CONSIDERACIONES SOBRE LOS OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES Y SU IMPLICANCIA PARA LOS PRESTADORES DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.

1. Introducción

El cometido principal de todo sistema de salud es el mantenimiento y la mejora del estatus sanitario de la población. Por tanto, de lo que se trata si se pretende valorar el funcionamiento del sistema de salud es analizar si los resultados esperados en materia de salud fueron alcanzados y si se están llevando adelante las líneas de acción planificadas para su logro.

En contraste con lo que sucede con otros sectores, el educativo por ejemplo, la evaluación del desempeño del sistema sanitario no se hace en función de la medición de resultados a través de indicadores objetivables sino de forma poco rigurosa y casi siempre centrada en indicadores referidos a su sostenibilidad financiera. Esto es así no solo porque es difícil medir "ganancias" en salud sino también y sobre todo, porque los sistemas de información referidos a los aspectos asistenciales y sanitarios son débiles y porque incluso en ocasiones aun cuando hay datos disponibles estos no se procesan ni se utilizan.

Así, el enfoque predominante a la hora de evaluar el sistema de salud siempre ha sido el económico financiero. Esto da lugar a que cuando se habla de crisis del sistema siempre se lo haga desde esta perspectiva y entonces, los resultados negativos de los prestadores privados, la suficiencia del presupuesto del prestador público (ASSE) para atender su demanda o la magnitud de la transferencia del gobierno central al FONASA, por nombrar solo tres aspectos, se convierten para algunos actores en las variables a partir de las cuales se habrá de afirmar si el sistema está en crisis o si no lo está. Sin embargo, sin desconocer la importancia de los factores económico financieros, es más correcto hablar de crisis del sector si los problemas de salud que afectan a la sociedad no han sido debidamente atendidos o si los indicadores relacionados con ellos muestran un estancamiento o aun un retroceso.

Los indicadores económicos financieros se muestran insuficientes para dar cuenta de la marcha del sistema y de sus instituciones. A poco que se profundice en el significado de algunos conceptos se hace imprescindible considerar cuestiones relativas a la salud y no solo a la economía. Así, si por ejemplo, si se quiere evaluar la eficiencia del sistema, la eficacia de sus intervenciones o la efectividad de las prestaciones garantizadas, debe tenerse en cuenta los resultados alcanzados, los beneficios obtenidos y los impactos logrados, todos ellos expresados en indicadores o magnitudes sanitarias y no solo económicas.

Por otra parte podría decirse que los sistemas de salud de alguna manera siempre están en crisis aquí y en cualquier parte del mundo. Por seguir un símil epidemiológico se podría afirmar que los sistemas sanitarios están endémicamente en crisis. Y esto es así en parte porque están continuamente sujetos a la tensión entre una demanda asistencial creciente de complejidad en aumento, - entre otros motivos por el envejecimiento de la población y por los avances tecnológicos-, que se expresa tanto de forma cuantitativa como de manera cualitativa (nuevas, complejas y costosas prestaciones, intervenciones o tratamientos) y un contexto siempre restrictivo de recursos disponibles (no solo económicos) para hacer frente a tal demanda.

La ausencia de información sobre la evolución de la morbi mortalidad vinculada a los principales problemas de salud que afectan a la población propicia una valoración del desempeño del sistema basada casi exclusivamente en factores económico financieros.

No obstante, el país cuenta con un conjunto de objetivos de salud y sus correspondientes resultados esperados que se recogen en el documento Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 (OSN 2030).

Los objetivos sanitarios de un país son el resultado de un proceso de planificación en el que básicamente se identifican las principales necesidades de salud de la población y en función de su magnitud (prevalencia e incidencia), su trascendencia (impacto social y demanda de atención) y la disponibilidad de intervenciones más o menos eficaces y efectivas para su atención, se determinan los problemas de salud prioritarios a atender en el mediano y largo plazos. Las prioridades se expresan en objetivos a partir de los cuales se definen metas y líneas de acción sobre las cuales se identifican y cuantifican los recursos necesarios para su logro y se los combina y organiza en actividades. De manera resumida es este el proceso seguido para la definición de los OSN 2030. [1]

Queda de manifiesto entonces, que este proceso implica dar prioridad a unos problemas sobre otros y que esta priorización supone o debería suponer, una asignación "privilegiada" de recursos para el desarrollo de las líneas de acción asociadas al logro de los objetivos relacionados con esos problemas. Y que además, gran parte de la evaluación del sistema de salud debería hacerse a partir de la medición del logro de las metas y resultados asociados a los OSN.

En este último sentido, el rol de los prestadores del SNIS en el proceso de implementación de las líneas de acción y en el logro de las metas y de los objetivos es variable según la naturaleza del problema de salud de que se trate y de acuerdo al alcance y la orientación de las intervenciones definidas como las más idóneas para su atención. No obstante, depende sobre todo de las decisiones que adopte el regulador al menos en dos direcciones: los incentivos para propiciar en los prestadores el desarrollo de determinadas actividades asociados a la atención de los problemas priorizados y el financiamiento de las intervenciones identificadas como relevantes para su logro.

Independientemente de si se está ante una situación de crisis, que no es objeto de análisis en este documento, cabe hacerse algunas preguntas respecto a la relación entre los OSN y los cometidos de los prestadores del sistema. ¿Cuáles son los incentivos que el regulador ha introducido para que los prestadores contribuyan al logro de los OSN? ¿Tienen los prestadores competencias en razón de sus cometidos principales para actuar en las áreas de intervención definidas para cada objetivo estratégico? ¿Es el sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales un instrumento adecuado para alinear a los prestadores en la dirección de las acciones de intervención propuestas? Y en ese caso, ¿Las metas de este sistema de pago están correctamente diseñadas en consonancia con las prioridades de salud y los OSN? ¿Las modificaciones introducidas en el Plan Integral de Atención a la salud (PIAS), se compadecen con esas prioridades? Y en este sentido, ¿Se ha definido una metodología de revisión y actualización del PIAS consistente con los OSN?

En este documento se pretende analizar brevemente los OSN 2030, dejar planteadas algunas consideraciones respecto a su formulación e identificar aquellas acciones que involucran más directamente a los prestadores integrales del SNIS.

[1] Tal lo expresado en el Anexo I al documento principal que refiere precisamente a la metodología seguida para la determinación de los OSN 2030. (Universidad de la República - Facultad de Medicina - Departamento de Medicina Preventiva y Social - Grupo de Estudio de Sistemas de Salud. "Conceptos y fundamentos metodológicos para la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales").

2. Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030

En el año 2015 las autoridades sanitarias definieron los OSN 2020. En 2022 se los reformula con un horizonte más amplio proyectado a 2030. La demora de dos años en la revisión estuvo obviamente incidida por la pandemia de SARS Cov 2.

En el documento en el que se los presenta se señala que "se avanzó en más de la mitad de la aplicación de las líneas de acción, lo que impactó en el logro de las metas sanitarias, en particular en lo relacionado con la reducción del embarazo no intencional en adolescentes, de la mortalidad infantil y el retraso en el crecimiento, así como mejoras de la transmisión vertical de sífilis y VIH" y que "por otra parte, se avanzó en la aplicación de políticas para favorecer la alimentación saludable y reducir el consumo de tabaco, para abordar las situaciones de violencia de género y generaciones, así como aquellas relacionadas con mejorar acceso de las personas a los servicios de salud". No obstante, en el documento no se presentan indicadores que evidencien estos avances y que permitan conocer su magnitud.

Los cuatro OSN definidos en 2015 se mantienen en 2022. Vale decir que del punto de vista programático se da continuidad al enfoque en cuanto cuáles son las dimensiones generales en las que enfocar las acciones de salud. Se trata de objetivos muy genéricos y hasta obvios. El primer objetivo expresado como "alcanzar mejoras en la situación de salud de la población" es más un deber de las autoridades sanitarias impuesto por los cometidos propios que el marco legal le otorga al MSP que el resultado de un proceso de planificación sanitaria. Bueno sería que no se quisiera mejorar la salud de la población o que esto no fuera una prioridad para el Ministerio.

OSN 2020	OSN 2030
1 - Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población	
2 - Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud	
3 - Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud	
4 - Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud	

En el año 2015 para los cuatro OSN se definieron 5 objetivos estratégicos, que se expresaban en 28 resultados esperados , que implicaban 82 áreas de intervención, que a su vez totalizaban 320 líneas de acción. Esto se parece más a un diagnóstico de situación de salud de la población que a un documento programático que apunta a priorizar los problemas a abordar en el mediano plazo. El criterio de priorización no cambió sustancialmente en 2022 al menos en términos cuantitativos. Para los OSN 2030, se definieron 6 objetivos estratégicos, para los que se identificaron 46 resultados esperados que suponen 78 áreas de intervención con 256 líneas de acción a desarrollar.

	ONS 2020	ONS 2030
OSN	4	4
Objetivos estratégicos	5	6
Resultados esperados	28	46
Áreas de intervención	82	78
Líneas de acción	320	256

Lo que no se señala en el documento de los OSN 2030 es quiénes son los responsables del logro de las metas y del desarrollo de las líneas de acción, ni qué estructuras y servicios del MSP están involucrados en estas acciones ni tampoco qué se espera de los prestadores del sistema para su logro. En definitiva no habrá a quién pedirle cuentas por el desarrollo de las líneas de acción y por el logro o no de las metas.

Este enfoque se compadece con la ausencia de información respecto a cuántos de los 28 resultados esperados en la planificación a 2020 fueron alcanzados y en qué proporción lo fueron. La planificación sanitaria como bien se afirma (paradójicamente) en el anexo 1 al documento principal, no se completa si no es con la evaluación ex ante para su proyección, concurrente y ex post para su ajuste. En el documento ONS 2030 no se presenta evaluación alguna respecto al desarrollo de las líneas de acción o al grado de alcance de los resultados esperados que se presentaron en el documento de los ONS 2020. Por tanto, los autores dan por supuesto que el lector asume como cierto de forma acrítica lo afirmado en el prólogo en cuanto a que se disminuyó la cantidad de casos de embarazo adolescente no deseado, se mejoró la tasa de retraso de crecimiento y se disminuyeron los casos de transmisión vertical de sífilis y VIH. No se quiere decir con esto que lo afirmado no haya ocurrido pero por cuestiones metodológicas básicas debería presentarse la evolución de los indicadores utilizados para la medición de estos resultados.

a. Problemas críticos

En los OSN 2020 más allá de los objetivos estratégicos, las metas y los resultados esperados que se señalan en el documento, se definieron 15 problemas críticos de salud que representaban por tanto, las prioridades a atender. En la formulación de los OSN 2030 se sigue la misma metodología y se definen 14 problemas críticos que en algunos casos se corresponden con otros tantos de los definidos como prioritarios para el período 2015 – 2020.

Sin embargo si se mira en detalle existen importantes diferencias en la identificación de los problemas críticos en uno y otro documento.

En algunos casos la formulación del problema es más genérico en la edición 2030 lo que de alguna manera hace que se pierda especificidad. Por ejemplo, en los ONS 2020 se definía como prioritario la "Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica" mientras que en los ONS 2030 se hace referencia a la "Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo". Esta última formulación no deja fuera ninguna patología crónica no trasmisible y agrega por si fuera poco los factores de riesgo de cada una de ellas. Este enfoque coloca a todas estas entidades nosológicas en un mismo plano de importancia lo que puede significar no darle prioridad a ninguna de ellas. Cierto es que en la formulación de los objetivos estratégicos que luego se analizan y que representan las verdaderas prioridades, se mencionan solo algunos problemas de salud no trasmisibles bien delimitados, pero ello es contradictorio con la formulación genérica de este problema crítico. En este sentido en los OSN 2020 se planteaba la "morbimortalidad por cáncer" como un problema crítico y en los OSN 2030 éste queda subsumido en el problema referido a patologías crónicas no trasmisibles en general.

De igual manera, los "problemas nutricionales críticos en la primera infancia" de los OSN 2020 quedan incluidos aparentemente en los "problemas nutricionales: sobrepeso y obesidad, anemia, retraso de crecimiento y deficiencia de nutrientes" de los OSN 2030. Claramente son dos circunstancias diferentes con distinto alcance. La formulación 2030 alcanza prácticamente a toda la población y comprende un conjunto

de problemas de salud y no solo una situación particular delimitada a un grupo de población como lo era en el caso de los OSN 2020.

En sentido opuesto, la "incidencia de suicidios y los problemas vinculados a la salud mental" de los OSN 2020 se redujo a solo "incidencia de suicidios" en los OSN 2030.

Por su parte, las "lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral" de los OSN 2020 se transforman en "morbimortalidad por lesiones (siniestralidad vial, ahogamientos de menores de 15 años y caídas en personas mayores)". También en este punto se amplían las situaciones comprendidas en el problema y se desechan los accidentes en el ámbito laboral sin que se manifieste si es porque ya no representan un problema crítico o porque por ejemplo, los ahogamientos en menores de 15 años tienen una mayor trascendencia o magnitud que aquellos.

Además, en los OSN 2030 se unifican dos problemas identificados por separado en los OSN 2020, la "trasmisión vertical de sífilis y VIH" y la "morbimortalidad por VIH / SIDA".

Se advierte también la existencia de un criterio diferente en la forma de denominar algunos problemas en los OSN 2030 por cuestiones que pueden suponerse de tipo ideológico. Por ejemplo, se plantea como problema crítico el "embarazo no intencional en la adolescencia" en lugar del "embarazo no deseado en adolescentes" o las "violencias en las diferentes etapas de la vida" en lugar de la "violencia de género y generaciones". Tampoco es lo mismo atender el "consumo problemático del alcohol y sustancias psicoactivas" como se formuló en los ONS 2020 que el "consumo de sustancias psicoactivas" a secas como se plantea en los ONS 2030 que parece indicar que cualquier consumo, problemático o no es tema crítico a atender.

Por último cabe preguntarse hasta qué punto la inclusión de los problemas 12 y 13 en los ONS 2030 ("gestión integral de riesgos de emergencias y desastres" y "limitada capacidad de respuesta oportuna ante situaciones emergentes vinculadas a desastres naturales y epidemias") no está demasiado condicionada por la entonces muy reciente salida de la emergencia sanitaria por COVID 19.

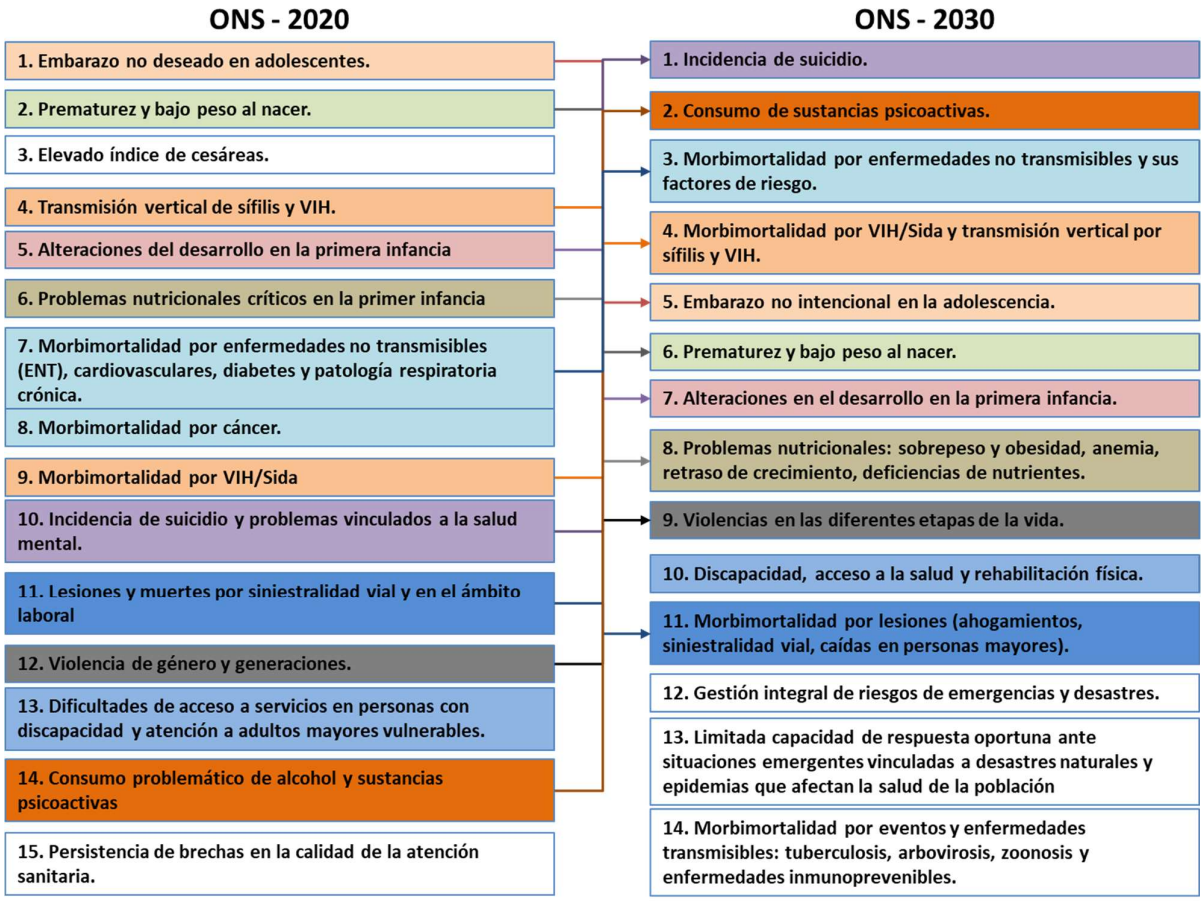
Es de señalar que de los problemas críticos de los OSN 2020 no fueron tenidos en cuenta como tales en la proyección a 2030, ni el "elevado índice de cesáreas" ni "la persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria".

Más allá de estas diferencias lo que es realmente llamativo es que los problemas prioritarios hayan cambiado en un período de 7 años (de 2015 a 2022) que se reitera en términos de mejoras en los indicadores de salud es un período breve. Sobre todo porque no se explícita cuánto mejoró la situación de un problema considerado crítico y prioritario para el quinquenio 2015 – 2020 al punto de ya no serlo para el período 2022 – 2030. No se aportan datos en el documento al respecto por lo que no queda claro si su consideración por fuera de las prioridades es el resultado de una evaluación de las acciones implementadas para su control y mejora o es consecuencia de una valoración en el contexto de la planificación sanitaria, de la magnitud y trascendencia de otros problemas de salud que pasaron a ser de mayor relevancia.

En realidad en los OSN 2030 se contemplan la casi totalidad de los problemas señalados en los OSN 2020 aun cuando aquellos sean uno menos que estos. Y esto es así por lo señalado anteriormente respecto a una formulación más amplia de algunos problemas y por tanto menos específica que implicó la incorporación de algunos problemas dentro de otros.

Tampoco queda claro si el orden en que se presentan los problemas refleja una cierta prelación en su consideración en función de la importancia que se le otorga o si solo es una manera ordenada de presentarlos. Podría pensarse que en la medida que todos son problemas críticos no hay tal prelación. Sin embargo, en general cuando se arma una lista se aplica un determinado criterio ordinal y por algo el primer lugar lo ocupa un tema y no otro. Aunque no está explicitado el criterio es de suponer que si el lugar número uno lo ocupa la "incidencia del suicidio" en los ONS 2030 en lugar del "embarazo no deseado en adolescentes" como lo era en los ONS 2020 (que pasa al lugar número cinco y con otra denominación), es porque se valora que el primero es de mayor importancia que el segundo (sobre todo si se tienen en cuenta el contexto).

Estos vaivenes en la determinación de los problemas críticos sin una fundamentación expresa tienen distintas implicancias no solo en la definición de los objetivos estratégicos y las líneas de acción sino también en las políticas del regulador respecto a los prestadores de sistema.



b. Objetivos estratégicos

Con relación a los objetivos estratégicos subsidiarios de los cuatro OSN existen diferencias entre los que fueron formulados para el año 2020 y los del año 2030. En primer lugar se destaca la existencia de uno más en estos últimos relacionado con las situaciones de desastres y epidemias y seguramente determinado por la ocurrencia de la pandemia por SARS Cov 2. En cuatro de los restantes cinco objetivos hay diferencias en la redacción y en uno, el objetivo 3, se advierten diferencias de contenido. En este caso en los OSN 2020 se hacía referencia a dos dimensiones que era necesario mejorar: el acceso [a la atención] y la atención a lo

largo de la vida. Esta formulación abarca todos los servicios con independencia de su complejidad. En el caso de los OSN 2030 el foco se pone en la intervención oportuna del sistema a nivel sobre todo del primer nivel de atención con una estrategia de APS.

