
URUGUAY

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República Oriental del Uruguay es el estado de menor extensión territorial de América del Sur, con un territorio de 176.215 km². La economía del país se fundamenta en el sector agropecuario, en especial la ganadería, sin recursos mineros apreciables y con una industria basada en la elaboración de productos agrícolas y ganaderos. Desde la creación del Mercado Común del Sur (Mercosur), el sector terciario de servicios ha comenzado a ganar importancia. La población es de poco más de 3 millones de personas, de las que 51,6% son mujeres. Del total de la población uruguaya, 89,1% reside en áreas urbanas y 42,2% en el departamento de Montevideo.

La forma de gobierno es democrática representativa, con renovación de las autoridades nacionales y municipales mediante elecciones cada cinco años. El Poder Ejecutivo está constituido por un presidente y 12 ministros y el Legislativo recae en 30 senadores, el vicepresidente de la República y 99 diputados. El Poder Judicial tiene su máxima instancia en la Suprema Corte de Justicia. Administrativamente el país está dividido en 19 departamentos. Los gobiernos departamentales y municipales poseen poca autonomía del gobierno central, pero pueden crear o eliminar ciertos tipos de impuestos y tienen responsabilidades en la asistencia de salud. El departamento más pequeño en extensión es el de Montevideo, que es también el de mayor número de habitantes. El Uruguay no tiene división por regiones. Al analizar datos departamentales suelen considerarse por una parte los de Montevideo y por otra, los del interior, es decir, los otros 18 departamentos. El proceso político reciente más destacable fue la aprobación de una reforma de la Constitución Nacional mediante un plebiscito en diciembre de 1996.

La reforma del sistema de seguridad social, aprobada por ley a fines de 1995, permite la actuación de empresas privadas en el mercado de las pensiones y jubilaciones. Estas em-

presas se denominan Administradoras de Fondos de Asistencia Previsional (AFAP).

En 1995 el Gobierno inició de manera muy decidida la reforma de la educación, con el propósito de fortalecer el sistema de educación pública —no el privado— en sus cuatro áreas: educación primaria, secundaria, técnico-profesional, y formación y perfeccionamiento docente. Uno de los principales objetivos es extender la enseñanza preescolar a todos los niños de 4 y 5 años de edad, tal como comenzó a hacerse en 1997.

En 1995 estaban inscriptos en todos los niveles de la educación primaria, secundaria y técnico-profesional pública y privada (excluida la educación universitaria) unos 700.000 alumnos. De estos, 166.500 eran estudiantes de enseñanza secundaria y técnico-profesional del sistema público.

Situación económica y social

El proceso económico más destacable fue la creación del Mercosur a mediados de 1993, ya en pleno ejercicio del convenio firmado entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. El Mercosur permite el libre tránsito de bienes y servicios entre estos países y nivela los aranceles para terceros países en diversos productos.

El crecimiento anual del producto interno bruto (PIB) en 1994 fue de 6,8%; en 1995 de 2,4% y en 1996 de 4,9%. Para 1997 se esperaba un aumento del PIB de 3%. Entre 1985 y 1990 la inflación osciló de 60% a 80% anual. En 1991 alcanzó 82% y luego se redujo, hasta 24% en 1996. El Instituto de Economía de la Universidad de la República estimaba que la inflación sería en 1997 de 20%; el Gobierno preveía que oscilaría entre 14% y 17%. El déficit fiscal fue equivalente a 1,7% del PIB en 1996. Hasta 1991 la balanza comercial presentó un saldo positivo y a partir de 1992 se negativizó. En 1996 el saldo negativo fue de US\$ 925,6 millones.

Entre 1984 y 1996 el salario ganó poder adquisitivo a una tasa anual de 2,3% (3,2% en el empleo privado y 1,3% en el

empleo público), mientras que los pasivos (jubilados y pensionistas) aumentaron su poder adquisitivo a una tasa anual de 5,5%. Desde 1992 hasta marzo de 1997 el salario mínimo nacional —en dólares a la cotización del momento— no varió significativamente. En 1992 fue de US\$ 89,6 mensuales; en 1994 de US\$ 87,7; en 1996 de US\$ 92,4 y en marzo de 1997 de US\$ 90,5. En 1990 el desempleo afectó a 8,5% de la población económicamente activa. En 1995 llegó a 10,3% y en 1996, a 11,9%. Se estima que en 1997 será cercano a 11%.

