MSP, como en el conjunto de prestadores privados y públicos, particularmente ASSE.

Se prevé que puedan acceder a los itinerarios de aprendizaje personas con perfiles diversos: mandos medios de instituciones prestadores de servicios y de ámbitos de rectoría, personas que participan de distintos niveles de la gobernanza del sistema, usuarios calificados en orden a su participación en la estructura del sistema sanitario, trabajadores y sindicalistas, funcionarios que se desempeñan a nivel de alta gerencia, graduados de distintas disciplinas, postgrados, personas con formación académica avanzada que buscan profundización en algunos temas específicos.

5. FORMATOS ACADÉMICOS Y METODOLÓGICOS. ITINERARIOS DE APRENDIZAJE.

La EGSP se propone combinar espacios de aprendizaje, con niveles de complejidad académica variables, utilizando formatos y soportes metodológicos diferentes, los que se articularán entre sí en itinerarios flexibles adecuados a necesidades y preferencias de quienes ingresen y circulen por la experiencia formativa que ofrece.

Para el tratamiento de problemas específicos y actuales del SNIS se programarán Talleres, Comunidades de Práctica y Laboratorios de Innovación de conformidad a contenidos temáticos priorizados y un cronograma de actividades anualizado, definido por un Comité Académico según pautas de la Conducción de la EGSP, en función de necesidades y demandas de instituciones y actores del Sistema de Salud.

Del mismo modo, en la consideración de temas críticos y emergentes, la EGSP promoverá la apertura de espacios intercambio como Foros Temáticos, Ateneos por períodos acotados de tiempo e instancias de intercambio con actores relevantes, “Think Tank” o usinas de ideas que promuevan iniciativas que retroalimenten el proceso de formación.

Desde esta perspectiva se concibe la EGSP como un ámbito con múltiples opciones de ingreso y egresos, articulando distintos recursos en los diferentes espacios de formación. Con estas variadas formas de ingreso y egreso se habilita la posibilidad a que de acuerdo a los diversos perfiles de los asistentes, utilicen los créditos de cada actividad – proceso formativo para diferentes metas: académicos, laborales, etc. Se propone un proceso con salidas y entradas intermedias que alimentan y sostienen procesos individuales y colectivos, llegando incluso hasta una Maestría Profesional.

En relación a las Maestrías y Doctorados Académicos se entiende que deben concebirse en el ámbito de las competencias de la Universidad, si bien la EGSP en acuerdo formal con la UDELAR puede otorgar créditos para los mismos por actividades formativas realizadas y aprobadas.

Se ve oportuno partir de la puesta en común de las instancias, recursos y ofertas actualmente disponibles en la formación en salud pública en sus distintos componentes, inventariando sus recursos como un paso inicial. Asimismo se entiende la necesidad de tener presente la descentralización y la apertura de espacios de formación en el interior del país.

La metodología de aprendizaje debe ser integrada, sinérgica y coherente, y no una suma yuxtapuesta de cursos o trimestres. Un modo de aprendizaje que permita analizar, comprender, intervenir sobre realidades para cambiarlas.

Se estima que estamos diseñando una organización de enseñanza de nuevo tipo, transitando por modelos innovadores y creativos, adecuados a las necesidades del sistema de salud y los actores que lo modelan y modelarán en el corto, mediano y largo plazo.

Se trabajará con desarrollos organizativos y logísticos partiendo de “equipajes livianos” en infraestructura, así como recursos humanos y materiales adaptables a multiplicidad de

formatos propuestos; docentes aportados por las instituciones que conforman la EGSP al que se sumaran invitados de una amplia red de Escuelas y Facultadas asociadas. Fortaleciendo el nexo con la cooperación regional e internacional, la que debe estar formalizada para asegurar la viabilidad de la propuesta.

Es fundamental el diseño de un Modulo Básico Introductorio que opere a la vez como una puerta de entrada privilegiada, y constituya un piso mínimo para el mayor aprovechamiento de los diferentes recorridos previstos en la oferta formativa.

En grandes líneas para elaborar el Modulo Básico Introductorio se consideran las siguientes temáticas : Derecho a la Salud, Universalidad, Equidad; Determinantes Sociales, Género, Etnia, Generación, Territorio, Políticas Sociales, Seguridad Social, Acción Intersectorial; Relaciones de Producción en el Sector Salud/Pugna Distributiva, “Caras” del sector salud: económica, política, social, ética; Sistemas sanitarios y sus dinámicas de cambio, Proceso político, Conflictos, Instituciones.

Se valora la conveniencia de transversalizar estos temas por género, etnia, raza, y en torno a ejes políticos que determinan cambios relevantes como inclusión social, sistema de cuidados y diversidad.