	ONS 2020	ONS 2030
1	Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo	Fomentar estilos de vida y entornos saludables y reducir los factores de riesgo
2	Disminuir la carga prematura y evitable de morbi mortalidad y discapacidad	Disminuir las cargas evitables de morbimortalidad y discapacidad a lo largo del curso de vida
3	Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida	Intervenir en forma oportuna sobre las etapas del curso de vida basándose en la estrategia de atención primaria en salud, fomentando el acceso al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema
4	Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud	Construir una cultura institucional de calidad, seguridad y eficiencia en la atención en salud
5	Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades	Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades de salud de las personas
6		Fortalecer la respuesta del sistema de salud ante emergencias, desastres y epidemias

c. Objetivos estratégicos, resultados esperados, metas, áreas de intervención y líneas de acción

En el documento OSN 2030 se presenta en un capítulo los objetivos estratégicos y sus dimensiones operativas (que se expresan como resultados esperados), y en otro la denominada “matriz integradora de OSN, objetivos estratégicos y metas sanitarias 2030”. En esta matriz, a cada resultado esperado le corresponde al menos una meta y su correspondiente línea de base.

Existe además, otro capítulo en el que se presentan las “Opciones de intervención para el logro de los resultados esperados”. En este se presentan para cada objetivo estratégico las áreas de intervención en que se focalizará el trabajo y las correspondientes líneas de acción a seguir.

Falta pues una segunda matriz integradora que permita visualizar la consistencia entre los objetivos estratégicos, los resultados esperados y sus correspondientes metas con las áreas de intervención propuestas y las líneas de acción necesarias para cumplir con ellos.

Esta forma de presentar el plan dificulta su análisis y deja a cargo del lector la tarea de correlacionar los resultados esperados con las áreas de intervención y sus líneas de acción. Al hacer este ejercicio se advierten inconsistencias (alguna de ellas importantes). Por ejemplo, en algún objetivo estratégico se mencionan áreas de intervención que no están necesariamente asociadas a ningún resultado esperado; en otros existen resultados esperados para los que no se define ningún área de intervención y por consiguiente ninguna línea de acción; también se incluyen líneas de acción que no se relacionan al menos aparentemente con el resultado esperado al que pretenden contribuir para el objetivo estratégico considerado; en algunos objetivos estratégicos existe una única área de acción para más de un resultado esperado lo que llega a su máxima expresión en el caso del objetivo estratégico 6 para que se formulan siete resultados esperados que se fusionan en una única área de intervención con solo cinco líneas de acción.

Se advierten también en algunos casos discordancias e inconsistencias entre los resultados esperados y las metas seleccionadas para medir su alcance, y aún entre estas y las líneas de base definidas.

Otro elemento a considerar viene dado por los indicadores seleccionados para las metas. Algunos surgen de encuestas o trabajos puntuales cuya periodicidad de realización puede ser incierta y que en algunos casos incluso no depende de la voluntad del MSP. Esto genera dudas respecto a la factibilidad de medición del indicador para la evaluación del logro de la meta. Ello sin contar que en otros casos existe una seria duda respecto a la validez del indicador.

En el anexo se presenta la grilla correspondiente a cada resultado esperado según el objetivo estratégico al que contribuye, con su correspondiente meta o metas a alcanzar con su línea de base, y las áreas de intervención con sus respectivas líneas de acción. Asimismo, en el anexo se hacen las consideraciones relativas a las inconsistencias señaladas anteriormente.

De las 256 líneas de acción presentadas se puede decir que alrededor de 30% comprenden en mayor o menor medida a los prestadores del sistema, esto teniendo en cuenta que para algunas metas y áreas de intervención no se han definido líneas de acción. Se trata de líneas de acción relacionadas con aplicación de protocolos, capacitación de personal, mejora de los sistemas de registro e información y de medidas concretas que implican en algunos casos la implementación de nuevos servicios y prestaciones que afectan su estructura y funcionamiento y hasta su forma de gestión.

d. Las líneas de acción que involucran a las IAMC de FEPREMI

A continuación se presenta para cada objetivo estratégico los resultados esperados y las líneas de acción que de alguna manera implican a los prestadores integrales del SNIS. Sólo se mencionan aquellos objetivos y resultados esperados para los que se ha identificado líneas de acción que de alguna forma afectan el funcionamiento o la organización de los prestadores.

Objetivo estratégico 1 – Fomentar estilos de vida y entornos saludables y reducir los factores de riesgo

Resultado esperado 5: Evitar un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

De las 6 líneas de acción propuestas para este resultado, hay tres que involucran a los prestadores: “desarrollar, difundir e implementar protocolos para el manejo del paciente con sobrepeso y obesidad”; “capacitar al personal de salud en los protocolos sobre el manejo del paciente con sobrepeso u obesidad en el curso de vida” y lo que es más importante, “desarrollar una propuesta para la creación de unidades especializadas interdisciplinarias para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en el curso de vida, en el marco del SNIS”. Esto implica que los prestadores tendrán que conformar nuevas unidades de atención con todos los recursos adicionales que esto supone. En el documento no hace mención alguna a la necesaria modificación del PIAS si esto se efectiviza ni a la necesidad de estudiar previamente el impacto presupuestal y en la estructura de costos de la puesta en marcha de estas unidades en las instituciones.

Resultado esperado 6: Mejorar las prácticas de alimentación de la población uruguaya.

Son 34 las líneas de acción vinculadas a este resultado de las cuales solo tres, relacionadas todas ellas con el área de intervención que apunta a “promover una nutrición adecuada en el embarazo y en la primera infancia”, involucran de manera más o menos directa a los prestadores. Estas son: “desarrollar un plan de acreditación y reacreditación en buenas prácticas de alimentación en maternidades y consultorios de los

servicios de salud; continuar con los cursos de capacitación virtual para equipos de salud de maternidades, consultorios y otras instituciones vinculadas con la lactancia materna e implementar las guías de prevención de la deficiencia de hierro y proponer la inclusión del hierro polimaltosado en el FTM". Llama la atención el enunciado de esta última. Si el responsable de los OSN es el MSP ¿Por qué se limita a proponer y no establece que se incorporará el hierro polimaltosado al FTM? ¿A qué organismo se le hará la propuesta y de quién depende la decisión de su inclusión? De prosperar la propuesta no se prevé en el documento como se habrá de financiar la provisión en caso que lo tenga que hacer el prestador integral.

Resultado esperado 7: Reducir el consumo nocivo de alcohol.

De las siete líneas de acción que implica alcanzar este resultado, dos pueden tener cierto correlato en la actividad de los prestadores. Estas son: "facilitar el acceso al tamizaje y a las intervenciones breves en el primer nivel de atención, así como al tratamiento de personas con trastorno por consumo de alcohol" y "promover la capacitación del personal de salud con énfasis en el primer nivel de atención, sobre las intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol". Sin embargo, no se hace referencia a las formas en que se pretende llevar adelante estas acciones.

Resultado esperado 8: Reducir riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente y adulta

Cuenta con cuatro líneas de acción. Una de ellas propone una innovación en el PIAS ya que plantea que los prestadores se hagan cargo de los problemas sociosanitarios del consumo problemático de cannabis lo que supone atribuirles una responsabilidad excesiva con relación a esta problemática que responde a factores que van más allá de los aspectos médicos. No obstante, al igual que en el caso visto anteriormente referido al hierro polimaltosado y su inclusión en el FTM, también en este punto el planteo formal es "considerar la pertinencia de incluir en el PIAS las intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de los usos problemáticos de cannabis". Vale decir que en sentido estricto alcanza con que se celebre una reunión en el ámbito que sea con ese fin (considerar la pertinencia) para haber llevado adelante la línea de acción propuesta.

Resultado esperado 9: Reducir el porcentaje de consumidores actuales de tabaco y la exposición al humo de tabaco de segunda mano.

Implica cuatro áreas de intervención y 18 líneas de acción. De estas, el área de intervención enunciada como "continuar con la implementación de la Estrategia Nacional para Promover la Cesación de Consumo de Tabaco" comprende cuatro líneas de acción. De estas existen dos que involucran a los prestadores del sistema: "promover la intervención mínima en el primer nivel de atención" y "aumentar el acceso al tratamiento especializado para cesación tabáquica". Sin embargo, nada se dice respecto a los mecanismos concretos que habrá de implementar el MSP para involucrar a los prestadores en el desarrollo de estas acciones.

Objetivo estratégico 2 - Disminuir las cargas evitables de morbimortalidad y discapacidad a lo largo del curso de vida

Resultado esperado 1: Reducir la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad de las ENT prevalentes (cáncer, cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedad renal crónica).

Consta de seis áreas de intervención y 27 líneas de acción de las cuales 11 involucran a los prestadores.

Respecto al área de intervención 1 referida a la prevención y el control del cáncer, se definen dos líneas de acción: por un lado la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, los cánceres tabaco dependientes, el cáncer de piel y el cáncer de colo-rectal y por otro la prevención secundaria de los cánceres de cuello uterino, de mama y colo-rectal.

Un aspecto a considerar es la inclusión de "los cánceres tabaco dependientes". En el documento "Consumo de tabaco y cáncer"[2] de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLC) se señala que "el consumo de tabaco y nicotina es un factor de riesgo relevante en muchos tipos de cáncer, a saber, los cánceres de pulmón, labio, boca, faringe, laringe, esófago, vejiga, riñón, hígado, estómago, páncreas, colorecto, cuello de útero y leucemia mieloide aguda." Desde esta perspectiva alcanzaría con desarrollar las líneas de acción ya enunciadas en el objetivo estratégico 1 en lo referente al tabaquismo sin sobreabundar en este punto con la inclusión de los llamados cánceres tabaco dependientes. De lo contrario deberían plantearse líneas de acción para la prevención o el diagnóstico oportuno de todos esos tipos de cáncer lo cual parece poco factible teniendo en cuenta que de lo que se trata es de determinar prioridades. Siendo que se trata de líneas de acción que involucran a los prestadores, estos aspectos deberían estar más claramente establecidos.

La prevención primaria o secundaria de los cánceres específicamente mencionados en el área de intervención 1 involucra lógicamente a los prestadores del sistema. En este sentido debe tenerse presente que el sistema de pago por cumplimiento de metas en su versión para los años 2024 y 2025, incluye en el componente referido a "Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ENT", seis indicadores que refieren al tamizaje del cáncer colo rectal y al tamizaje y tratamiento oportuno del cáncer de cuello de útero y del cáncer de mama.

No se debe perder de vista que algunos de los indicadores utilizados para evaluar el cumplimiento de las metas de este sistema de pago, se vienen levantando desde años atrás porque estaban incluidos en versiones anteriores. Vale decir que dado el tiempo transcurrido se debería contar con información relativa al impacto de la aplicación de las normas de prevención secundaria de estos cánceres incentivada por el sistema de pago por metas. No obstante, el mantenimiento de la detección oportuna de estos cánceres como prioridad estratégica dentro del marco de los OSN 2030 hace pensar que el impacto no ha sido todavía cuantificado o no ha sido el esperado sin dejar de considerar lo dicho anteriormente en cuanto a que el impacto en términos de salud se hace ostensible en el largo plazo.

Si bien el MSP no parece haber evaluado el impacto del sistema de pago por cumplimiento de metas en estos temas, la CHLC dispone de información referida a la evolución de la incidencia y la mortalidad de varios tipos de cáncer que podría hacer pensar que habría un cierto impacto positivo. Todo expresado en términos condicionales porque no existe ningún estudio que vincule las mejoras sobre todo en las tasas de mortalidad, que se muestran en los informes de la CHLC con el efecto del sistema de pago por metas. Sería importante que el MSP hiciera esta evaluación tanto si los resultados no son los esperados, para rectificar o ajustar las dimensiones incluidas en el pago por metas (pero esta vez sobre la base de evidencia empírica), como si los efectos fueron positivos para reforzar la línea de trabajo y retroalimentar a los prestadores con información que ponga de relieve la importancia del esfuerzo que realizan con el cumplimiento de las metas. Este sistema de pago no debe ser solo un incentivo económico.

[2] Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?336,1924

En el área de intervención 2 vinculada a la prevención y el control de la hipertensión arterial, la diabetes, las dislipemias y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las líneas de acción que se proponen refieren sobre todo a la definición de guías de práctica, protocolos terapéuticos, herramientas de prevención de complicaciones y pautas de adhesión a los tratamientos para los pacientes. Particularmente, la línea de acción 4 de esta área de intervención establece "revisar el marco normativo relacionado con las prestaciones". Esta formulación por la ambigüedad de su enunciado deja sujeta a interpretación su alcance e implicancias. ¿Supone acaso una modificación del PIAS? Si esto es así, ¿Qué es lo que se propone y que implicancias puede tener para los prestadores?

El área de intervención 3 que refiere a la prevención y control del accidente cerebro vascular (ACV) y del infarto agudo de miocardio (IAM) cuenta con cinco líneas de acción, cuatro de las cuales tienen implicancias para los prestadores. Estas son: mejorar el acceso a fibrinolíticos para la atención del ACV y del IAM ST; presentar una propuesta de cobertura de trombectomía mecánica para el tratamiento del ACV y desarrollar e implementar las unidades ACV. La efectiva puesta en marcha de estas acciones está claramente relacionada con modificaciones del PIAS que implican nuevas exigencias a los prestadores. Nada se dice respecto al análisis de viabilidad del financiamiento ni de la cobertura de la trombectomía mecánica ni de la instalación de unidades asistenciales especializadas en la atención del ACV. Tampoco se menciona dentro de las líneas de acción cuál será el proceso de trabajo con los prestadores para la incorporación de estas intervenciones y servicios al PIAS.

Con relación a estos temas, el sistema de pago por cumplimiento de metas solo incluye lo que se denomina "seguimiento de accidente cerebro vascular" que se supone apunta a la rehabilitación del paciente y no a la prevención o el tratamiento del ACV (cierto es que se trata de procedimientos incluidos en el PIAS pero no parece muy congruente lo que se paga mediante el cumplimiento de metas y la orientación expresada en las líneas de acción de los OSN. Es decir se promueve el seguimiento del paciente con ACV por el sistema de pago por cumplimiento de metas pero se plantea la implementación de nuevos procedimientos y lo que es más importante de unidades especializadas para su atención.

El área de intervención 4 relacionada con la universalización del programa de salud renal también cuenta con cinco líneas de acción, la última de las cuales es redundante por cuanto propone precisamente universalizar este programa. Las restantes cuatro acciones a desarrollar refieren a la promoción de estrategias de tamizaje orientadas a la detección oportuna de patología renal, particularmente de la que se asocia a la diabetes y la conformación de equipos de salud orientados a estas actividades en el primer nivel de atención. Con relación a esto último nada se dice respecto al perfil de los recursos humanos que deben integrar estos equipos lo cual es determinante para poder avanzar en su instalación. Nuevamente surge naturalmente la duda respecto a cómo se integran los prestadores privados en estas estrategias, qué incentivos prevé el regulador para que estos adhieran al programa y cuál será el financiamiento de estos equipos.

Resultado esperado 2: Disminuir la mortalidad y morbilidad infantil con énfasis en las causas vinculadas con la prematurez.

Consta de cinco áreas de intervención y 16 líneas de acción. De estas, al menos cinco líneas de acción referidas a tres áreas de intervención implican directamente a los prestadores. Las tres áreas de intervención referidas se formulan de la siguiente manera: "impulsar un proceso de regionalización nacional perinatal con énfasis en la red de unidades de cuidados intensivos neonatales y adecuado traslado de la embarazada y los

neonatos de riesgo"; "regular y auditar la asistencia inmediata, la estabilización y el traslado de recién nacidos de alto riesgo" y "regular el funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos".

Las cinco líneas de acción previstas dentro de estas tres áreas que involucran a los prestadores son los siguientes: "Separar unidades de cuidados intensivos neonatales de las unidades de cuidados intensivos pediátricas"; "Asegurar el acceso a las unidades de CIN con base en convenios de complementación de base territorial"; "Implementar un sistema nacional regionalizado de traslado de recién nacido de alto riesgo con énfasis en el prematuro, garantizando que el traslado sea realizado por personal especializado (del centro del lugar de nacimiento o de la unidad neonatal receptora)"; "Actualizar la normativa de funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos y asegurar su cumplimiento" y "Acreditar las unidades neonatales de cuidados críticos respecto a su área física, equipamiento y tecnología".

La relevancia de todas ellas para los prestadores es incuestionable por los cambios que implican inclusive del punto de vista estructural. Lo primero que surge son algunas interrogantes respecto al proceso por el que se llegó a estas definiciones y particularmente si se contó con la participación de un actor relevante en estos temas como lo es la JUNASA por su carácter de organismo regulador y auditor de los prestadores del SNIS. Pero además, ¿Se le dio participación a los prestadores que cuentan con unidades de traslado especializadas o con unidades de atención neonatal en la determinación de estos puntos? Y algo que es de suma importancia ¿Cuál es el concepto de red que subyace a la formulación de las líneas de acción propuestas? Cuando se hace mención a la red de unidades de cuidados intensivos neonatales, ¿en qué tipo de gobernanza se está pensando para su gestión eficiente?

Resultado esperado 3: Reducir la morbimortalidad por VIH/SIDA

Consta de tres áreas de intervención y 18 líneas de acción. Siete de estas están referidas a cuestiones de facilitación del acceso organizacional de los pacientes al tratamiento, la aplicación de protocolos, la utilización de la HCE como instrumento para el seguimiento del cumplimiento del tratamiento y otras cuestiones organizativas que aplican a los prestadores.

Una de estas líneas explícitamente se enuncia de la siguiente manera: "generar mecanismos que faciliten la vinculación y retención en el proceso de atención integrando al contrato de gestión de las instituciones los siguientes requerimientos: utilizar la HCEN como herramienta para la detección de personas diagnosticadas que no se vinculan a la atención o que interrumpen el retiro de fármacos ARV y generar mecanismos de alerta a las instituciones asegurando el respeto por la confidencialidad en el manejo de la información". Y otra de ellas refiere a "regular las tasas moderadoras para órdenes y tickets de medicamentos y de exámenes de control (población linfocitaria, carga viral) en el marco de la línea general de avanzar en la regulación de los copagos en las prestaciones clave para el cumplimiento de los OSN".

Ambas líneas son de suma importancia para la gestión de los prestadores. Una de ellas porque supone más obligaciones explícitamente consignadas en el contrato de gestión y la otra porque puede suponerse con amplio margen de certeza que en los hechos significa una reducción sustancial o lisa y llanamente la eliminación de estos copagos. Como en casos anteriores se omite aunque más no sea una referencia mínima a la forma en que se habrá de llevar adelante estos cambios y a la consideración de su impacto en las cuentas de las instituciones prestadoras. Lo otro que llama la atención es la mención a "la línea general de avanzar en la regulación de los copagos en las prestaciones clave para el cumplimiento de los OSN", tema que en ninguna otra parte del documento se manifiesta o al menos se alude, siendo que parecería ser un asunto relevante para la implementación de las líneas de acción.

Resultado esperado 4: Eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH

En este caso son seis las áreas de intervención y 18 las líneas de acción. Cinco de estas claramente involucran a los prestadores: “garantizar el acceso al diagnóstico de embarazo en el punto de atención, asegurando la disponibilidad de técnicas de detección de β-HCG para diagnóstico en el mismo día”; “fiscalizar el cumplimiento de la norma referida a acceso a consulta ginecológica en un plazo máximo de 48 horas”; “monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de sífilis: a) tratamiento inmediato con prueba reactiva; b) al menos dos dosis, la última en un tiempo mayor a un mes del parto”; “establecer mecanismos para asegurar captación y correcto seguimiento posterior al parto con énfasis en la continuidad del TARV. Diseño de planes de seguimiento por parte de la dirección técnica de las instituciones”; “fortalecer el seguimiento del recién nacido expuesto a VIH y sífilis connatal: Sistema de alarma en la HCEN”; “conformación de un equipo de enlace entre el medio hospitalario y extrahospitalario que interactúe con los diferentes actores del primer nivel de atención ante la no concurrencia al control predeterminado”.

Particularmente importa señalar que el control de “el uso de técnicas de detección de β-HCG para diagnóstico de embarazo en el día” y la “fiscalización del cumplimiento de la norma referida al acceso a la consulta ginecológica en un plazo máximo de 48 horas” son en puridad un cometido habitual del MSP o de la JUNASA o debería serlo y no una línea de acción a implementar en el marco de la definición de los OSN.