En el *Panorama social de América Latina 1996*, la CEPAL señala que el crecimiento económico y la disminución del ritmo inflacionario influyeron notablemente en la reducción de la pobreza urbana de 12% en 1991 a 6% en 1994.

La disminución global de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) en todo el país en el período 1984–1994 fue de aproximadamente 40%. Esta reducción puede tener relación con los programas de vivienda, la extensión del abastecimiento de agua potable y el acondicionamiento de los servicios sanitarios en las zonas urbanas del interior. En la población de Montevideo el porcentaje de personas con NBI ha pasado de 14,7% en 1984 a 9,1% en 1994. En las zonas urbanas del interior se redujo de 28,9% en 1984 a 17,3% en 1994. La desagregación de las NBI por edades señala que los menores de 15 años son los que presentan mayores índices de NBI.

En las zonas urbanas del interior 3,5% de las viviendas carecen de abastecimiento de agua potable y 2,2% no cuentan con un adecuado sistema de eliminación de excretas. En 1996, en Montevideo, 98,8% del total de las viviendas disponían de agua potable por cañería.

Población

Según el Censo Nacional de mayo de 1996, el Uruguay contaba con una población de 3.163.763 personas, 42,5% residentes en el departamento de Montevideo y 90,8% habitantes de centros urbanos. El censo mostró una disminución de la población rural que continúa la tendencia observada en censos anteriores. La tasa anual media de crecimiento de la población en el período 1985–1996 fue de 0,6%.

La tasa bruta anual de natalidad fue durante el quinquenio 1990–1995 de 17,6 nacidos vivos por 1.000 habitantes. En el mismo período la tasa general de fecundidad fue de 70,6 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad. La tasa global de fecundidad fue de 2,33 hijos por mujer. La tasa bruta de reproducción neta fue de 1,14 hijas por cada mujer de 15 a 49 años.

En 1995 la tasa bruta de mortalidad fue de 10,0 por 1.000 habitantes y la esperanza de vida al nacer de 73,3 años para ambos sexos, 69,3 años para los hombres y 77,4 años para las mujeres. La estructura por edad muestra una población claramente envejecida, con una gran proporción en el grupo de eda-

des avanzadas y proporciones bajas y con tendencia decreciente de población infantil y juvenil. En 1996, 25,1% de la población estaba compuesta por menores de 15 años de edad, 62,1% por adultos de 15 a 64 años y 12,8% por personas de 65 y más años. La tasa anual de crecimiento del grupo de personas de 65 y más años es cuatro veces mayor que la del promedio del país.

La proporción de personas alfabetizadas en 1996 llegó a 95,7%. Ha habido un incremento sostenido del promedio de años de escolaridad en la población adulta de 15 años y más. Los años de escolaridad obligatoria son nueve, de los que seis corresponden a la enseñanza primaria y tres a la enseñanza media.

Mortalidad y morbilidad

En el Uruguay se registran 100% de las muertes y todos los certificados de defunción son cumplimentados por un médico. En 1995 hubo 31.700 defunciones en todo el país. De ese total, 4% correspondieron a menores de 5 años y 70,6% a personas de 65 años y más.

Del total de defunciones en 1996, 6,8% correspondieron a “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos”. La tasa de mortalidad general, de 8 por 1.000 en los años cincuenta, ascendió lentamente desde entonces hasta llegar a 9,9 por 1.000 en 1995. La tendencia de la mortalidad proporcional por edades muestra una disminución en todos los grupos, excepto en el de 65 años y más. En este grupo se produjo un aumento de la mortalidad proporcional de 70,6% entre 1980 y 1995.

La tasa de mortalidad infantil para todo el país fue 19,6 por 1.000 en 1995 y 17,5 por 1.000 en 1996. Casi la totalidad (99%) de los nacimientos ocurren en un hospital y 100% son certificados por un médico o un partero universitario. El subregistro de nacimientos es muy bajo, de 2,3%. Los nacimientos no registrados suelen ser detectados posteriormente a través de diversos mecanismos.