Resultado esperado 5: Disminuir la morbimortalidad vinculada con la violencia basada en género y generaciones

Son dos áreas de intervención y 11 líneas de acción para este resultado. Dos líneas de acción están relacionadas con la actividad de los prestadores: “difundir y dar acceso a los protocolos y mecanismos para la detección precoz y abordaje oportuno de situaciones de VBGG en el primer nivel de atención y en funcionarios de otros sectores” y “sensibilizar y capacitar a los equipos de salud y funcionarios de otros sectores sobre las tipologías de violencia hacia las personas mayores y en la gestión de estas situaciones”.

Debe recordarse que el sistema de pago por cumplimiento de metas contiene un componente vinculado a esta temática prácticamente desde el inicio de su implementación aunque de impacto incierto por la ausencia de una evaluación al respecto.

Resultado esperado 6: Reducir las muertes y lesiones por ahogamientos en niños de 1 a 15 años.

Consta de 8 líneas de acción de las cuales de las cuales solo las dos primeras refieren específicamente a los ahogamientos. Las restantes se vinculan a la atención de los niños críticamente enfermos, su atención y su traslado de ser necesario.

Más allá de esta manifiesta incongruencia, las líneas de acción que concretamente importan a los prestadores son: “regionalizar la atención de los niños críticamente enfermos”; “proponer los mecanismos para que los traslados de niños críticamente enfermos sean realizados por personal capacitado y preferentemente por el equipo de la unidad receptora” y “auditar los traslados de los pacientes pediátricos críticamente enfermos”.

En este punto la mención a la regionalización debería contemplar algún criterio con el que se realizará o al menos la mención al ámbito institucional en el que tal regionalización habrá de definirse.

Resultado esperado 8: Reducir las caídas y fracturas en personas mayores

Consta de tres líneas de acción. Una de ellas simplemente apunta a "desarrollar directrices para la detección en la consulta médica de las personas mayores con alto riesgo de caídas" lo que implica aunque no está dicho, el uso de pautas para la identificación de los casos.

Pero existe otra línea de acción de indudable impacto potencial sobre los prestadores ya que establece que los prestadores deberán conformar "unidades de valoración geriátrica para la derivación de usuarios con alto riesgo de caídas y para la prevención de caídas y fracturas". Esto supone como en casos vistos anteriormente, que los prestadores deban introducir nuevas formas organizacionales de la atención con recursos específicos que habría que valorar si ya están disponibles o si se deben incorporar. Todo cambio organizacional que obliga a la implantación de nuevos servicios implica costos adicionales.

Resultado esperado 9: Disminuir la incidencia de suicidio

Son diez las líneas de acción vinculadas a este resultado, de las cuales dos son de indudable implicancia para los prestadores: "analizar la factibilidad de ampliar el acceso a prestaciones de salud mental del SNIS y la cobertura de prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales del Decreto N° 305/011, incluyendo a los sobrevivientes entre otras poblaciones a priorizar" y "desarrollar e implementar un sistema de pesquisa de la depresión en personas mayores".

La primera está formulada en términos de análisis de su factibilidad pero en los hechos lo que se propone es ampliar el PIAS en este campo y se lo hace aparentemente sin una evaluación del efecto que tuvo la incorporación de las prestaciones a las que refiere el decreto mencionado. Lo que aparentemente subyace a esta propuesta es que en parte el incremento de la tasa de suicidios se debe a la insuficiencia de la cantidad y tipo de prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales incorporadas en esa oportunidad. Sin evidencia suficiente también podría razonarse en sentido inverso y plantear que su incorporación a las obligaciones asistenciales de los prestadores del SNIS no fue la herramienta adecuada para el abordaje de esta problemática ya que no produjo mejoras o al menos no pudo contener el incremento de suicidios.

Objetivo estratégico 3 - Intervenir en forma oportuna sobre las etapas del curso de vida basándose en la estrategia de atención primaria en salud, fomentando el acceso al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema

Resultado esperado 1: Disminuir la incidencia de embarazo no intencional en la adolescencia velando por los derechos de las adolescentes, el cuidado de niñas, niños y sus padres, y el acompañamiento de las decisiones respecto de la maternidad.

Hay en este caso tres áreas de intervención y 14 líneas de acción. Con relación a los prestadores del sistema, las líneas de acción propuestas para cualquiera de las tres áreas de intervención aplican de manera indirecta sobre todo en cuestiones relacionadas con la adecuada disponibilidad de los servicios pero tres de ellas están más específicamente relacionadas con la actividad de los prestadores: "asegurar el acceso a la anticoncepción"; "mejorar acceso a la atención integral en salud, incluyendo la salud mental, para aquellas adolescentes que transitan un embarazo" y "asegurar el acceso a la anticoncepción y seguimiento posevento obstétrico para prevenir la reiteración de embarazos no intencionales".

Resultado esperado 3: Disminuir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años y atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario

Cuenta con tres áreas de intervención y 4 líneas de acción. Se trata de áreas en las que los prestadores ya vienen trabajando. El sistema de pago por cumplimiento de metas hasta 2021 comprendió dentro de la meta 1 (Salud del niño, la niña y la mujer), indicadores relacionados con el seguimiento del desarrollo del niño al año, a los dos años y a los cuatro años. El cambio de la meta 1 del año 2022 que implicó la fusión de esta con la meta 2, supuso una reformulación de la antigua meta 1 y la salud del niño y la niña constituyeron su componente 1. En este se incluye un indicador específico de seguimiento del desarrollo del niño a los 4 años de vida. Posteriormente el cambio de la meta para 2024 y 2025, mantuvo en el componente temático de "salud del niño y de la niña", el indicador de "Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida". No obstante, dentro de las líneas de acción hay una que implica nuevas estrategias asistenciales para los prestadores, esto es "Capacitar al personal de salud en la identificación de las alteraciones del desarrollo que orientan a trastornos del espectro autista".

El enunciado de la cuarta línea de acción, ("proponer convenios de complementación público-privado para la atención de niños con alteraciones del desarrollo, incluidos los recién nacidos con factores de riesgo") deja lugar a dudas. ¿Quién o qué organismo habrá de ser quien proponga los convenios de complementación? ¿A quién se le presentará esos convenios? ¿Cómo se formularán los mismos del punto de vista de su gerenciamiento, financiamiento y responsabilidades asistenciales y jurídicas?

Resultado esperado 4: Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud del SNIS

De las tres líneas de acción relacionadas con este resultado la que refiere a "desarrollar un plan de accesibilidad y buen trato de las personas con discapacidad en los servicios de salud para todos los niveles de atención" tiene relación con la forma de gestión a nivel micro de los prestadores integrales.

Resultado esperado 5: Mejor atención en rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS

Consta de cinco líneas de acción. Dos de ellas claramente implican potencialmente cambios en el sentido de nuevos desarrollos a nivel de los servicios que ofrecen los prestadores y por ende deberían reflejarse en el PIAS en caso de implementarse. Estas son "desarrollar una propuesta para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS que establezca niveles de complejidad y estándares mínimos de prestaciones" y "generar protocolos en la provisión de ortesis, prótesis y ayudas técnicas ajustados a las necesidades de los usuarios del SNIS". De todas formas no se hace explícito en este último caso por ejemplo cuál será el mecanismo de provisión de los dispositivos y de quién tendrá la responsabilidad de hacerlo.

Resultado esperado 6: Desarrollar e implementar el modelo de pesquisa y atención de la fragilidad en personas mayores

De las cuatro líneas de acción propuestas, una de ellas claramente involucra a los prestadores, es la que dispone "implementar un modelo de 2 pasos: (a) pesquisa de fragilidad en personas mayores en los prestadores de servicios de salud (consulta externa y episodios de internación) mediante una escala validada (Edmonton); (b) derivación a unidades de valoración geriátrica (UVG) regionales para la valoración geriátrica integral (VGI)".

Esto implica nuevas responsabilidades y servicios para los prestadores pero además la implantación de centros regionales que hasta donde se sabe no existen aún y cuya organización, gestión y financiamiento nada se dice.

Resultado esperado 7: Aumentar la cobertura de cuidados paliativos para todos los usuarios del SNIS y universalizar los cuidados paliativos en los prestadores del sistema

Se formulan seis líneas de acción y al menos dos de ellas alcanzan a los prestadores: "implementar complementación de servicios entre prestadores mediante convenios público-privado o público-público" y "evaluar la calidad asistencial de los servicios de cuidados paliativos del país".

La primera como en otros casos deja la incertidumbre respecto al alcance de estos convenios, su forma jurídica y su financiamiento. La segunda llama la atención por cuanto en un contexto de casi nula evaluación de la calidad de los servicios, se hace énfasis solo esta modalidad asistencial.

Objetivo estratégico 4 - Construir una cultura institucional de calidad, seguridad y eficiencia en la atención en salud

En este caso parece más útil referirse a los 7 resultados esperados relacionados con este objetivo estratégico porque solo el primero de ellos tiene líneas de acción asociadas. En los restantes seis solo se formulan las metas a alcanzar. La ausencia de áreas de intervención y de líneas de acción asociadas a los resultados esperados 2 a 7 de este objetivo, aun cuando se formulan metas específicas para cada uno de ellos, genera lógicas dudas respecto a su logro y lo que es más importante a la intención de alcanzarlos o al menos de intentar hacerlo, además de desconocer mediante qué instrumentos se piensa hacerlo. A partir del enunciado de los resultados parece obvio que todas las acciones que eventualmente se impulsen implicarían a los prestadores integrales.

Los resultados esperados para este objetivo son los que siguen:

Resultado esperado 1: Aumentar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario garantizando procesos clínicos y cuidados más seguros por parte del equipo de salud, control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas

Resultado esperado 2: Consolidar la política nacional de comportamientos seguros

Resultado esperado 3: Continuar con la implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua

Resultado esperado 4: Evaluar el impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso

Resultado esperado 5: Implementar sistema de reporte de eventos centinela on line

Resultado esperado 6: Incorporar buenas prácticas con base en el conocimiento sistematizado en diferentes áreas de atención

Resultado esperado 7: Elaborar e implementar un programa de optimización de antimicrobianos (PROA)

Objetivo estratégico 5 - Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades de salud de las personas

Resultado esperado 1: Contar con una herramienta de gestión basada en información veraz y oportuna para el Ministerio de Salud Pública que permita la priorización y acción de políticas sanitarias basada en datos obtenidos de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)

Las tres líneas de acción propuestas para este resultado importan a los proveedores del sistema: "coordinar con Salud.Uy la generación de base de datos y su gobernanza"; "poner en funcionamiento el sistema de gestión de la información" e "implementar sistema de reportes a nivel asistencial y económico financiero que permita el cruzamiento de datos".

Resultado esperado 3: Fortalecer la función rectora del MSP en los ámbitos de promoción de mejoras en la capacidad asistencial y la sostenibilidad financiera de los prestadores del SNIS

Las dos líneas de acción planteadas en torno a este resultado son: "desarrollar un proceso para la revisión y actualización sistemática del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) y del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM)" y "desarrollar y monitorear planes estratégicos para las Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC)". La implicancia del desarrollo de estas líneas de acción para las instituciones es muy clara.

Resultado esperado 4: Mejorar el acceso a RRHH en salud en todo el territorio nacional

Importa señalar que la meta que se asocia a este resultado es "implementar la ley de telemedicina", en consecuencia, dos de las tres líneas de acción que se le asocian hacen referencia a cuestiones relativas a este tema ("desarrollar la nueva normativa para implementar la telemedicina" y "capacitar a los profesionales en el uso de esta herramienta"). La tercera línea plantea "Acordar con prestadores del sistema sobre el alcance, la modalidad de pago a los profesionales y la inclusión dentro del PIAS, entre otros, de estas iniciativas". Quiere decir que para el regulador las actividades asistenciales por telemedicina implican la instrumentación de una forma de pago diferencial y que se trata de formas de atención que deben incorporarse al PIAS por no estar previstas como tales. Llamativamente este es el único caso en el que se plantea que una eventual modificación del PIAS se va a hacer en consulta con los prestadores.

3. La estrategia OPS de apoyo a los gobiernos. El caso de Uruguay

En 2023 se publicó la Estrategia de Cooperación País de OPS/OMS para el Uruguay para el período 2023 – 2027. La planificación sanitaria llevada adelante para su elaboración tomó en consideración los OSN 2030 y definió 5 prioridades estratégicas con 18 áreas de interés. El enunciado de las prioridades estratégicas y de las áreas de interés es más general que el de los objetivos estratégicos y las áreas de intervención de los OSN 2030. Son además, más amplios en su alcance y comprenden de alguna manera todos los planteos de los OSN con un orden algo diferente.

En el anexo 2 del documento de la cooperación país de OPS se relacionan las prioridades estratégicas allí definidas con los resultados esperados de los OSN 2030. Sin embargo en el anexo mencionado figuran 42 resultados esperados en lugar de los 46 que aparecen en el documento publicado de los OSN, lo cual es llamativo.

Pero no todos los resultados esperados de los OSN 2030 se enmarcan en alguna de las áreas de interés definidas en la cooperación del OPS. A su vez, existen algunas áreas de interés a las que no es posible asociarle resultado esperado alguno. Solo 33 resultados esperados de los OSN 2030 pueden relacionarse con alguna de las áreas de interés definidas en la cooperación país de OPS. Como resulta obvio dado el

enunciado general y abarcativo de las prioridades estratégicas de la OPS todos los resultados esperados de los OSN 2030 pueden relacionarse con alguna prioridad estratégica.

En el capítulo 7 del documento de cooperación país de OPS se presentan los indicadores a utilizar en cada área de interés con sus correspondientes líneas de base para monitorear y evaluar el avance y el resultado alcanzado. Los indicadores no son los mismos que los que se han de utilizar para evaluar el logro de las metas definidas en los OSN 2030 aun cuando las aquí denominadas áreas de interés se solapen en gran medida con las áreas de intervención y los resultados esperados de los OSN 2030. Esto hace que en definitiva existan dos esquemas de medición de logros en áreas aparentemente comunes con distintos indicadores. Naturalmente surge la pregunta respecto a cuál ha de ser el modelo que efectivamente utilizará el MSP para hacer el seguimiento y la evaluación de los resultados esperados relacionados con los OSN.

En el documento de OPS se afirma lo siguiente: “Como se vio en el capítulo 1, los marcos mundiales y regionales de planificación estratégica están dados por el 13° PGT [Plan General de Trabajo] de OMS, la ASSA [Agenda de Salud Sostenible para las Américas] 2030 y el PE [Plan Estratégico] 2020-2025 de OPS. Estos marcos orientan los esfuerzos de los países para alcanzar los ODS [Objetivos de Desarrollo Sostenible], relacionados con la salud en nuestra región. La estrategia de cooperación se instala en estos marcos en consonancia con las prioridades nacionales definidas en los OSN [Objetivos Sanitarios Nacionales] 2030 y con el UNSDCF [Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible], herramienta que armoniza la cooperación técnica de todo el Sistema de Naciones Unidas en Uruguay” (página 45).

Más allá del planteo formal en cuanto la “consonancia” de la estrategia de apoyo de OPS con las prioridades de los OSN, no deja de llamar la atención las diferencias existentes entre los planteos formulados en ambos documentos (OSN 2030 y Estrategia de Cooperación País de OPS/OMS para el Uruguay) en la forma de medir determinados resultados y en la manera de presentar las prioridades estratégicas. Nuevamente es legítimo preguntarse cuál de ellos es la guía adoptada por la autoridad sanitaria.

4. Conclusiones

Existen algunas inconsistencias en la secuencia lógica entre objetivos estratégicos y áreas de intervención y entre éstas y las líneas de acción propuestas lo que ameritaría una revisión y ajuste de su formulación solo a estos efectos.

No parece conveniente la revisión quinquenal de los OSN asociada a los cambios de gobierno. La reformulación de los OSN debería ser el resultado de una evaluación rigurosa (tan expost como concurrente) del desarrollo de las líneas de acción y del logro de los objetivos estratégicos o como consecuencia de un cambio en las circunstancias sanitarias del país. Pero cierto es que para que esto sea posible se deben medir y publicar de manera continua los indicadores propuestos para conocer efectivamente la calidad del desempeño del sistema y esto no sucede.

Son pocas las áreas de intervención y las líneas de acción que involucran a los prestadores integrales del sistema aunque las que si lo hacen suponen en su enorme mayoría mayores costos y por tanto deberían reflejarse en el precio de las cápitas si efectivamente se pretende incentivar adecuadamente a las instituciones y favorecer el logro delos objetivos estratégicos planteados.

Por otra parte, si bien en la formalidad los OSN definidos por la autoridad sanitaria prevalecen sobre las líneas de cooperación país de OPS, estas últimas parecen tener una incidencia muy marcada en la agenda del regulador al punto de constituirse en las verdaderas prioridades sanitarias.

Por último, los problemas principales del sistema señalados por los distintos actores sectoriales y desde diferentes ámbitos, solo coinciden parcialmente con los problemas considerados prioritarios a la hora de definir los OSN. En el primer caso el foco está puesto en la organización y el funcionamiento de los servicios y en la regulación y el financiamiento del sistema de atención, mientras que la determinación de los OSN responde a un modelo sanitarista con una perspectiva de salud pública. Falta un espacio de confluencia entre ambas perspectivas y para que ello suceda es necesaria una política de evaluación del desempeño del sistema que incluya la calidad de la atención y los resultados alcanzados en términos de salud sustentada en sistemas de información potentes y transparentes.

ANEXO

Objetivo estratégico 1 – Fomentar estilos de vida y entornos saludables y reducir los factores de riesgo

Resultado esperado 1: Aumentar el nivel de actividad física y disminuir el comportamiento sedentario en la población uruguaya	
Meta: Reducir 15% la prevalencia de inactividad física en la población general	Línea de base: Prevalencia de inactividad física en personas de 25 a 64 años, 22,8% (ENFRENT, 2013)
Áreas de Intervención	
Promover la actividad física y disminuir el comportamiento sedentario	
Líneas de acción	
1 - Elaborar y actualizar guías y protocolos 2 - Favorecer la actividad física y reducir el comportamiento sedentario en entornos educativos 3 - Favorecer la actividad física y reducir el comportamiento sedentario en entornos comunitarios 4 - Favorecer la actividad física y reducir el comportamiento sedentario en entornos laborales 5 - Desarrollar campañas de comunicación para la promoción de la actividad física. 6 - Fomentar en conjunto con los gobiernos departamentales la promoción del transporte activo.	

La meta asociada al resultado esperado 1 refiere a la reducción de la prevalencia de la inactividad física en la población general pero la línea de base que se supone es el valor en el punto de partida del indicador a utilizar para medir el alcance de la meta refiere a la prevalencia de la actividad física de un grupo acotado de personas, las comprendidas entre los 25 a 64 años. Esta incongruencia pone en tela de juicio o bien la validez del indicador seleccionado o bien la meta propuesta.

Resultado esperado 2: Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva y la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) al mes de vida. (la meta y el resultado esperado se incluyeron en el resultado esperado 6 –Mejorar las prácticas de alimentación)	
Meta: Aumentar la prevalencia de LME al mes de vida al 85%	Línea de base: 64,9% al mes de vida

En el caso del resultado esperado 2 (“Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva y la prevalencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida”), la meta propuesta se incluye como una de las metas del resultado esperado 6 referido a la mejora de las prácticas de alimentación. No se entiende porque entonces se lo enuncia como un resultado específico si en la grilla se lo considera un componente de otro resultado. Además, no hay áreas de intervención ni líneas de acción propuestas para alcanzar el aumento de la lactancia exclusiva al mes de vida.

Resultado esperado 3: Reducir la prevalencia de anemia.	
Meta: Disminuir la anemia moderada a 5% en niños de 6 a 24 meses	Línea de base: 27,01% (IC 95%: 20,5-33,5) (MSP – RUANDI – UNICEF, 2020). 18,7% anemia leve. 8,1% anemia moderada

Igual consideración cabe hacer con el resultado esperado relacionado con la reducción de la prevalencia de anemia que por otra parte se acota en la meta propuesta a los niños de 6 a 24 meses por lo que o bien el enunciado del resultado debería haber sido consistente con el enunciado de la meta o viceversa. No hay área de intervención ni líneas de acción propuestas en este sentido.

Resultado esperado 4: Reducir la prevalencia del retraso de crecimiento.	
Meta: Disminuir el retraso de crecimiento a 2,3 % en niños de 0 a 5 años	Línea de base: 7,3% (MIDES, MSP, INAU, ANEP, MEC, INE, Primeros resultados de la encuesta de nutrición, desarrollo infantil y salud cohorte 2018) y 11,7% ENLM 2020 6 a 24 meses

Lo mismo cabe decir del resultado 4 ("reducción de la prevalencia del retraso del crecimiento") más allá de la formulación de la meta a alcanzar y de la línea de base de la que se parte.

Dado lo expresado respecto a los resultados esperados 2, 3 y 4, puede suponerse que para los autores las áreas de intervención relacionadas con el resultado esperado 6 ("mejora de las prácticas de alimentación") impactan de alguna manera en estos y por ello no se expresan líneas de acción específicas para ellos. No obstante, esto no debería ser objeto de interpretación sino que debería estar consignado claramente.

Resultado esperado 5: Evitar un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.	
Meta: Detener el aumento del sobrepeso y la obesidad en todas las etapas del curso de la vida	Línea de base: múltiples valores según grupos de edad con base en diversas fuentes de datos, la mayoría de ellas encuestas
Áreas de Intervención	
Prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar campañas de comunicación sobre alimentación saludable 2 - Desarrollar, difundir e implementar protocolos sobre el manejo del paciente con sobrepeso u obesidad en el curso de vida, en el marco del SNIS. 3 - Capacitar al personal de salud en los protocolos sobre el manejo del paciente con sobrepeso u obesidad en el curso de vida 4 - Desarrollar una propuesta para la creación de unidades especializadas interdisciplinarias para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en el curso de vida, en el marco del SNIS. 5 - Explorar y proponer el establecimiento de medidas fiscales para aumentar el consumo de alimentos saludables y reducción del consumo de productos alimenticios no saludables 6 - Desarrollar acciones educativas y en la salud para reducir la obesidad sarcopénica en personas mayores de 65 años	

El resultado esperado 5 tiene un enunciado prácticamente igual al de la meta que se le asocia y refiere a evitar el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en el curso de vida. Esto supone el uso de 7 indicadores que se expresan en la línea de base: riesgo de sobre peso y sobrepeso en menores de 5 años; porcentaje de personas con sobrepeso y con obesidad en menores de 5 años, en escolares y en adolescentes 13 a 17 años y porcentaje de sobrepeso en adultos de 25 a 64 años. Estos indicadores tienen obviamente diferentes valores según los grupos de edad considerados y surgen de diversas y distintas fuentes de datos que corresponden a encuestas algunas de ellas de ejecución a cargo del MSP y otras de otros organismos.

Por su parte, de las 6 líneas de acción propuestas, hay tres que involucran a los prestadores: definición y aplicación de protocolos para el manejo del paciente con sobrepeso y obesidad; capacitación del personal en la aplicación de esos protocolos y lo que es más importante, creación de unidades especializadas interdisciplinarias para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. En este sentido el documento no hace mención alguna al PIAS y su eventual modificación para la inclusión de servicios de este tipo ni a la necesidad de estudiar previamente el impacto presupuestal de la puesta en marcha de estas unidades y del costo adicional que pueden suponer para las instituciones.

<table>
<tr><td colspan="7">Resultado esperado 6: Mejorar las prácticas de alimentación de la población uruguaya.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Metas:
Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses al 65%.
Disminuir el consumo de sodio en 40%
Disminuir el consumo aparente de azúcares libres a 10% del VCT
Disminuir 10% el aporte de calorías a partir del consumo aparente de productos ultraprocesados
Disminuir el consumo aparente de bebidas azucaradas en un 20% de la línea de base
Aumentar % de población que consume la recomendación diaria de frutas y verduras en 10%
Duplicar el consumo aparente actual de pescado
Duplicar el consumo aparente actual de legumbres
Eliminar uso de materias primas con grasas trans de origen industrial en producción de alimentos</td><td colspan="4">Líneas de base:
57,4% LME en menores de 6 meses. ENLM. 2019
8,3 g de sal / 3.337,5 mg sodio - ENGHI 2016- 17
Pob. Gral. (en elaboración); Escolares 18% (Eval.PAE, 2019); < 5 años 14,8% (ENDIS 2018)
25,8% adultos (ENGIH); 30% escolares (PAE); 32% en niños de 6 meses a 4 años (ENDIS)
330 ml/día en escolares (Evaluación PAE, 2019); 177 ml/día en adultos (ENGIH 2016)
Adultos 9,1% (ENFRENT, 2013)
7,3 gramos por día (ENGIH 2016)
3,3 gramos por día (ENGIH 2016)
2% del total de grasas en productos envasados en ausencia del cliente (Decreto 114/018)</td></tr>
<tr><td colspan="7">Áreas de Intervención</td></tr>
<tr><td>Promover una nutrición adecuada en el embarazo y en la primera infancia</td><td>Impulsar regulación normativa de la publicidad y comercialización de alimentos dirigidos a niños.</td><td>Mejorar los entornos en centros educativos en relación con alimentación saludable y la actividad física</td><td>Integrar los lineamientos de la guía alimentaria para la población uruguaya en políticas públicas</td><td>Instrumentar el etiquetado frontal de alimentos envasados con exceso de sodio, azúcar y grasas</td><td>Impulsar la eliminación de grasas trans</td><td>Impulsar estrategias de reducción progresiva de azúcares y sodio en los alimentos</td></tr>
<tr><td colspan="7">Líneas de acción</td></tr>
<tr><td>1 - Desarrollar plan de acreditación y reacreditación en buenas prácticas de alimentación en maternidades y consultorios de los servicios de salud
2 - Continuar curso de capacitación virtual para equipos salud de maternidades, consultorios y otras instituciones vinculadas con la lactancia materna
3 - Continuar con el registro nacional de salas de lactancia en lugares de trabajo (MSP y supervisión en MTSS)</td><td>1 - Diseñar e implementar estrategias en el MSP para la aplicación del “Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna” en los registros, etiquetado nutricional y demás aspectos, en todos los productos abarcados por el código.</td><td>1 - Generar espacios de trabajo para fortalecer los equipos de gestión de centros educativos en el desarrollo de directivas y herramientas que faciliten el efectivo cumplimiento y monitoreo de la Ley 19.140
2 - Continuar implementación de estrategia "Prevención del sobrepeso y la obesidad en infancia y adolescencia: prácticas de alimentación saludable y actividad física en entornos educativos".</td><td>1 - Evaluar conocimientos y prácticas de la población respecto a los mensajes de la guía alimentaria para la población uruguaya.
2 - Elaborar campañas de promoción que apoyen la difusión de la guía alimentaria para la población uruguaya, con inclusión de los medios de comunicación masiva.</td><td>1 - Continuar la instrumentación de procesos de registro, control y fiscalización del etiquetado frontal
2 - Desarrollar un sistema para monitorear la composición nutricional de alimentos envasados
3 - Promover la evaluación de la influencia relativa del etiquetado frontal en la percepción de saludable y la intención de compra de productos con exceso de sodio, azúcar y grasas</td><td>1 - Desarrollar programa de capacitación para elaboradores de comidas artesanales y panaderías para sustitución de grasas trans por otras de mejor calidad
2 - Desarrollar y aplicar directrices para fiscalización de normativa sobre reducción progresiva de grasas trans.</td><td>1 - Desarrollar lineamientos para la reducción de sodio y azúcar en alimentos de elaboración industrial y artesanal.
2 - Fomentar la innovación y la investigación para reformular productos en contenido de sodio y azúcar.</td></tr>
</table>

4 - Implementar guías de prevención del déficit de hierro; proponer la inclusión del hierro polimaltosado en el FTM 5 – Coordinación interinstitucional de programas de asistencia y educación alimentaria a población vulnerable (educación, alimentación, vivienda, medio ambiente, entre otros). 6 - Desarrollar e implementar un protocolo de atención y consejería nutricional para la mujer embarazada y en lactancia 7 – Coordinación interinstitucional para desarrollar propuestas de protección y promoción de la maternidad, en particular lo relacionado con las licencias y el apoyo a las familias	2 - Impulsar el desarrollo de una normativa que permita regular la publicidad de alimentos dirigidos a niños y adolescentes en todas sus formas.	3 - Desarrollar un programa de formación que incluya curso virtual auto administrado para la comunidad educativa que permita acompañar el proceso de implementación de la estrategia "Prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia: prácticas de alimentación saludable y actividad física en entornos educativos" 4 - Elaborar propuesta de artículo aditivo a la Ley 19.140 que restrinja la venta de alimentos con rotulado frontal en centros educativos	3 - Continuar capacitación en la guía alimentaria (actores de la salud, sociales, educación, fuerzas armadas). 4 - Elaborar lineamientos normativos para los planes y programas de alimentación y nutrición en instituciones del Estado que brindan alimentación colectiva de acuerdo con los lineamientos de la guía alimentaria. 5 - Estimular el desarrollo de estrategias de alimentación saludable en centros de trabajo públicos y privados que tienen modalidad de alimentación colectiva.	4 - Desarrollar estrategias de comunicación para incorporar la información del etiquetado frontal como un factor al momento de seleccionar los alimentos. 5 - Fomentar la reformulación de productos para bajar su contenido de sodio, azúcares y grasas 6 - Desarrollar una propuesta normativa para utilizar el etiquetado frontal como referencia en las compras públicas y donaciones de alimentos 7 - Continuar con la fiscalización del rotulado frontal 8 - Desarrollar una propuesta de decreto para disminuir los límites de nutrientes críticos del rotulado frontal y promover su aprobación	3 - Desarrollar una propuesta de normativa para eliminar el uso de grasas trans de origen industrial en los alimentos y promover su aprobación	3 - Desarrollar actividades de sensibilización, asesoría y capacitación con el área gastronómica y en la industria alimentaria. 4 - Desarrollar una propuesta normativa para aplicar medidas fiscales para reducir el consumo de bebidas azucaradas 5 - Adaptar y aplicar los lineamientos de la iniciativa SHAKE de OMS para reducir el consumo de sodio

Con relación al resultado esperado 6 lo primero que llama la atención es la cantidad de metas a alcanzar, nueve en total. Por otra parte, la primera meta se formula como “aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses al 65%”. Esto si bien obviamente tiene relación con las prácticas alimentarias no es consistente con el resultado esperado 2 que es el que hace mención explícitamente a la lactancia materna. El problema es que mientras la meta del resultado 6 refiere a menores de seis meses, la del resultado 2 lo hace con relación a los recién nacidos con el agravante que en este caso no hay como ya se dijo, ninguna línea de acción.

El otro elemento a considerar es que los datos de las líneas de base de las nueve metas son de fuentes muy diversas y en muchos casos surgen de encuestas algunas de ellas publicadas en 2018 o en años anteriores. Esto implica un problema porque a efectos de medir el logro de las metas propuestas se debe mantener el mismo método de medición del indicador, esto es, se deben realizar las mismas encuestas con igual metodología en años posteriores a 2022 (año de la planificación de los OSN) y de manera periódica hasta el año 2030 para poder evaluar de forma concurrente el proceso de alcance de las metas.

Las metas propuestas en su enorme mayoría (ocho de nueve) refieren a hábitos de consumo y a normas de elaboración de alimentos ("disminuir el consumo de sodio y de azúcares libres; disminuir el aporte de calorías a partir del consumo aparente de productos ultraprocesados y el de bebidas azucaradas; aumentar el porcentaje de población que consume la recomendación diaria aparente de frutas y verduras; duplicar el consumo aparente actual de pescado y de legumbres y eliminar el uso de materias primas que contengan grasas trans de origen industrial en la producción de alimentos"). En consecuencia seis de las siete áreas de intervención implican líneas de acción de salud colectiva enmarcadas en el concepto de salud pública y requieren de la participación de actores extrasectoriales. Poco pueden aportar los prestadores del sistema en estos casos más allá de las recomendaciones que puedan hacerse en el ámbito de la consulta médica.

Solo existen tres líneas de acción relacionadas todas ellas con el área de intervención que apunta a "promover una nutrición adecuada en el embarazo y en la primera infancia", que involucran a los prestadores. Estas son: "desarrollar un plan de acreditación y reacreditación en buenas prácticas de alimentación en maternidades y consultorios de los servicios de salud; continuar con los cursos de capacitación virtual para equipos de salud de maternidades, consultorios y otras instituciones vinculadas con la lactancia materna e implementar las guías de prevención de la deficiencia de hierro y proponer la inclusión del hierro polimaltosado en el FTM". Llama la atención el enunciado de esta última. Si el responsable de los OSN es el MSP ¿Por qué se limita a proponer y no establece que se incorporará el hierro polimaltosado al FTM? ¿A qué organismo se le hará la propuesta y de quién depende la decisión de su inclusión? De prosperar la propuesta no se prevé en el documento como se habrá de financiar la provisión en caso que lo tenga que hacer el prestador integral.

Resultado esperado 7: Reducir el consumo nocivo de alcohol.	
Meta: Reducir 20% el consumo de alcohol per cápita (CAP)	Línea de base: Consumo de alcohol puro per cápita (CAP, 2010): 9,2 litros de alcohol puro por persona mayor de 15 años (Fuente: Informe mundial sobre el alcohol y la salud 2018, OMS).
Áreas de Intervención	
Reducir el consumo nocivo de alcohol	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar propuestas de restricciones sobre disponibilidad comercial y pública del alcohol 2 - Fortalecer las medidas para evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol 3 - Facilitar el acceso al tamizaje y a las intervenciones breves en el primer nivel de atención, así como al tratamiento de personas con trastorno por consumo de alcohol 4 - Promover la capacitación del personal de salud con énfasis en el primer nivel de atención, sobre las intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol 5 - Fortalecer las medidas de prohibición o restricción con respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol 6 - Desarrollar una propuesta para reducir el consumo de alcohol a través de políticas de impuestos y precios 7 - Desarrollar campañas de concientización sobre el consumo de alcohol, en particular para la población adolescente	

Para el resultado esperado 7 ("Reducir el consumo nocivo de alcohol") se establece una meta relativa al consumo de alcohol en general es decir, no específicamente relacionado con su carácter deletéreo. Sin embargo, el enunciado del área de intervención retoma la redacción del resultado esperado. Si el criterio es que todo consumo de alcohol es nocivo, entonces deberían ser coherentes todos los enunciados (resultado esperado, meta y área de intervención).

La línea de base del indicador a utilizar para medir el alcance de la meta corresponde a un dato obtenido de un informe de la OMS del año 2018 (consumo de alcohol per cápita). No se establece cómo se va a medir en adelante este indicador o si quedará sujeto a que la OMS reitere su estudio. Las líneas de acción 3 y 4 pueden tener cierto correlato en la actividad de los prestadores pero no se hace referencia a las formas en que se pretende llevar adelante las mismas ("facilitar el acceso al tamizaje y a las intervenciones breves en el primer nivel de atención, así como al tratamiento de personas con trastorno por consumo de alcohol" y "promover la capacitación del personal de salud con énfasis en el primer nivel de atención, sobre las intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol").

Resultado esperado 8: Reducir riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente y adulta.	
Metas: Reducir en un 15 % el consumo de cannabis en adolescentes Reducir en un 15% el riesgo de consumo problemático de cannabis en adolescentes	Líneas de base: 19,7%. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses 2,3% Prevalencia de riesgo de consumo problemático de cannabis Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (JND, 2018).
Áreas de Intervención	
Reducir el consumo de cannabis	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación sobre los riesgos del uso de cannabis especialmente dirigidas a la población adolescente, en coordinación con otros actores gubernamentales. 2 - Considerar la pertinencia de incluir en el PIAS las intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de los usos problemáticos de cannabis 3 - Desarrollar una propuesta para regular las advertencias sanitarias en los productos de cannabis recreativo. 4 - Desarrollar materiales de divulgación para el personal de salud y la población general sobre los riesgos asociados al consumo de cannabis	

El resultado esperado 8 refiere a la reducción de los riesgos y daños asociados al uso del cannabis en la población adolescente y adulta pero las metas propuestas solo mencionan a los adolescentes tanto en la reducción del consumo como en la reducción del consumo problemático y no se hace mención a los riesgos. Vale decir que existe una inconsistencia entre el resultado y la meta. Además, los datos de la línea de base corresponden a 2018, cuatro años antes del año de la planificación lo que pone en tela de juicio su validez.

La línea de acción 2 propone una innovación en el PIAS en el sentido de que los prestadores se hagan cargo de los problemas sociosanitarios del consumo problemático de cannabis lo que supone atribuir a los prestadores de salud una responsabilidad excesiva con relación a esta problemática que responde a factores que van más allá de los aspectos médicos. No obstante, al igual que en el caso visto anteriormente referido al hierro polimaltosado y su inclusión en el FTM, también en este punto el planteo formal es "considerar la pertinencia de incluir en el PIAS las intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de los usos problemáticos de cannabis". Vale decir que en sentido estricto alcanza con que se celebre una reunión en el ámbito que sea con ese fin (considerar la pertinencia) para haber llevado adelante la línea de acción propuesta.

Resultado esperado 9: Reducir el porcentaje de consumidores actuales de tabaco y la exposición al humo de tabaco de segunda mano.			
Metas: Disminuir al menos 40% los consumidores actuales de tabaco en población de 15 años y más Disminuir al menos 50% exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo en población > 14 años Disminuir al menos un 40% la exposición al humo de tabaco en el hogar en población de 15 años y más		Líneas de base: 25,0% (GATS, 2009) 16,5% (GATS, 2009) 29,2% (GATS, 2009)	
Áreas de Intervención			
Continuar y profundizar la aplicación del Convenio Marco de la OMS	Continuar con la implementación de la Estrategia Nacional para Promover la Cesación de Consumo de Tabaco.	Eliminar el comercio ilícito de los productos del tabaco	Controlar, monitorear y evaluar las políticas para el control del consumo de tabaco
Líneas de acción			
1 - Poner en funcionamiento un mecanismo de coordinación multisectorial integrado por distintos organismos públicos y privados, sociedades científicas y ONG vinculados al control del tabaquismo en Uruguay 2 - Aplicar el Art 5.3 del CMCT-OMS para evitar la interferencia de la industria tabacalera con las políticas de control de tabaco 3 - Analizar una estrategia nacional de impuestos al tabaco, en concordancia con las directrices del art. 6 del CMCT-OMS. 4 - Implementar espacios abiertos 100 % libres de humo de tabaco y sensibilizar a la población sobre la importancia de espacios cerrados privados 100 % libres de humo de tabaco. 5 - Desarrollar una propuesta normativa dirigida a avanzar en la regulación de los elementos que aumentan la atractividad de los productos de tabaco (Art. 9). 6 - Desarrollar propuesta para el empaquetado neutro en todos los productos de tabaco	1 - Promover la intervención mínima (IM) en el primer nivel de atención 2 - Aumentar el acceso a tratamiento especializado para cesación tabáquica en todos los prestadores de salud. 3 - Proporcionar herramientas de apoyo para la cesación del consumo de tabaco usando TIC (por ej. quit-Line, chat bot). 4 - Establecer una coordinación efectiva con los prestadores de salud orientada a la formación del equipo de salud y evaluación de impacto (JUNASA-ASSE).	1 - Crear un sistema de seguimiento y localización de todos los productos de tabaco que se fabriquen o importen (Art. 8 del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco). 2 - Desarrollar un sistema para el mantenimiento de registros que permita el inventario completo de los materiales utilizados en la producción de productos de tabaco. 3 - Crear un sistema eficaz de concesión de licencias en toda la cadena de suministro de productos de tabaco (Art. 6 del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco). 4 - Desarrollar y aplicar directrices para la fiscalización de ventas por Internet u otras formas vinculadas a las nuevas tecnologías (Art. 11). 5 - Desarrollar una propuesta normativa para la reglamentación del comercio de productos de tabaco en zonas francas y para el tránsito internacional (Art.12). 6 - Desarrollar un análisis de la normativa vigente sobre comercio ilícito de productos de tabaco y, de considerarlo pertinente, proponer modificaciones legislativas consistentes con el protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. 7 - Fomentar el desarrollo de estudios sobre comercio ilícito de productos de tabaco en Uruguay.	1 - Impulsar y articular las siguientes encuestas poblacionales: • Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). • Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (15 a 64 años). • Encuesta mundial de salud en estudiantes (13 a 15 años, liceos públicos y privados. • Encuesta de gastos e ingresos de los hogares. • Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS). • Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS).

Con relación a la reducción del porcentaje de consumidores actuales de tabaco y la exposición al humo de tabaco de segunda mano (resultado esperado 9), se proponen cuatro áreas de intervención, dos de las cuales refieren a cuestiones básicamente normativas. Otra apunta a “controlar, monitorear y evaluar las políticas para el control del consumo de tabaco” pero su única línea de acción va mucho más allá de lo específicamente vinculado al tabaquismo e

implica impulsar y articular encuestas sobre factores de riesgo y enfermedades no trasmisibles, sobre nutrición y desarrollo infantil, sobre salud de estudiantes menores de 15, así como la encuesta continua de hogares y las encuestas mundiales de consumo de tabaco. La realización de estas últimas evidentemente no dependen de la voluntad del MSP y como es obvio la encuesta continua de hogares la realiza el INE y por ende tampoco depende del Ministerio.

Las metas propuestas buscan disminuir al menos un 40% los consumidores de tabaco, al menos un 50% la exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo y al menos un 40% la exposición al humo de tabaco en el hogar, todo en relación a la población mayor de 14 años. Los valores de los indicadores de las líneas de base asociadas a estas tres metas corresponden al año 2009. No parece adecuado utilizar datos de partida tan antiguos (trece años antes al año del proceso de planificación en 2022) sobre todo porque ya existían datos en 2017 de esta misma encuesta para Uruguay que indicaban que la población que consume tabaco mayor de 15 años era 21.6% en lugar de 25%, las personas expuestas al humo de tabaco en el lugar de trabajo de 15 años y más era 11.1% en lugar de 16.5% y las que estaban expuestas en el hogar eran 20% en lugar de 29.2%

Nuevamente la factibilidad de medir el cumplimiento de las metas está en función de la realización de una encuesta de alcance mundial (GATS) cuyo diseño metodológico y su ejecución no dependen de las autoridades nacionales.

El área de intervención enunciada como “continuar con la implementación de la Estrategia Nacional para Promover la Cesación de Consumo de Tabaco” comprende cuatro líneas de acción. De estas hay dos que involucran a los prestadores del sistema: “promover la intervención mínima en el primer nivel de atención” y “aumentar el acceso al tratamiento especializado para cesación tabáquica”. Habrá que ver mediante qué mecanismos concretos el MSP involucra a los prestadores para el desarrollo de estas acciones.

Resultado esperado 10: Disminuir la presencia del vector Aedes aegypti.	
Metas: Implementar la vigilancia de Aedes aegypti a través de ovitrampas en los 19 departamentos	Líneas de base: 10 departamentos (Área de Vigilancia en Salud de la Población, MSP)
Áreas de Intervención	
Implementar la vigilancia del Aedes aegypti a nivel nacional	
Líneas de acción	
Estimar el riesgo de circulación viral determinando la distribución, la abundancia y la fluctuación estacional del vector en las distintas localidades del país mediante la utilización de ovitrampas en todo el país Desarrollar campañas de comunicación para la eliminación de reservorios	

El último resultado esperado con relación al objetivo estratégico 1, está relacionado con la disminución de la presencia del vector Aedes Aegypti mediante la colocación de ovitrampas en todos los departamentos del país.

Objetivo estratégico 2 - Disminuir las cargas evitables de morbimortalidad y discapacidad a lo largo del curso de vida

Se trata del objetivo estratégico que por los resultados y líneas de acción que comporta involucra más a los prestadores del sistema.

Resultado esperado 1: Reducir la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad de las ENT prevalentes (cáncer, cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedad renal crónica).					
Meta: Reducir en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles			Línea de base: 15,49 % Riesgo de mortalidad prematura del año 2015		
Áreas de Intervención					
Prevenir y controlar el cáncer	Prevenir y controlar HTA, diabetes, dislipemias y EPOC	Prevenir y controlar el ACV e infarto agudo de miocardio	Universalizar el programa de salud renal	Promover la salud bucal	Promover la salud ocular
Líneas de acción					
1 - Desarrollar acciones de prevención primaria del cáncer. Especial atención en cáncer de cuello uterino, los cánceres tabaco dependientes, cáncer de piel y cáncer de colo-rectal. 2 - Desarrollar acciones de prevención 2aria del cáncer. Detección oportuna y seguimiento para el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, mama y colo-recto. Mejora del registro y envío de información de las acciones realizadas. 3 - Seguir trabajando en herramientas digitales para mejorar la información que se puede obtener de la historia clínica electrónica nacional (HCEN) 4 - Impulsar y desarrollar proyectos de investigación sobre cáncer que permitan desarrollar políticas de salud con especial hincapié en tumores prevenibles y con claros factores de riesgo.	1 - Desarrollar herramientas para la detección precoz 2 - Elaborar o actualizar protocolos o guías de práctica clínica. 3 - Desarrollar herramientas para la prevención y tratamiento de las complicaciones. 4 - Revisar el marco normativo relacionado con las prestaciones 5 - Desarrollar la HCEN para monitoreo del seguimiento del paciente hipertenso o diabético. 6 - Desarrollar pautas para favorecer la adherencia al tratamiento en personas con obesidad, diabetes o hipertensión.	1 - Desarrollar campañas de comunicación poblacional para consulta precoz. 2 - Mejorar el acceso a fibrinolíticos para la atención del ACV 3 - Facilitar el acceso al fibrinolítico en IAM con ST elevado (IAMST). 4 - Presentar una propuesta de cobertura de trombectomía mecánica para el tratamiento del ACV. 5 - Desarrollar e implementar las unidades ACV.	1 - Realizar tamizaje en poblaciones de riesgo de acuerdo con normativa vigente. 2 - Promover el tamizaje de daño renal a la población adulta laboralmente activa y a deportistas 3 - Promover el diagnóstico precoz de nefropatía diabética. 4 - Promover la formación de los equipos de salud del primer nivel en reconocimiento precoz de la enfermedad renal crónica. 5 - Universalizar el programa de salud renal.	1 - Promover la salud bucal con un enfoque de curso de vida, en particular en grupos prioritarios (gestantes, niños, adolescentes y personas mayores) 2 - Desarrollar programas de actualización de conocimientos de los recursos humanos de odontología en el primer nivel de atención en diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades más prevalentes 3 - Actualizar las guías de orientación en salud bucal para los equipos de salud del primer nivel de atención. 4 - Desarrollar orientación para la atención en salud bucal de personas con TEA o discapacidades 5 - Generar interrelación institucional con prestadores públicos y privados y otros programas existentes para favorecer la atención en salud bucal de personas vulnerables.	1 - Diseñar y ejecutar campañas para promover y prevenir las principales causas de ceguera irreversible: glaucoma y retinopatía diabética. 2 - Desarrollar HCEN para la identificación de personas con retinopatía diabética.

El primer resultado esperado apunta a la reducción de la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad de las enfermedades no trasmisibles (ENT) prevalentes pero la meta asociada a este resultado refiere solo a la reducción de la mortalidad prematura y nada dice respecto a la

morbilidad. Consecuentemente, el indicador para evaluar el alcance de la meta es el riesgo de muerte prematura. Con respecto a este debe decirse que no es un indicador que se mida de forma sistemática y continua lo cual dificulta el seguimiento de su evolución y por ende del grado de alcance de la meta.

Por otra parte, si la meta es "reducir en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles" no se entiende porque se incluyen dos áreas de intervención relativas a la promoción de la salud bucal y de la salud ocular.

Respecto al área de intervención 1 referida a la prevención y el control del cáncer, se definen dos líneas de acción: por un lado la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, los cánceres tabaco dependientes, el cáncer de piel y el cáncer de colo-rectal y por otro la prevención secundaria de los cánceres de cuello uterino, de mama y colo-rectal.

Un aspecto a considerar es la inclusión de "los cánceres tabaco dependientes". En el documento "Consumo de tabaco y cáncer"[3] de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLC) se señala que "el consumo de tabaco y nicotina es un factor de riesgo relevante en muchos tipos de cáncer, a saber, los cánceres de pulmón, labio, boca, faringe, laringe, esófago, vejiga, riñón, hígado, estómago, páncreas, colorecto, cuello de útero y leucemia mieloide aguda." Desde esta perspectiva alcanzaría con desarrollar las líneas de acción ya enunciadas en el objetivo estratégico 1 en lo referente al tabaquismo sin sobreabundar en este punto con la inclusión de los llamados cánceres tabaco dependientes. De lo contrario deberían plantearse líneas de acción para la prevención o el diagnóstico oportuno de todos esos tipos de cáncer lo cual parece poco factible teniendo en cuenta que de lo que se trata es de determinar prioridades.

La prevención primaria o secundaria de los cánceres específicamente mencionados en el área de intervención 1 involucra lógicamente a los prestadores del sistema. En este sentido debe tenerse presente que el sistema de pago por cumplimiento de metas en su versión para los años 2024 y 2025, incluye en el componente referido a "Prevención, diagnóstico y tratamiento de las ENT", seis indicadores que refieren al tamizaje del cáncer colo rectal y al tamizaje y tratamiento oportuno del cáncer de cuello de útero y del cáncer de mama.

No se debe perder de vista que algunos de los indicadores utilizados para evaluar el cumplimiento de las metas de este sistema de pago, se vienen levantando desde años atrás porque estaban incluidos en versiones anteriores. Vale decir que dado el tiempo transcurrido se debería contar con información relativa al impacto de la aplicación de las normas de prevención secundaria de estos cánceres incentivada por el sistema de pago por metas. No obstante, el mantenimiento de la detección oportuna de estos cánceres como prioridad estratégica dentro del marco de los OSN 2030 hace pensar que el impacto no ha sido todavía cuantificado o no ha sido el esperado sin dejar de considerar lo dicho anteriormente en cuanto a que el impacto en términos de salud se hace ostensible en el largo plazo.

[3] Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?336,1924

Si bien el MSP no parece haber evaluado el impacto del sistema de pago por cumplimiento de metas en estos temas, la CHLC dispone de información referida a la evolución de la incidencia y la mortalidad de varios tipos de cáncer que podría hacer pensar que habría un cierto impacto positivo. Todo expresado en términos condicionales porque no existe ningún estudio que vincule las mejoras sobre todo en las tasas de mortalidad, que se muestran en los informes de la CHLC con el efecto del sistema de pago por metas. Sería importante que el MSP hiciera esta evaluación tanto si los resultados no son los esperados, para rectificar o ajustar las dimensiones incluidas en el pago por metas (pero esta vez sobre la base de evidencia empírica), como si los efectos fueron positivos para reforzar la línea de trabajo y retroalimentar a los prestadores con información que ponga de relieve la importancia del esfuerzo que realizan con el cumplimiento de las metas. Este sistema de pago no debe ser solo un incentivo económico.

La CHLC señala que el cáncer colo rectal "ha mantenido estable sus tasas de incidencia en el período 2002-2020 en hombres, en tanto que en mujeres se mantiene un descenso significativo desde 2013, de un 2.6% anual. Igualmente, las tasas de mortalidad estandarizas por edad (período 1990-2021), se han mantenido estables en hombres, mientras que en mujeres se observa un descenso leve pero significativo de un 0.71% anual a lo largo del período." Con relación al cáncer de mama la CHLC señala que "las tasas de incidencia estandarizada por edad por cáncer de mama permanecen estables en el período 2002-2020 mientras las tasas de mortalidad (estandarizadas por edad) muestran un descenso sostenido desde 1990, con un porcentaje anual de cambio estimado (PCAE) de -0.86." Y en relación al cáncer de cuello de útero se afirma que "las tasas de incidencia (estandarizadas por edad) del cáncer de cérvix cayeron sostenida y significativamente en el período 2002-2020 a razón de un 1.79% por año." Y que "las tasas de mortalidad también cayeron a razón de un 0.95% anual en el período 1998-2021. Los valores de estas tasas tienen importantes fluctuaciones en años recientes del período." [4]

En el área de intervención 2 vinculada a la prevención y el control de la hipertensión arterial, la diabetes, las dislipemias y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las líneas de acción que se proponen refieren sobre todo a la definición de guías de práctica, protocolos terapéuticos, herramientas de prevención de complicaciones y pautas de adhesión a los tratamientos para los pacientes. La línea de acción 4 de esta área de intervención ("revisar el marco normativo relacionado con las prestaciones"), queda sujeta a interpretación por la ambigüedad de su enunciado. ¿Implica acaso una modificación del PIAS? En ese caso ¿Qué es lo que se propone?

El área de intervención 3 que refiere a la prevención y control del accidente cerebro vascular (ACV) y del infarto agudo de miocardio (IAM) cuenta con cinco líneas de acción, cuatro de las cuales tienen implicancias para los prestadores. Estas son: mejorar el acceso a fibrinolíticos para la atención del ACV y del IAM ST; presentar una propuesta de cobertura de trombectomía mecánica para el tratamiento del ACV y desarrollar e implementar las unidades ACV. La efectiva puesta en marcha de estas acciones está claramente relacionada con modificaciones del PIAS que implican nuevas exigencias a los prestadores pero nada se dice respecto al financiamiento ni de la cobertura de la trombectomía mecánica ni de la instalación de unidades asistenciales especializadas en la atención del ACV. Tampoco se menciona dentro de las líneas de acción cuál será el proceso de trabajo con los prestadores para la incorporación de estas intervenciones y servicios al PIAS.

[4] Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/RESUMENES-ESTADISTICOS-para-los-canceres-mas-frecuentes--uc264

Con relación a estos temas, el sistema de pago por cumplimiento de metas solo incluye lo que se denomina “seguimiento de accidente cerebro vascular” que se supone apunta a la rehabilitación del paciente y no a la prevención o el tratamiento del ACV.

El área de intervención 4 relacionada con la universalización del programa de salud renal también cuenta con cinco líneas de acción, la última de las cuales es redundante por cuanto propone precisamente universalizar este programa. Las restantes cuatro acciones a desarrollar refieren a la promoción de estrategias de tamizaje orientadas a la detección oportuna de patología renal, particularmente de la que se asocia a la diabetes y la conformación de equipos de salud orientados a estas actividades en el primer nivel de atención. Con relación a esto último nada se dice respecto al perfil de los recursos humanos que deben integrar estos equipos lo cual es determinante para poder avanzar en su instalación. Nuevamente surge naturalmente la duda respecto a cómo se integran los prestadores privados en estas estrategias, qué incentivos prevé el regulador para que estos adhieran al programa y cuál será su financiamiento.

Resultado esperado 2: Disminuir la mortalidad y morbilidad infantil con énfasis en las causas vinculadas con la prematurez.				
Meta: Consolidar una tendencia decreciente de la mortalidad infantil		Línea de base: 6,18/1000 NV (MSP, 2021)		
Áreas de Intervención				
Planificar, captación precoz y control adecuado del embarazo	Impulsar un proceso de regionalización nacional perinatal con énfasis en la red de unidades de cuidados intensivos neonatales y adecuado traslado de la embarazada y los neonatos de riesgo.	Regular y auditar la asistencia inmediata, estabilización y traslado de recién nacidos de alto riesgo	Regular el funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos	Desarrollar pautas para el seguimiento del recién nacido prematuro promoviendo la continuidad asistencial internación/Primer nivel de atención.
Líneas de acción				
1 - Desarrollar campañas de educación sexual, de derechos sexuales y reproductivos, planificación responsable y deseada del embarazo. 2 - Impulsar la profilaxis con ácido fólico pregestacional por lo menos un mes y medio antes de la gestación para disminuir ocurrencia y recurrencia de defectos de tubo neural y eventualmente otras malformaciones congénitas.	1 - Aplicar el protocolo de traslado de la embarazada de riesgo. 2 - Auditar los traslados maternos y neonatales de riesgo y las condiciones, oportunidad y lugar del nacimiento del prematuro y su asistencia. 3 - Separar unidades de cuidados intensivos neonatales de las unidades de cuidados intensivos pediátricas	1 - Implementar un sistema nacional regionalizado de traslado de recién nacido de alto riesgo con énfasis en el prematuro, garantizando que el traslado sea realizado por personal especializado (del centro del lugar de nacimiento o de la unidad neonatal receptora).	1 - Actualizar la normativa de funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos y asegurar su cumplimiento 2 - Acreditar las unidades neonatales de cuidados críticos respecto a su área física, equipamiento y tecnología 3 - Capacitar sobre el correcto llenado del SIP neonatal de internación	1 - Implementar pautas nacionales específicas en grupos priorizados portadores de anomalías congénitas frecuentes como cardiopatía congénita, síndrome de Down, defectos de tubo neural e hipoacusia congénita. Estas pautas deben incluir diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

3 - Desarrollar campañas de comunicación sobre los factores de riesgo para congenituras o enfermedades neonatales como la ingesta de alcohol, drogas, medicaciones, dietas restrictivas 4 - Valorar la inclusión del asesoramiento genético en aquellas situaciones en las que exista el antecedente de abortos, mortinatos, consanguinidad de los padres o muertes inesperadas del lactante, incluida la edad materna	4 - Asegurar el acceso a las unidades de CIN con base en convenios de complementación de base territorial		4 -Reactivar el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras - RNDCER y promover su desarrollo dentro de la HCEN 5 - Capacitar al personal de salud de los prestadores sobre las anomalías congénitas y enfermedades raras. 6 - Fortalecer los vínculos con la sociedad civil para sensibilizar sobre las anomalías congénitas y enfermedades raras	

Para “disminuir la mortalidad y morbilidad infantil con énfasis en las causas vinculadas con la prematurez” (resultado esperado 2), la meta a alcanzar es “consolidar la tendencia decreciente de la mortalidad” pero no se hace mención alguna a la morbilidad.

Asimismo, se propone actuar en 5 áreas de intervención. La primera de ellas pone el foco en la planificación y el control adecuado del embarazo pero con énfasis, a juzgar por las líneas de acción propuestas, en la prevención y diagnóstico precoz de congenituras y malformaciones.

Otras tres áreas de intervención implican cambios organizacionales y acciones específicas a cargo de los prestadores. La primera apunta a “impulsar un proceso de regionalización nacional perinatal con énfasis en la red de unidades de cuidados intensivos neonatales y adecuado traslado de la embarazada y los neonatos de riesgo”, la segunda hace alusión a “regular y auditar la asistencia inmediata, la estabilización y el traslado de recién nacidos de alto riesgo” y la tercera a “regular el funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos”.

Lo primero que surge son algunas interrogantes respecto a la participación de un actor relevante en estos temas como lo es la JUNASA por su carácter de organismo regulador y auditor de los prestadores del SNIS. ¿Participó este organismo en la definición de estas áreas de intervención? ¿Se le dio participación a los prestadores que cuentan con unidades de traslado especializadas o con unidades de atención neonatal? Y algo que es de suma importancia ¿Cuál es el concepto de red que subyace a la formulación de las líneas de acción propuestas? Cuando se hace mención a la red de unidades de cuidados intensivos neonatales, ¿en qué tipo de gobernanza se está pensando para su gestión eficiente?

La cuarta área de intervención refiere al desarrollo de pautas para el seguimiento del recién nacido prematuro.

<table>
<tr><td colspan="3">Resultado esperado 3: Reducir la morbimortalidad por VIH/SIDA</td></tr>
<tr><td colspan="2">Metas:
Reducir un 30% la tasa de mortalidad por sida.
Aumentar al 95% la cobertura de TARV en personas con VIH</td><td>Línea de base:
4,38 cada 100.000 habitantes (MSP, 2020)
Cobertura TARV 71% (MSP,2020)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Áreas de Intervención</td></tr>
<tr><td>Mejorar el acceso al diagnóstico</td><td>Promover el acceso a atención de calidad a personas con VIH adoptando un modelo de atención de enfermedad crónica con características de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y libre de discriminación.</td><td>Seguir aplicando estrategias intersectoriales de promoción de salud y prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Líneas de acción</td></tr>
<tr><td>1 - Desarrollar campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS
2 - Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables. Plan de capacitación dirigido a directores técnicos de laboratorios privados y de instituciones prestadoras de servicios de salud en nuevos algoritmos diagnósticos.
3 - Coordinación con el laboratorio del Ministerio de Salud Pública.
4 - Implementar oferta de prueba diagnóstica en los sitios de consulta de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de otros programas estatales (JND).
5 - Ofrecer el control de salud integral que incluya oferta de tamizaje de sífilis y de VIH vinculado al acceso y renovación de planes y/o beneficios sociales.</td><td>1 - Facilitar el acceso a la atención. Generar el marco normativo desde la rectoría para la descentralización de la atención (elaboración de ordenanza que defina roles de los diferentes niveles de atención, criterios de referencia-contrarreferencia, directivas para la distribución descentralizada de ARV, antimicrobianos para profilaxis y para acceso a exámenes paraclínicos).
2 - Regular las tasas moderadoras para órdenes y tickets de medicamentos y de exámenes de control (población linfocitaria, carga viral) en el marco de la línea general de avanzar en la regulación de los copagos en las prestaciones clave para el cumplimiento de los OSN.
3 - Difundir las pautas de atención desde la rectoría para apoyo de los equipos de salud en territorio
4 - Generar mecanismos que faciliten la vinculación y retención en el proceso de atención integrando al contrato de gestión de las instituciones los requerimientos que se detallan en los siguientes numerales:
5 - Utilizar la HCEN como herramienta para la detección de personas diagnosticadas que no se vinculan a la atención o que interrumpen el retiro de fármacos ARV y generar mecanismos de alerta a las instituciones asegurando el respeto por la confidencialidad en el manejo de la información.
6 - Promover que las instituciones elaboren hojas de ruta para asegurar la captación de usuarios con diagnóstico de VIH para su seguimiento clínico.
7 - Facilitar el acceso al TARV. Diseñar e implementar estrategias para mejorar el acceso al TARV que aborden todos los obstáculos identificados.
8 - Fiscalizar el cumplimiento de las pautas nacionales de TARV para los planes de inicio establecidos como preferenciales</td><td>1 - Asegurar la capacitación de los equipos docentes de primaria y secundaria en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género con énfasis en prevención de ITS.
2 - Facilitar el acceso a preservativos y geles, desmedicalización del condón, expendedores en lugares públicos
3 - Desarrollar estrategias de comunicación con énfasis en jóvenes y poblaciones clave
4 - Utilizar TIC para apoyo de la adherencia al TARV (mensajes de texto, recordatorios, etcétera).
5 - Desarrollar una propuesta para incorporar el reporte de carga viral indetectable a la vigilancia del VIH</td></tr>
</table>

El resultado 3 cuenta con dos metas: una que apunta a disminuir la tasa de mortalidad por VIH y otra a aumentar la cobertura de tratamiento antiretroviral de las personas con VIH. Para ello se propone actuar en tres áreas: la mejora en el acceso al diagnóstico (básicamente con acciones intersectoriales y alguna relacionada con la revisión del algoritmo diagnóstico); la continuidad de la aplicación de estrategias intersectoriales para la promoción de salud y la prevención y reducción de la trasmisión del VIH; y la promoción de la atención crónica de las personas con VIH.

Esto último implica un conjunto de acciones que implican a los prestadores del sistema. Una de ellas refiere a la regulación de los copagos por exámenes y medicamentos para los pacientes con VIH que en realidad significa su reducción o lisa y llanamente su eliminación. Otra de ellas hace alusión a cuestiones organizacionales y de funcionamiento que se supone mejoran la atención de este colectivo y que deberían incorporarse al contrato de gestión de los prestadores con a JUNASA. En suma, más obligaciones y menos copagos para los prestadores es lo que se desprende de la propuesta.

<table>
<tr><td colspan="6">Resultado esperado 4: Eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH</td></tr>
<tr><td colspan="3">Metas:
Reducir tasa incidencia sífilis congénita (SC) < de 0,5/1000 nacimientos

Mantener la tasa de transmisión vertical (TV) de VIH en menos de 2%</td><td colspan="3">Línea de base:
SC: 2,3/1000 NV (Auditoría sífilis congénita área ITS – VIH Sida y Salud Sexual y Reproductiva, 2020)
TV VIH: 1,13%. (Área de ITS VIH/SIDA, MSP, 2021)</td></tr>
<tr><td colspan="6">Áreas de Intervención</td></tr>
<tr><td>Abordajes intersectoriales de promoción de salud sexual y salud reproductiva con énfasis en prevención de ITS</td><td>Mejorar el acceso al diagnóstico de sífilis y VIH de toda la población</td><td>Mejorar el acceso y la calidad del control del embarazo</td><td>Prevenir y tratar las ITS en la mujer, especialmente sífilis y VIH, durante el embarazo y la lactancia</td><td>Fortalecer la aplicación de la pauta diagnóstica y de tratamiento del MSP para prevenir transmisión vertical de VIH y sífilis connatal</td><td>Realizar el seguimiento luego del alta de los niños expuestos a sífilis y VIH</td></tr>
<tr><td colspan="6">Líneas de acción</td></tr>
<tr><td>1 - Desarrollar campañas de comunicación que promuevan la utilización de métodos de barrera para prevenir ITS
2 - Favorecer el acceso a condones en lugares de concentración de adolescentes, jóvenes y poblaciones vulnerables</td><td>1 - Realizar campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH.
2 - Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables</td><td>1 - Garantizar acceso al diagnóstico de embarazo en punto de atención; asegurar la disponibilidad de técnicas de detección de β-HCG para diagnóstico en el día
2 - Iniciar acciones de control de embarazo ante constatación clínica y paraclínica (test rápido realizado por institución o que trae la usuaria). Control del embarazo con test rápido de sífilis y VIH.
3 - Fortalecer redes con otros sectores que faciliten captación de mujeres embarazadas
4 - Fiscalizar el cumplimiento de la norma referida a acceso a consulta ginecológica en un plazo máximo de 48 horas
5 - Promover el acompañamiento de la mujer por su pareja en el control prenatal al menos una vez en el primer trimestre y una vez en el tercer trimestre (Decreto del Poder Ejecutivo N°25/14).</td><td>1 - Asegurar provisión de preservativos durante embarazo y lactancia con asesoría, involucrando a ginecólogos, parteras y pediatras
2 - Fiscalizar la disponibilidad de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis y VIH en el punto de atención (policlínica, emergencia).
3 - Monitorear (por auditoría) cumplimiento de pauta tratamiento de sífilis: a) tratamiento inmediato con prueba reactiva; b) al menos dos dosis; última en tiempo mayor a un mes del parto
4 - Monitorear a través de la auditoría el cumplimiento de la pauta de VIH durante el embarazo (comienzo con el resultado de la primera prueba reactiva sin necesidad de esperar la confirmación).
5 - Establecer mecanismos para asegurar captación y correcto seguimiento posterior al parto con énfasis en la continuidad del TARV. Diseño de planes de seguimiento por parte de la dirección técnica de las instituciones</td><td>1 - Promover la aplicación y dar difusión a la pauta de diagnóstico y tratamiento de VIH y sífilis connatal
2 - Analizar factibilidad de disponer de fórmulas lácteas y proveerlas gratis para sustituir lactancia en RN hijos de mujeres con VIH</td><td>1 - Fortalecer seguimiento del RN expuesto a VIH y sífilis connatal: Sistema de alarma en la HCEN; equipo de enlace entre hospital y extrahospital que interactúe con actores del primer nivel de atención ante la no concurrencia al control</td></tr>
</table>

Con relación a la eliminación de la trasmisión vertical del VIH y de la sífilis (resultado esperado 4) se establecen dos metas contradictorias ya que las mismas hablan de reducir la tasa de incidencia de la sífilis congénita y de mantener la tasa de trasmisión vertical del VIH. Es decir, se pretende la eliminación pero se apunta de manera más realista a una reducción.

Las áreas de intervención y las líneas de acción definidas para este resultado esperado que se asocia al objetivo estratégico 2 se consignan en relación con el tercer objetivo estratégico lo cual es por lo menos desprolijo. ¿Es un error formal del documento? ¿Nadie revisó la consistencia entre objetivos y áreas de intervención? ¿Es indiferente que las acciones planteadas contribuyan al logro de uno u otro objetivo?

Por otra parte, se observa que existen 6 áreas de intervención y 18 líneas de acción alguna de ellas relacionadas con los prestadores del sistema. Particularmente importa señalar "el uso de técnicas de detección de β-HCG para diagnóstico de embarazo en el día" y la "fiscalización del cumplimiento de la norma referida al acceso a la consulta ginecológica en un plazo máximo de 48 horas". En puridad esto último es un cometido habitual del MSP o de la JUNASA o debería serlo y no una línea de acción a implementar.

Resultado esperado 5: Disminuir la morbimortalidad vinculada con la violencia basada en género y generaciones.	
Meta: Ejecutar el plan de acción 2021 a 2030: por una vida libre de violencia de género, con una mirada generacional	Plan de acción en proceso de elaboración y aprobación
Áreas de Intervención	
Mejorar la capacidad de repuesta del SNIS frente a las situaciones de VBGG en todo el país.	Optimizar del uso de la información disponible en los instrumentos del SNIS para generar información complementaria a la actual
Líneas de acción	
1 - Difundir y dar acceso a los protocolos y mecanismos para la detección precoz y abordaje oportuno de situaciones de VBGG en el primer nivel de atención y en funcionarios de otros sectores. 2 - Generar herramientas para mejorar la autopercepción de los usuarios víctimas de violencia. Aplicar encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) del personal de salud hacia la VBGG. 3 - Profundizar en la interacción interinstitucional con los equipos de violencia y demás instituciones que abordan esta temática. 4 - Participar en la red nacional y redes departamentales de equipos de referencia en salud y VBGG, reperfilando a los equipos de referencia en VD hacia equipos de referencia en VBGG. 5 - Continuar trabajando con los equipos de violencia en sus fortalezas y debilidades para trasladar todos los lineamientos a territorio. 6 - Sensibilizar y capacitar a los equipos de salud y funcionarios de otros sectores sobre las tipologías de violencia hacia las personas mayores y en la gestión de estas situaciones	1 - Continuar el trabajo interinstitucional para el monitoreo de información de situaciones de violencia detectadas en mujeres, niños, adolescentes y personas mayores. 2 - Realizar análisis de causa básica de muerte mediante una búsqueda activa de violencia de género según criterios de inclusión vinculados con mayor riesgo, incluyendo revisión de HCEN y otros recursos interinstitucionales 3 - Actualizar y difundir guía sobre abordaje de violencia sobre personas mayores 4 - Proponer la integración a la práctica de la consulta en policlínica la pesquisa de violencia sobre personas mayores de 64 años 5 - Establecer como requisito que los grupos de referencia sobre violencia desarrollen al menos una actividad comprobable de capacitación por año hacia equipos de salud basada en violencia sobre personas mayores.

El resultado esperado 5 se enuncia como "disminuir la morbimortalidad vinculada con la violencia basada en género y generaciones" cuya meta es la ejecución de un plan de acción que al momento de la planificación en el año 2022 estaba aún en etapa de elaboración. Parece un poco ambicioso en exceso

pretender alcanzar este resultado desde el ámbito de acción del sistema sanitario cuando se trata de una problemática cuyas causas escapan a sus saberes y capacidades de intervención. Cierto es que el sistema de pago por cumplimiento de metas contiene un componente vinculado a esta temática prácticamente desde el inicio de su implementación pero su impacto es incierto porque no se ha evaluado en ningún momento sus efectos.

Resultado esperado 6: Reducir las muertes y lesiones por ahogamientos en niños de 1 a 15 años.	
Meta: Disminuir al menos un 50% la mortalidad por ahogamientos en niños de 1 a 15 años	Línea de base: 1,42 / 100.000 habitantes de 1-15 años (Estadísticas vitales MSP, 2019)
Áreas de Intervención	
Prevenir ahogamientos	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar acciones de comunicación para la prevención de ahogamientos. 2 - Desarrollar el plan nacional sobre la seguridad acuática. 3 - Desarrollar acciones de comunicación sobre los factores de riesgo de morbimortalidad en niños de 1 a 15 años 4 - Aplicar pautas nacionales para el manejo de los niños críticamente enfermos 5 - Regionalizar la atención de los niños críticamente enfermos. 6 - Proponer los mecanismos para que los traslados de niños críticamente enfermos sean realizados por personal capacitado y preferentemente por el equipo de la unidad receptora 7 - Auditar los traslados de los pacientes pediátricos críticamente enfermos 8 - Reactivar los comités regionales de auditoría de fallecidos de 0 a 15 años	

“Reducir las muertes y lesiones por ahogamientos en niños de 1 a 15 años” es el resultado esperado 5 para el que se propone como área de intervención “prevenir los ahogamientos” sin referencia a ningún grupo de edad. Pero además, de las ocho líneas de acción propuestas, cinco no se corresponden con el objetivo estratégico ya que no hacen mención alguna a los ahogamientos (“aplicar pautas nacionales para el manejo de los niños críticamente enfermos”; “regionalizar la atención de los niños críticamente enfermos”; “proponer los mecanismos para que los traslados de niños críticamente enfermos sean realizados por personal capacitado y preferentemente por el equipo de la unidad receptora”; “auditar los traslados de los pacientes pediátricos críticamente enfermos”; y “reactivar los comités regionales de auditoría de fallecidos de 0 a 15 años”).

Resultado esperado 7: Reducir las muertes y lesiones por siniestralidad vial.	
Meta: Disminuir al menos un 50% la mortalidad por siniestralidad vial en población general	Línea de base: 12,0 fallecidos / 100.000 habitantes (UNASEV, 2019)
Áreas de Intervención	
Reducir la siniestralidad vial	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar acciones de comunicación para la prevención de siniestros de tránsito en coordinación con otros actores. 2 - Coordinar con los organismos competentes para la efectiva fiscalización de la conducción bajo los efectos del alcohol y el uso de los sistemas de retención infantil y de cinturones de seguridad.	

Se espera “reducir las muertes y lesiones por siniestralidad vial” (resultado 7) con una meta concreta de bajar 50% la mortalidad por esta causa. Nuevamente se deja fuera de la meta un componente enunciado en el resultado esperado porque la meta no hace referencia a reducir las lesiones por esta

causa. Sería lógico que el resultado y la meta coincidieran en las dimensiones a considerar. Por otra parte, el área de intervención se formula como "reducir la siniestralidad vial" lo que además de ser de mayor alcance que el resultado esperado, implica de alguna manera una responsabilidad excesiva para el MSP y el sistema de salud porque se trata de cuestiones que dependen en gran medida del accionar de otros actores. De hecho la medición del indicador a utilizar para el seguimiento del alcance de la meta está cargo del sistema de información gestionado por la UNASEV y no por el MSP.

Resultado esperado 8: Reducir las caídas y fracturas en personas mayores	
Meta: Contar con actualización y difusión de la "Guía nacional para el abordaje integral de caídas en personas mayores. Prevención, diagnóstico y tratamiento"	En proceso
Áreas de Intervención	
Prevenir las caídas en personas mayores	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar directrices para la detección en la consulta médica de las personas mayores con alto riesgo de caídas. 2 - Desarrollar una propuesta para la creación de unidades de valoración geriátrica para la derivación de usuarios con alto riesgo de caídas y para la prevención de caídas y fracturas en los prestadores de salud a nivel nacional. 3 - Promover herramientas para obtener información epidemiológica sobre caídas y caídas con fracturas en personas mayores en el marco de la HCEN.	

El resultado esperado 8 refiere a la reducción de las caídas y fracturas en personas mayores, sin embargo, la meta a alcanzar es "contar con la actualización y difusión de la Guía nacional para el abordaje integral de caídas en personas mayores". Alcanza entonces, con actualizar y difundir la guía para cumplir con la meta pero obviamente esto no es suficiente para alcanzar el resultado. La guía es un instrumento y en todo caso cabría incorporarla en las líneas de acción pero si se pretende reducir las caídas la meta debe formularse como un indicador que mida la incidencia de este fenómeno.

Se plantean tres líneas de acción de las cuales, una al menos comporta la participación de los prestadores mediante la conformación de "unidades de valoración geriátrica para la derivación de usuarios con alto riesgo de caídas y para la prevención de caídas y fracturas". Esto supone como en casos vistos anteriormente, que los prestadores deban introducir nuevas formas organizacionales de la atención con recursos específicos que habría que valorar si ya están disponibles o si se deben incorporar. Todo cambio organizacional que obliga a la implantación de nuevos servicios implica costos adicionales.

Resultado esperado 9: Disminuir la incidencia de suicidio	
Meta: Implementar la Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio	Línea de base: 20,3 suicidios cada 100.000 habitantes (Estadísticas Vitales, MSP 2020)
Áreas de Intervención	
Promover acciones para la prevención, tratamiento y seguimiento de las personas con riesgo suicida	
Líneas de acción	

1 - Fortalecer el abordaje intersectorial a través de la consolidación de los Grupos Departamentales de Prevención del Suicidio 2 - Implementar acciones de promoción y prevención a referentes de sectores clave 3 - Analizar la factibilidad de ampliar el acceso a prestaciones de salud mental del SNIS y la cobertura de prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales del Decreto N° 305/011, incluyendo a los sobrevivientes entre otras poblaciones a priorizar 4 -Desarrollar e implementar protocolos a partir de recomendaciones internacionales sobre detección precoz del riesgo suicida, intervención y seguimiento. 5 - Brindar capacitación a profesionales del primer nivel de atención y emergencias en la detección precoz del riesgo suicida, intervención y seguimiento con base en protocolos estandarizados 6 -Elaborar e implementar guías de diagnóstico y tratamientos sobre el abordaje del riesgo suicida basados en la mejor evidencia científica disponible para asegurar la calidad de la atención con enfoque en el curso de vida. 7 - Implementar la evaluación del proceso asistencial mediante la auditoría de historias clínicas en los servicios de salud de personas que se suicidaron y/o con múltiples IAE. 8 - Desarrollar e implementar un sistema de pesquisa de la depresión en personas mayores 9 - Desarrollar y difundir una guía clínica para el abordaje integral de la depresión en las personas mayores 10 - Continuar con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental

La disminución de la incidencia del suicidio como resultado esperado 9, también adolece de problemas formales en su determinación. La meta refiere a la implementación de una estrategia nacional de prevención del suicidio en tanto la línea de base del indicador a partir del cual medir su alcance es la tasa de suicidios. Lo correcto es que la meta señale un valor a alcanzar en este indicador. Como en el caso anterior la definición de una estrategia es instrumental y en todo caso una línea de acción y no una meta. Si esto fuera así, alcanzaría con definir la estrategia para tener éxito.

De las diez líneas de acción propuesta importa señalar particularmente una de ellas. Esta es la que reza “analizar la factibilidad de ampliar el acceso a prestaciones de salud mental del SNIS y la cobertura de prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales del Decreto N° 305/011, incluyendo a los sobrevivientes entre otras poblaciones a priorizar”. Si bien está formulada en términos de análisis de su factibilidad en los hechos lo que se propone es ampliar el PIAS en este campo y nuevamente se lo hace sin una evaluación del efecto que tuvo la incorporación de las prestaciones a las que refiere el decreto mencionado. Lo que aparentemente subyace a esta propuesta es que en parte el incremento de la tasa de suicidios se debe a la insuficiencia de la cantidad y tipo de prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales incorporadas en esa oportunidad. Sin evidencia suficiente también podría razonarse en sentido inverso y plantear que su incorporación a las obligaciones asistenciales de los prestadores del SNIS no fue la herramienta adecuada para el abordaje de esta problemática ya que no produjo mejoras o al menos no pudo contener el incremento de suicidios.

Resultado esperado 10: Consolidar una tendencia decreciente en la tasas de incidencia de tuberculosis y de mortalidad por tuberculosis	
Meta: Alcanzar un promedio anual de descenso de la tasa de incidencia de TB de un 5%	Línea de base: Entre 2019 y 2020 la tasa se redujo en 2,6 (8,6 %) (CHLAyEP - 2021)
Áreas de Intervención	
Controlar la tuberculosis	
Líneas de acción	
1 - Disminuir la brecha diagnóstica entre la tasa notificada y la tasa estimada de tuberculosis a partir del aumento de la detección de casos. 2 - Incorporar estrategias innovadoras que favorezcan la adherencia al tratamiento preventivo de la tuberculosis en grupos de riesgo 3 - Completar el tratamiento preventivo en el 90 % de los contactos estudiados.	

En el resultado esperado 10 se incurre en el mismo error que en otros ya considerados. Se apunta a "consolidar una tendencia decreciente en la tasas de incidencia de tuberculosis y de mortalidad por tuberculosis", pero la meta a alcanzar solo refiere a la tasa de incidencia y no a la tasa de mortalidad. Si no se mide ésta no habrá de saberse si se alcanzó el resultado esperado.

Resultado esperado 11: Aumentar la cobertura vacunal en la población general	
Meta: Alcanzar un 95% de cobertura vacunal para todas las vacunas que componen el certificado esquema de vacunación (2 meses, 6 meses y 1 año)	Línea de base: 90% (Unidad de Inmunizaciones, MSP, 2019)
Áreas de Intervención	
Favorecer la recuperación de las coberturas de inmunizaciones	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar campañas de comunicación. 2 - Intensificar las campañas de vacunación ante situaciones epidemiológicas que lo ameriten y en situaciones estacionales como la vacunación antigripal. 3 - Identificar grupo de población en los que se observa baja cobertura. 4 - Coordinar con la CHLA-EP para la vacunación en grupos de baja cobertura en territorio.	

Por último el resultado esperado 11 es "aumentar la cobertura vacunal en la población general". En este punto los prestadores del sistema ya participan desde años atrás con el control de la vigencia del certificado de vacunación en el niño (incluso es un indicador incluido en el sistema de pago por metas) y la disposición de vacunatorios.

Objetivo estratégico 3 - Intervenir en forma oportuna sobre las etapas del curso de vida basándose en la estrategia de atención primaria en salud, fomentando el acceso al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema

Resultado esperado 1: Disminuir la incidencia de embarazo no intencional en la adolescencia velando por los derechos de las adolescentes, el cuidado de niñas, niños y sus padres, y el acompañamiento de las decisiones respecto de la maternidad		
Metas: Disminuir la TFE a 25 /1000 en mujeres de 15 a 19 años Disminuir a 16% la reiteración de embarazo en mujeres entre 15 a 19 a		Líneas de base: 31,6/1000 mujeres de 15 a 19 años (EV., MSP, 2019) 20,9 % (Estadísticas Vitales, MSP, 2020)
Áreas de Intervención		
Prevenir el embarazo no intencional en adolescentes y promover proyectos de vida	Captar de forma oportuna a las adolescentes que transitan un embarazo, brindar información necesaria para la toma y acompañamiento de la decisión	Acompañar la maternidad de las adolescentes que decidan continuar con su embarazo, promover la reinserción sociolaboral y educativa garantizando los derechos del niño y sus padres
Líneas de acción		

1 - Generar estrategias de comunicación a través de los medios que utilizan los adolescentes para brindar información focalizada en prevención del embarazo 2 - Generar estrategias de comunicación para informar a los adolescentes sobre las organizaciones de la sociedad civil que acompañan la maternidad en esta franja etaria y las experiencias de madres adolescentes 3 - Identificar y visibilizar oportunidades para la orientación de los proyectos de vida en la adolescencia 4 - Asegurar el acceso a la anticoncepción 5 - Generar material de información en salud sexual y reproductiva para adolescentes y sus familias 6 - Desarrollar una propuesta interinstitucional para integrar la educación en salud sexual y reproductiva a la educación no formal, incluyendo a las familias 7 - Integrar a profesionales de la salud y de la educación en la formación en salud sexual y reproductiva de jóvenes en el sistema educativo 8 - Favorecer el acceso de preservativos a través de la colocación de máquinas expendedoras en sitios que nucleen adolescentes	1 - Crear una plataforma virtual de acceso público para brindar información sobre derechos de adolescentes que cursan un embarazo. 2 - Generar estrategias de comunicación para informar a las adolescentes que transitan un embarazo sobre las organizaciones de la sociedad civil y sus propuestas. 3 - Mejorar acceso a la atención integral en salud, incluyendo la salud mental, para aquellas adolescentes que transitan un embarazo	1 - Promover acuerdos interinstitucionales para facilitar el acceso educativo/laboral 2 - Identificar y visibilizar oportunidades para la orientación de los proyectos de vida en la adolescencia 3 -Asegurar el acceso a la anticoncepción y seguimiento posevento obstétrico para prevenir la reiteración de embarazos no intencionales

La redacción dada al resultado esperado 1 que apunta a la “disminución del embarazo no intencional en la adolescencia”, pone el énfasis en “el cuidado de los derechos de los adolescentes, en el cuidado de niñas, niños y sus padres y en el acompañamiento en el proceso de decisión respecto a la maternidad como elementos centrales para su logro”. De esta manera parecería que las gestiones orientadas a actuar sobre estos aspectos son los elementos más relevantes para alcanzar el resultado propuesto.

Es así que las áreas de intervención 2 y 3 (“Captar de forma oportuna a las adolescentes que transitan un embarazo, brindar información necesaria para la toma y acompañamiento de la decisión “ y “Acompañar la maternidad de las adolescentes que decidan continuar con su embarazo, promover la reinserción sociolaboral y educativa garantizando los derechos del niño y sus padres”) parecen apuntar más a evitar la interrupción voluntaria del embarazo que a disminuir la incidencia del embarazo en este grupo de edad. Por tanto las metas propuestas (disminuir la tasa de fertilidad y la reiteración de embarazo en mujeres entre 15 a 19 años) tampoco son del todo consistente con estas dos áreas de intervención aunque sí lo son respecto a la primer área (“Prevenir el embarazo no intencional en adolescentes y promover proyectos de vida”). No se trata de hacer un juicio de valor respecto a las áreas 2 y 3 sino de señalar que la orientación de las acciones propuestas en relación a ellas no se ven reflejadas en las metas planteadas y tampoco de alguna manera son del todo consistentes con el resultado esperado.

Con relación a los prestadores del sistema, las líneas de acción propuestas para cualquiera de las tres áreas de intervención aplican de manera indirectamente sobre todo en cuestiones relacionadas con la adecuada disponibilidad de los servicios.

Resultado esperado 2: Reducir la prematurez a expensas del componente prevenible	
Meta: Implementar un sistema de auditoría del 100% de los nacimientos prematuros	Líneas de base: En proceso

El resultado esperado 2 ("Reducir la prematurez a expensas del componente prevenible") carece de áreas de intervención y de líneas de acción por lo que queda solo en una expresión de deseo. Esto condice además con la meta propuesta que refiere a "implementar un sistema de auditoría del 100% de los nacimientos prematuros". Esta meta y su correspondiente indicador, - que además no está expresado pero es de suponer que se trata del porcentaje de auditorías realizadas -, carece de validez como tal porque no mide el fenómeno (la prematurez) que se intenta cuantificar y disminuir. Si se pretende reducir la prematurez el indicador válido podría ser el porcentaje de nacimientos prematuros y la meta debería expresarse como la reducción de un porcentaje determinado del mencionado indicador. La meta propuesta no se corresponde con el resultado porque aun cuando se cumpla el hecho de realizar las auditorías no significa que la cantidad de nacimientos prematuros disminuyan. Las auditorías a lo sumo brindarán información referida a las causas y las circunstancias en las que tal evento se produjo.

Resultado esperado 3: Disminuir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años y atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario		
Meta: Aplicar la guía para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años	Líneas de base: En proceso	
Áreas de Intervención		
Identificar recién nacidos (RN) con factores de riesgo perinatales, psicosociales y neurosensoriales	Identificar niños de 0 a 5 años con alteraciones del desarrollo.	Abordaje de niños identificados con alteración del desarrollo y los RN con riesgo
Líneas de acción		
1 - Capacitar al personal en el uso de herramientas que permiten identificar variables que determinan riesgo utilizando el CNV, SIP y Carné de control del niño, en las unidades neonatales y consultorios de primer control.	1 - Aplicar la guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y niña menores de 5 años a los 4 meses, 18 meses y 4 años 2 - Capacitar al personal de salud en la identificación de las alteraciones del desarrollo que orientan a trastornos del espectro autista	1 -Proponer convenios de complementación público-privado para la atención de niños con alteraciones del desarrollo, incluidos los recién nacidos con factores de riesgo

Algo similar al caso anterior sucede con el resultado esperado 3 ("Disminuir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años y atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario"). La meta es "aplicar la guía para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años". Es claro que esto es un instrumento cuya efectiva aplicación podrá contribuir al resultado y por tanto se trata de una línea de acción y no de una meta. Mal se puede medir el descenso de la prevalencia de alteraciones de desarrollo si no se utiliza un indicador que efectivamente cumpla este cometido, es decir que mida lo que pretende medir. Queda la duda entonces respecto a si se conocía realmente cuál era la incidencia del retraso de desarrollo en niños menores de 5 años al momento de la planificación.

Más allá de las áreas de intervención definidas para este caso y de sus correspondientes líneas de acción debe decirse que en este tema los prestadores del sistema vienen trabajando desde años atrás. En este sentido, cabe señalar que el sistema de pago por cumplimiento de metas hasta 2021 comprende dentro de la meta 1 (Salud del niño, la niña y la mujer), indicadores relacionados con el seguimiento del desarrollo del niño al año, a los dos años y a los cuatro años. El cambio de la meta 1 del año 2022 que implicó la fusión de esta con la meta 2, supuso una reformulación de la antigua meta 1 y la salud del

niño y la niña constituyeron su componente 1. En este se incluye un indicador específico de seguimiento del desarrollo del niño a los 4 años de vida. Posteriormente el cambio de la meta para 2024 y 2025, mantuvo en el componente temático de "salud del niño y de la niña", el indicador de "Seguimiento de alteraciones del desarrollo al cuarto año de vida". Esto además pone de manifiesto que existen datos referidos a la cantidad de casos de retraso de crecimiento diagnosticados lo que debería contribuir a que se pudiera determinar la prevalencia o una aproximación a ella, que permita definir una meta consistente con el resultado que se persigue.

Resultado esperado 4: Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud del SNIS	
Meta: Desarrollar estándares de accesibilidad y buen trato a las PCD en todos los prestadores de salud del SNIS	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Mejorar el acceso a servicios de salud para la atención de la discapacidad	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar un plan de accesibilidad y buen trato de las PCD en los servicios de salud para todos los niveles de atención 2 - Sistematizar a partir de la HCEN información sobre discapacidad 3 - Generar un baremo único basado en CIF que permita una valoración única de la discapacidad que contemple grados y tipos	

Para "mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud del SNIS" se propone como meta el desarrollo de estándares de accesibilidad y buen trato, es decir que recién se a partir de su definición y su aplicación podrá empezar a medirse si efectivamente hay una mejora en el acceso. Si esto es así, parecería más lógico invertir el orden y que el resultado a alcanzar fuera el desarrollo y la aplicación de los estándares y que la meta fuera que estos estuvieran operativos en un porcentaje determinado en 2030. De la forma en que está expresado el resultado, ¿Cómo se mide la mejora en el acceso?

Las líneas de acción propuestas reiteran lo anterior y básicamente se plantea el desarrollo de un plan de accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud a lo que se suma la elaboración de un baremo. Con relación a este último nada se dice respecto quién será el responsable de su formulación ni como articulará con el baremo utilizado por el BPS.

Resultado esperado 5: Mejor atención en rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS	
Meta: Implementar programas y protocolos en rehabilitación física	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Mejorar el acceso a servicios de salud para la rehabilitación	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar una propuesta para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS que establezca niveles de complejidad y estándares mínimos de prestaciones 2 - Sistematizar el relevamiento sobre servicios y recursos de rehabilitación física en salud 3 - Generar programas y protocolos de rehabilitación (parálisis cerebral, ACV, traumatismos encéfalo craneanos, lesionados medulares, cardíaca, otros.) 4 - Generar protocolos en la provisión de ortesis, prótesis y ayudas técnicas ajustados a las necesidades de los usuarios del SNIS 5 - Promover la investigación sobre rehabilitación en salud.	

En este punto, se plantea "Mejorar la atención en rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNS y nuevamente se le asocia una meta de tipo cualitativo, "implementar programas y protocolos en rehabilitación física" (lo que es de alguna manera más limitado que el enunciado del resultado esperado en el que se habla de rehabilitación integral lo que hace pensar en un enfoque que trasciende lo físico). Pero lo más relevante viene dado por la primera línea de acción que implica "Desarrollar una propuesta para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS que establezca niveles de complejidad y estándares mínimos de prestaciones". Esto supone una revisión y seguramente ampliación de los servicios e intervenciones que actualmente están previstos en el PIAS. Nuevamente se plantea el tema de su factibilidad en términos financieros. La cuarta línea de acción hace mención a "protocolos para la provisión de ortesis, prótesis y ayudas técnicas ajustados a las necesidades de los usuarios del SNIS". La pregunta que no tiene respuesta en el documento, es qué organismo habrá de hacerse cargo proveer estas ayudas y dispositivos.

Resultado esperado 6: Desarrollar e implementar el modelo de pesquisa y atención de la fragilidad en personas mayores	
Meta: Desarrollar un modelo de intervención en personas mayores frágiles identificadas/detectadas	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Promover la captación y atención de las personas mayores frágiles	
Líneas de acción	
1 - Difundir la "Guía de fragilidad en personas mayores: criterios prácticos e instrumentos de pesquisa". 2 - Instrumentar capacitación en el instrumento de pesquisa y desarrollar un tutorial accesible en la plataforma web del MSP 3 - Implementar un modelo de 2 pasos: (a) pesquisa de fragilidad en personas mayores en los prestadores de servicios de salud (consulta externa y episodios de internación) mediante una escala validada (Edmonton); (b) derivación a unidades de valoración geriátrica (UVG) regionales para la valoración geriátrica integral (VGI). 4 - Sistematizar a partir de la HCEN información sobre fragilidad en los prestadores sanitarios como insumo para el diseño de políticas públicas e información para los prestadores	

El resultado esperado 6 se enuncia como "desarrollar e implementar el modelo de pesquisa de la fragilidad en personas mayores" y de manera consistente la meta planteada es "desarrollar un modelo de intervención en personas mayores frágiles identificadas". Sin embargo, la tercera línea de acción propuesta es la "implementación en dos pasos de la pesquisa de fragilidad […] en los prestadores de servicios de salud…" y "la derivación a unidades de valoración geriátrica regionales para la valoración geriátrica integral". Esto implica nuevas responsabilidades para los prestadores pero además se hace mención a centros regionales que hasta donde se sabe no existen aún. Por tanto, en todo caso debería ser una línea de acción la implantación de estos centros y no dar por hecho su existencia. Eso sin considerar como se organizarían estos y de qué organismo u organismos dependerían.

Un elemento a considerar es el hecho que el resultado esperado 8 del objetivo estratégico 2, ya refiere a los adultos mayores aunque particularmente con relación a la reducción de caídas y fracturas. Quizás las situaciones a atender en ambos casos podrían haberse conjuntado en un único resultado esperado.

Resultado esperado 7: Aumentar la cobertura de cuidados paliativos para todos los usuarios del SNIS y universalizar los cuidados paliativos en los prestadores del sistema	
Meta: Alcanzar una cobertura del 70% de la población blanco y del 100% en los prestadores de salud (con al menos un equipo de soporte)	Líneas de base: Cobertura de 53,5% (Cuidados Paliativos, MSP, 2020) y 78% de los prestadores
Áreas de Intervención	
Mejorar la calidad asistencial en cuidados paliativos	
Líneas de acción	

1 - Implementar complementación de servicios entre prestadores mediante convenios público-privado o público-público 2 - Realizar auditorías de los prestadores del SNIS 3 - Evaluar la calidad asistencial de los servicios de cuidados paliativos del país 4 Promover la realización de cursos de capacitación para el equipo de salud sobre cuidados paliativos 5 - Implementar anualmente la "Encuesta nacional sobre cuidados paliativos 6 - Sistematizar el proceso para la actualización periódica sobre el consumo de opioides en Uruguay

"Aumentar la cobertura de cuidados paliativos para todos los usuarios del SNIS y universalizar los cuidados paliativos en los prestadores del sistema" es el último resultado esperado asociado al objetivo estratégico 3. Se propone como meta alcanzar al 70% de la población blanco y que 100% de los prestadores cuenten con servicios de cuidados paliativos. Además de la dificultad para determinar la población blanco de forma sistemática y continua para poder hacer el seguimiento del cumplimiento de la meta, se suma el impacto que sobre los prestadores tiene la obligatoriedad de disponer de estos servicios y su correlato financiero sin que esto se refleje en el precio de la cápita. Llama la atención por otra parte, que en las líneas de acción no se haya hecho mención como si se hizo en casos anteriores, a la impulsión de una normativa específica sobre cuidados paliativos, siendo que en el año 2023 se aprobó la ley Nº 20.179 sobre este tema. Todo hace pensar que en el proceso de planificación de los OSN no se valoró como necesaria y que fueron otros los motivos por las que se impulsó y aprobó esta norma (innecesaria por múltiples razones que no vienen al caso poner de manifiesto en este documento).

Finalmente, resulta llamativo que una de las líneas de acción sea explícitamente "evaluar la calidad asistencial de los servicios de cuidados paliativos del país". De alguna manera esto pone de manifiesto que el MSP da prioridad a la evaluación de estos servicios por sobre los restantes. En un contexto general de evaluación de calidad asistencial históricamente muy precario hacer mención específica a un tipo de servicio claramente indica la importancia que el regulador le otorga a este. Para los restantes servicios que brindan las prestaciones e intervenciones del PIAS, solo hay una referencia genérica en el resultado esperado 3 del objetivo estratégico 4 que reza de la siguiente manera "continuar con la implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua". Afirmar que se va a "continuar con" es cuando menos cuestionable.

Objetivo estratégico 4 - Construir una cultura institucional de calidad, seguridad y eficiencia en la atención en salud

Resultado esperado 1: Aumentar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario garantizando procesos clínicos y cuidados más seguros por parte del equipo de salud, control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas	
Metas: Alcanzar el 95% de las instituciones con internación, con COSEPA y Comisiones de Infecciones Intrahospitalarias (CIIH) funcionando según ordenanza 50% de reducción relativa de los daños graves y evitables relacionados con la medicación 50% de reducción relativa de las muertes por tromboembolismos venosos (TEV) durante o después de la hospitalización Implementar la auditoria del 70% de las IAMCS Reducción relativa de 50% en las IAAS	Líneas de base: COSEPAS: 75% CIIH: 69%, (2017) Fiscalización Normativa: en proceso
Áreas de Intervención	
Fortalecer las acciones para mejorar la calidad y seguridad del paciente	

Líneas de acción
1 - Desarrollar una propuesta de reactivación del departamento de calidad y seguridad del paciente
2 - Realizar un censo periódico de comisiones de seguridad del paciente (COSEPA).
3 - Diseñar e implementar un sistema de reporte de errores con daño y eventos adversos
4 - Restablecer convenios con centros colaboradores y crear una red nacional de equipos en seguridad del paciente
5 - Elaborar e implementar cursos de capacitación básica y avanzada en seguridad del paciente
6 - Elaborar estándares de calidad asistencial y herramientas para su monitoreo
7 - Fiscalizar la integración y funcionamiento de los COSEPA institucionales
8 - Actualizar la Ordenanza N° 481/2008 de seguridad del paciente
9 - Capacitar en metodología de gestión de riesgo a los prestadores del SNIS.

Las metas planteadas para alcanzar este resultado hacen mención a tres aspectos organizacionales y tres cuestiones netamente asistenciales. Las tres primeras apuntan a que la Comisión de Seguridad del Paciente –COSEPA- y la Comisión de Infecciones Intrahospitalarias –CIIH- esté en funciones en 95% de las instituciones prestadoras y a que se realicen auditorías (se supone que para evaluar estos temas) en 70% de las IAMC. Para las dos primeras metas existe una línea de base con datos del año 2017 (75% y 69% respectivamente). Para el caso de la realización de auditorías no existe línea de base lo que pone en tela de juicio la determinación del valor del indicador a alcanzar. Por otra parte, no se entiende porque las auditorías solo aplican a las IAMC y no incluyen a ASSE. Las tres metas restantes son: reducción relativa de 50% de los daños graves y evitables relacionados con la medicación; 50% de reducción relativa de las muertes por tromboembolismos venosos (TEV) durante o después de la hospitalización y reducción relativa de 50% en las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Para ninguna de ellas existe una línea de base por lo que mal se puede conocer si los valores alcanzados en 2030 (en caso que efectivamente se midan) representan efectivamente una mejoría en estos temas.

Adicionalmente se observa que existe una única área de intervención con nueve líneas de acción que se relacionan todas ellas con la seguridad del paciente en términos generales sin que existan líneas específicas de acción relacionadas con las metas señaladas.

Resultado esperado 2: Consolidar la política nacional de comportamientos seguros	
Meta: Lograr el 80% de las instituciones prestadoras con acuerdo de comportamiento implementado	Líneas de base: 15 % (22 instituciones a 2019) (DECASEPA, MSP. 2019)

Resultado esperado 3: Continuar con la implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua	
Meta: Alcanzar el 80% de las instituciones con autoevaluación realizada	Líneas de base: 66 % de instituciones(DECASEPA, MSP. 2019)

Resultado esperado 4: Evaluar el impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso	
Metas: Reducir la prevalencia de lesiones por presión en un 85 % en los prestadores del SNIS. Lograr que el 80% de las instituciones cuente con protocolos de actuación en prevención y tratamiento de estas lesiones	Líneas de base Prevalencia de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados: 16,9 % (IC 95% 16,6- 17,2%). Prevalencia de UPP en residenciales geriátricos: 8,2 % (IC 95% 7,2-9,2%) Sociedad Científica Uruguaya de Heridas - MSP 2015

Resultado esperado 5: Implementar sistema de reporte de eventos centinela on line	
Meta: Implementar el sistema de reporte de eventos centinela on line	Líneas de base: En desarrollo

Resultado esperado 6: Incorporar buenas prácticas con base en el conocimiento sistematizado en diferentes áreas de atención	
Meta: Restablecer convenios con centros colaboradores y crear una red nacional de equipos en seguridad del paciente CC en LPP, uso seguro del medicamento y anestesia segura.	Líneas de base: Participaron hasta 2020 3 centros colaboradores en prevención y tratamiento de LPP Red de equipo en proceso

Resultado esperado 7: Elaborar e implementar un programa de optimización de antimicrobianos (PROA)	
Metas: Lograr que 70% de las instituciones tenga un PROA básico en el 2023 Lograr que 70% de las instituciones tenga un PROA avanzado en 2028.	Líneas de base: En proceso

En el documento de los OSN 2030 en el capítulo correspondiente a las áreas de intervención y las líneas de acción relativas a este objetivo estratégico, solo se enuncian las que corresponden al resultado esperado 1 (“Aumentar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario garantizando procesos clínicos y cuidados más seguros por parte del equipo de salud, control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas”). Pero además, llamativamente estas se presentan bajo un título que no tiene relación con el mencionado objetivo estratégico y sí con el objetivo estratégico 6 (“Gestión integral de riesgos de emergencias y desastres”) (página 110 del documento). Un error de este tipo sumado a los que ya fueron señalados resta credibilidad a la publicación por cuanto denota por lo menos la falta de una revisión atenta y consciente que evalúe la consistencia de los planteos y los corrija previo a su publicación.

La ausencia de áreas de intervención y de líneas de acción asociadas a los resultados esperados 2 a 7 de este objetivo, aun cuando se formularon metas específicas para cada uno de ellos, genera lógicas dudas respecto a su logro y lo que es más importante a la intención de alcanzarlos o al menos mediante qué instrumentos.

El enunciado del objetivo estratégico parece exceder largamente lo que se pretende alcanzar a juzgar por las líneas de acción propuestas. Es decir, se trata de un objetivo cuyo alcance es mucho más amplio que las acotadas medidas que habrán de implementarse. A la luz de estas últimas, el objetivo podría formularse a lo sumo como “Propender a mejorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario”. Parece excesivo pretender “Construir una cultura institucional de calidad, seguridad y eficiencia en la atención en salud” solo con medidas relacionadas con cuestiones organizativas de los Consejos de Seguridad del Paciente porque si bien se introducen metas relacionadas con la disminución de determinados eventos adversos en el proceso de atención en internación, no existe ninguna propuesta concreta relacionada con estos que hagan pensar que efectivamente será posible disminuirlos.

Objetivo estratégico 5 - Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades de salud de las personas

Resultado esperado 1: Contar con una herramienta de gestión basada en información veraz y oportuna para el Ministerio de Salud Pública que permita la priorización y acción de políticas sanitarias basada en datos obtenidos de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)	
Meta: Sistema de gestión funcionado y reportando datos on line en integración con Salud Uy /AGESIC.	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Mejorar la gestión de la información	
Líneas de acción	
1 - Coordinar con Salud.Uy la generación de base de datos y su gobernanza 2 - Poner en funcionamiento el sistema de gestión de la información 3 - Implementar sistema de reportes a nivel asistencial y económico financiero que permita el cruzamiento de datos.	

Resultado esperado 2: Mejorar el acceso a la población sobre información cuantitativa y cualitativa sobre los diferentes prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).	
Meta: Conjunto de datos sobre las instituciones que integran el Seguro Nacional de Salud disponible y publicada a través de la página web institucional	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Mejorar la gestión de la información	
Líneas de acción	
1 - Actualizar la información en portal con acceso a la población en su conjunto, brindada por la plataforma “A tu servicio”	

Si bien los dos primeros resultados esperados están discriminados y refieren al sistema de información del SNIS y a su gestión, solo se define un área de intervención en este tema que se debe interpretar como común a ambos resultados, esto es, “mejorar la gestión de la información”, lo cual por otra parte, es tan amplio como vago.

Para esta área se definen tres líneas de acción, asociadas al resultado esperado 1 y una relacionada con el resultado 2.

Las primeras se alinean con la meta que está enunciada como “sistema de gestión funcionado y reportando datos on line en integración con Salud Uy /AGESIC”, lo que deja en ascuas al lector respecto a qué es lo que se quiere hacer con este sistema de gestión. ¿Se quiere decir que la meta es lograr que el sistema de gestión esté funcionando a pleno en 2030? Si es así debería ser más claro el enunciado. Se trata de una meta directamente vinculada a los prestadores porque aunque no lo dice expresamente refiere al manejo de datos de las empresas.

La línea de acción planteada para el resultado esperado 2, cuya meta está formulada con iguales problemas que en el caso anteriores (“Conjunto de datos sobre las instituciones que integran el Seguro Nacional de Salud disponible y publicada a través de la página web institucional”) se vincula con la información destinada a los usuarios y apunta a la actualización de la información publicada en el sitio “A tu servicio”. No se aclara si la actualización a la que hace mención refiere a los valores de los datos ya publicados o a la introducción de nuevos indicadores.

Resultado esperado 3: Fortalecer la función rectora del MSP en los ámbitos de promoción de mejoras en la capacidad asistencial y la sostenibilidad financiera de los prestadores del SNIS	
Metas: Desarrollar un proceso sistemático de revisión y actualización del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) Profundizar en las acciones sistemáticas de monitoreo de gestión de los prestadores de salud	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Fortalecer la función rectora y de control	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar un proceso para la revisión y actualización sistemática del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) y del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM). 2 - Desarrollar y monitorear planes estratégicos para las Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC).	

El resultado esperado 3 apunta a fortalecer la rectoría del MSP en cuanto a la mejora de la capacidad asistencial y la sostenibilidad financiera de los prestadores. Para ello se propone como meta el desarrollo de un proceso de revisión y actualización del PIAS y el monitoreo de la gestión de los prestadores. Estas dos metas carecen de línea de base como todas las metas propuestas para este objetivo estratégico. El área de intervención señalada es redundante con el resultado esperado ("Fortalecer la función rectora y de control") De las dos líneas de acción propuestas, una reitera lo expresado en una de las metas ("Desarrollar un proceso de revisión y actualización sistemáticos del PIAS y del FTM") y la otra refiere al monitoreo de los planes estratégicos de las IAMC con lo que queda en evidencia que la meta referida el monitoreo de la gestión de los prestadores se limita a las IAMC y se dejan de lado los Seguros Integrales y ASSE. No se explicita el motivo por el que se acota estas acciones solo a este tipo de instituciones. En todo caso revela una mirada corta y asimétrica de la función de control del MSP.

Resultado esperado 4: Mejorar el acceso a RRHH en salud en todo el territorio nacional	
Metas: Implementar la ley de telemedicina	Líneas de base: En proceso
Áreas de Intervención	
Mejorar el acceso a los recursos humanos en salud	
Líneas de acción	
1 - Desarrollar la nueva normativa para la implementación de la telemedicina 2 - Capacitar a los profesionales en el uso de herramientas para la telemedicina 3 - Acordar con prestadores del sistema sobre el alcance, la modalidad de pago a los profesionales y la inclusión dentro del PIAS, entre otros, de estas iniciativas	

El resultado esperado 4 que se enuncia como "mejorar el acceso a RRHH en salud en todo el territorio" solo se vincula a la implementación de la ley de telemedicina tal como se dice en la meta propuesta y en el área de intervención. En consecuencia, dos de las líneas de acción hacen referencia a cuestiones relativas a este tema (desarrollar la nueva normativa para implementar la telemedicina y capacitar a los profesionales en el uso de esta herramienta). La tercera línea de acción plantea "Acordar con prestadores del sistema sobre el alcance, la modalidad de pago a los profesionales y la inclusión dentro del PIAS, entre otros, de estas iniciativas". Quiere decir que para el regulador las actividades asistenciales por telemedicina implican la instrumentación de una forma de pago diferencial y que se trata de formas de atención que deben incorporarse al PIAS. Llamativamente este es el único caso en el que se plantea que una eventual modificación del PIAS se va a hacer en consulta con los prestadores.

Pero lo más llamativo es que si lo que se espera es mejorar el acceso a los recursos humanos a nivel nacional (que puede interpretarse aunque no esté dicho, que se trata sobre todo de especialistas médicos), no haya una solo referencia a la política de recursos humanos y a la interacción con la Universidad de la República, más específicamente al sistema de residencias médicas y a la planificación de la formación médica en las distintas especialidades.

Objetivo estratégico 6 - Fortalecer la respuesta del sistema de salud ante emergencias, desastres y epidemias

Resultado esperado 1: Aumentar la capacidad de respuesta hospitalaria del sistema de salud ante emergencias y desastres	
Metas: Implementar una estrategia para el abordaje de desastres y epidemias en el SNIS	Líneas de base: En proceso

Resultado esperado 2: Aumentar la capacidad de respuesta prehospitalaria y especializar sectores de esta asistencia para dar respuesta específica según el tipo de emergencia o desastre generado	
Metas: Generar grupos de trabajadores sanitarios especialmente formados y especializados en asistencia en medios hostiles, agrestes, austeros, contaminados, etcétera	Líneas de base: En proceso

Resultado esperado 3: Lograr el refuerzo y modernización de las estructuras asistenciales existentes para una mayor resistencia y resiliencia a los efectos dañinos de las amenazas	
Metas: Lograr que el 70% de las instituciones cuente con planes de contingencia protocolizados para desastres y emergencias hospitalarias y de la comunidad, así como planes de evacuación segura identificando vulnerabilidades edilicias	Líneas de base: En proceso

Resultado esperado 4: Generar una estructura sanitaria orientada a ofrecer una rehabilitación física y mental eficaz en las etapas de recuperación	
Metas: Lograr que el 80% de las instituciones cuenten con un área específica de tratamiento sicológico y físico de secuelas relacionadas con emergencias y desastres	Líneas de base: En proceso

Resultado esperado 5: Concientizar al personal de salud y a la comunidad en la utilidad e importancia del conocimiento y aplicación del sistema de alerta temprana	
Metas: Facilitar y promover la educación de la comunidad y el personal asistencial en el conjunto de capacidades necesarias para generar y difundir información de alerta que sea oportuna y significativa de forma de que las comunidades se preparen y actúen en forma apropiada	Líneas de base: En proceso

Resultado esperado 6: Desarrollar políticas sanitarias regionales y nacionales para la gestión hospitalaria y prehospitalaria con base en riesgos y vulnerabilidades identificadas en cada comunidad	
Metas: Desarrollar un sistema de georreferenciación y regionalización del país con base en riesgos y vulnerabilidades, así como identificación de los recursos sanitarios y hospitalarios existentes para dar respuesta con base en región y tipo de incidente	Líneas de base: En proceso

Resultado esperado 7: Generar grupos de población capacitados capaces de gestionar desastres en regiones vulnerables para que impacten positivamente en la morbimortalidad y ante la materialización de eventos secundarios relacionados con el desencadenamiento de una situación de desastre sanitario	
Metas: Promover instancias de información y capacitación comunitaria generando prácticas de reducción de riesgos mediante esfuerzos sistemáticos dirigidos al análisis y gestión de los factores causales de desastres y emergencias.	Líneas de base: En proceso

Capacitar a las comunidades en el análisis del entorno para la reducción del grado de exposición a las amenazas, disminución de las vulnerabilidades y la sensata gestión de suelos, medio ambiente y mejoramiento de la preparación ante eventos adversos.	

Área de Intervención (Común a todos los resultados esperados)
Gestión integral de riesgos de emergencias y desastres
Líneas de acción (comunes para todos los resultados esperados)
1 - Desarrollar propuestas normativas para la GIRED en el marco del SNIS 2 - Desarrollar y aplicar protocolos de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y desastres en el sector hospitalario y prehospitalario 3 - Capacitar a los funcionarios de las instituciones sanitarias y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales responsables de la respuesta a emergencias y desastres, conformando grupos responsables especializados en la asistencia en desastres con capacidad de rápido despliegue 4 - Sistematizar información con georreferenciación sobre las capacidades asistenciales hospitalarias y extrahospitalarias ante emergencias y desastres 5 - Consolidar un sistema de vigilancia y respuesta de enfermedades zoonóticas emergentes con el enfoque de una salud

Ninguno de los siete resultados esperados para este objetivo estratégico cuenta con áreas de intervención y líneas de acción específicas. Todos ellos se resumen operativamente en una única área de intervención (“Gestión integral de riesgos de emergencias y desastres”) con cinco líneas de acción: “Desarrollar propuestas normativas para la GIRED en el marco del SNIS”; “Desarrollar y aplicar protocolos de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y desastres en el sector hospitalario y prehospitalario”; “Capacitar a los funcionarios de las instituciones sanitarias y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales responsables de la respuesta a emergencias y desastres, conformando grupos responsables especializados en la asistencia en desastres con capacidad de rápido despliegue”; “Sistematizar información con georreferenciación sobre las capacidades asistenciales hospitalarias y extrahospitalarias ante emergencias y desastres” y “Consolidar un sistema de vigilancia y respuesta de enfermedades zoonóticas emergentes con el enfoque de una salud (sic)”.

Si se analizan los resultados esperados y las metas propuestas (para las que no existe en ningún caso una línea de base ya definida sino que todas están en proceso de elaboración) para este objetivo estratégico, se concluye que se trata de un plan de importante alcance y ambicioso impacto, pero con líneas de acción menos relevantes y por tanto poco consistentes con lo anterior, que se corresponden solo parcialmente con el enunciado de las metas.

Prioridades de la estrategia de cooperación país de la OPS y resultados esperados de los OSN 2030

Prioridades estratégicas	Áreas de interés	Resultados esperados de los OSN 2030
1 - Promover ambientes y estilos de vida saludables, la salud mental, y la reducción de factores de riesgo comportamentales y sociales	1.1. Disminución del sobrepeso y la obesidad	1. Aumentar el nivel de actividad física y disminuir el comportamiento sedentario de la población 5. Evitar un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. 6. Mejorar las prácticas de alimentación de la población uruguaya.
	1.2. Promoción del bienestar y la salud mental	
	1.3. Reducción del consumo de tabaco y del consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas	7. Reducir el consumo nocivo de alcohol 8. Reducir riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente y adulta 9. Reducir % de consumidores actuales de tabaco y la exposición al humo de tabaco de 2ª mano.
	1.4. Expansión de la iniciativa de municipios, comunidades, centros de estudio y lugares de trabajo saludables	
2 - Disminuir las cargas evitables de morbimortalidad y discapacidad a lo largo del curso de vida	2.1. Reducción de la morbimortalidad y discapacidad por enfermedades no transmisibles, accidentes y siniestralidad vial	11. Reducir la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad de las ENT prevalentes (cáncer, cardiovasculares, diabetes y respiratorias crónicas). 16. Reducir las muertes y lesiones por ahogamientos en niños de 1 a 15 años. 17. Reducir las muertes y lesiones por siniestralidad vial 18. Reducir las caídas y fracturas en personas mayores
	2.2. Reducción de la morbimortalidad y discapacidad por trastornos mentales y suicidio mediante modelos de atención comunitarios	19. Disminuir la incidencia de suicidio
	2.3. Erradicación de la violencia, con énfasis en la violencia de género y generaciones, mediante modelos de abordaje comunitarios	15. Disminuir la morbimortalidad vinculada con la violencia basada en género y generaciones
	2.4 Reducción de la morbimortalidad y discapacidad por enfermedades transmisibles	10. Disminuir la presencia del vector Aedes aegypti 13. Reducir la morbimortalidad por VIH/Sida. 14. Eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH.
3 - Intervenir en forma oportuna en las etapas del curso de vida con base en la APS, el acceso al primer nivel de atención y la coordinación sanitaria e intersectorial en el territorio	3.1 Consolidación de redes integradas de servicios de salud a través de la mejora del primer nivel de atención, la coordinación de los servicios sociosanitarios y el acceso de personas con discapacidad	23. Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud del SNIS
	3.2. Cuidado de personas mayores en situación de fragilidad y envejecimiento saludable	24. Desarrollar e implementar el modelo de pesquisa y atención de la fragilidad en personas mayores
	3.3. Expansión de la cobertura de cuidados paliativos	25. Aumentar la cobertura de cuidados paliativos para todos los usuarios del SNIS y universalizar los cuidados paliativos en los prestadores del sistema
	3.4 Disminución de la prevalencia y severidad de la prematurez, las alteraciones del desarrollo de niñas, niños y adolescentes, y la incidencia de embarazo no intencional en adolescentes	20. Disminuir la incidencia de embarazo no intencional en la adolescencia velando por los derechos de las adolescentes, el cuidado de niñas, niños y sus padres, y el acompañamiento de las decisiones respecto de la maternidad. 22. Disminuir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.
4 - Construir una	4.1. Fortalecimiento de la gobernanza del SNIS en sus ámbitos de fiscalización y rendición de cuentas, participación social, formación, dotación y distribución de recursos humanos, regulación de	34. Fortalecer la función rectora del MSP en los ámbitos de promoción de mejoras en la capacidad asistencial y la sostenibilidad financiera de los prestadores del SNIS 35. Racionalizar la distribución de los RRHH en salud en todo el territorio nacional.

cultura institucional de calidad, seguridad y eficiencia en la atención de la salud, hacia un sistema centrado en las personas y con participación social	medicamentos, vacunas e insumos críticos y evaluación de tecnologías sanitarias	
	4.2 Optimización del acceso, oportunidad y uso de la información por parte de ciudadanos, prestadores y gobierno mediante el perfeccionamiento de la historia clínica electrónica, la salud digital y la vigilancia sanitaria integrada de "Una Salud"	32. Contar con una herramienta de gestión basada en información veraz y oportuna para el Ministerio de Salud Pública que permita la priorización y acción de políticas sanitarias basada en datos obtenidos de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) 33. Mejorar el acceso a la población sobre información cuantitativa y cualitativa sobre los diferentes prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
	4.3 Mejora de la calidad de la atención, la seguridad del paciente, y el control de infecciones asociadas a la atención con base en estrategias de mejora continua, protocolización de la atención y monitoreo y evaluación	26. Aumentar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, garantizando procesos clínicos y cuidados más seguros por parte del equipo de salud, control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas. 28. Continuar con la implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua. 30. Implementar sistema de reporte de eventos centinela on line.
5 - Fortalecer la respuesta del sistema de salud y de la comunidad ante emergencias, desastres y epidemias	5.1. Fortalecimiento de la coordinación, capacidad de respuesta y resiliencia de las estructuras asistenciales mediante la implementación de un Centro de Operaciones de Emergencia, y la modernización de su infraestructura y gestión	38. Lograr el refuerzo y modernización de las estructuras asistenciales existentes para una mayor resistencia y resiliencia a los efectos dañinos de las amenazas
	5.2. Desarrollo de políticas para la gestión hospitalaria y prehospitalaria con base en riesgos y vulnerabilidades	36. Aumentar la capacidad de respuesta hospitalaria del sistema de salud ante emergencias y desastres 37. Aumentar la capacidad de respuesta prehospitalaria y especializar sectores de esta asistencia para dar respuesta específica según el tipo de emergencia o desastre generado 41. Desarrollar políticas sanitarias regionales y nacionales para la gestión hospitalaria y prehospitalaria con base en riesgos y vulnerabilidades identificadas en cada comunidad.
	5.3. Capacitación del personal de salud y a la comunidad en materia de prevención de emergencias y desastres, sistema de alerta temprana, mapas de riesgo, y protocolos de actuación	40. Concientizar al personal de salud y a la comunidad en la utilidad e importancia del conocimiento y aplicación del sistema de alerta temprana. 42. Generar grupos de población capacitados capaces de gestionar desastres en regiones vulnerables para que impacten positivamente en la morbimortalidad, y ante la materialización de eventos secundarios relacionados con el desencadenamiento de una situación de desastre sanitario.