No existen datos confiables sobre morbilidad de las enfermedades más prevalentes. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública recoge de manera rutinaria ciertos datos de morbilidad, casi exclusivamente los de consulta externa y solo para la población que utiliza los servicios del Ministerio. Estos datos presentan subregistro y no se procesan de forma regular. A excepción del sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria, no existe en el país un sistema de información que recolecte los datos de morbilidad de todas las instituciones del país.

En 1996 el Ministerio de Salud Pública realizó, en colaboración con el BID, un estudio de la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuible a distintas causas. Sus resultados fueron concordantes con lo que ya se sabía: que las enfermedades no transmisibles son con mucho las de mayor importancia en el Uruguay y las que producen la mayor pérdida

de AVAD, muy por delante de las enfermedades transmisibles y las causas externas (homicidios y lesiones no intencionales).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño (menor de 5 años)

En 1996 hubo 58.928 nacimientos en todo el Uruguay y fallecieron 1.033 niños menores de 1 año de edad, de manera que la tasa de mortalidad infantil fue 17,5 por 1.000. La mortalidad neonatal fue de 9,6 por 1.000 y la mortalidad posneonatal de 7,9 por 1.000. Del total de muertes de menores de 1 año, 48% se produjeron en servicios de salud públicos, 31% en establecimientos privados y 17% en domicilios.

En 1996 las principales causas de muerte de menores de 1 año fueron las anomalías congénitas (3,3 por 1.000 nacidos vivos), la enfermedad de la membrana hialina (1,8 por 1.000), las infecciones respiratorias agudas y neumonías (1,4 por 1.000) y la prematuridad, la sepsis neonatal y el síndrome de aspiración meconial (cada una de estas causas con una mortalidad específica de 1,1 por 1.000).

Las principales causas de egreso de menores de 1 año en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en el interior del país fueron las infecciones respiratorias agudas (28%) y las infecciones intestinales (17%). No hay información del sector privado, aunque se estima que la situación es similar. En la población infantil de 1 a 4 años de edad las tres principales causas de defunción en 1995 fueron los accidentes y efectos adversos (16,1 por 100.000), los tumores malignos (10,2 por 100.000) y las anomalías congénitas (6,3 por 100.000).

La salud del niño en edad escolar primaria (de 5 a 9 años)

En 1995, los accidentes (con una tasa de mortalidad de 12,8 por 100.000), los tumores malignos (3,5 por 100.000) y las anomalías congénitas (2,7 por 100.000) contribuyeron a 41% de las defunciones de niños de 5 a 9 años de edad. En el grupo de 5 a 14 años los traumatismos en general fueron la primera causa de egreso hospitalario (15%) y las infecciones respiratorias agudas, la segunda (10%).

La salud del adolescente (de 10 a 14 años)

La mortalidad por accidentes persistió en 1995 como principal causa de mortalidad en el grupo de 10 a 14 años de edad. En este grupo de edad la mortalidad por accidentes re-

presenta 60,5 del total de las defunciones por accidentes de todo tipo en todos los grupos de edad. Los tumores malignos fueron la segunda causa de mortalidad en este grupo y las enfermedades del aparato circulatorio la tercera.

La salud del adulto (de 15 a 64 años)

Del total de 31.700 defunciones ocurridas en el país en 1995, 23,0% se produjeron en el grupo de 25 a 64 años. Entre los 15 y los 34 años la primera causa de muerte fueron —como en el grupo de 1 a 14 años— los accidentes y efectos adversos (CIE-9, E47-E53). Entre los 35 y los 64 años los tumores malignos (el cáncer de mama en mujeres y el de pulmón en hombres) fueron la principal causa de muerte, seguidos por la enfermedad cardiovascular.

La tasa de mortalidad materna fue de 2,1 por 10.000 en 1994, año en que se registraron 12 muertes maternas en todo el país. Se estima que existe un subregistro importante de la mortalidad materna, pero se desconoce su importancia exacta.

En la población adulta 34% de los egresos de centros sanitarios del Ministerio de Salud Pública corresponden a partos normales, seguidos por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (16%), traumatismos y envenenamientos (7%) y trastornos mentales (3%).

La salud del adulto mayor (de 65 años y más)

La proporción del total de muertes que ocurren a partir de los 65 años de edad muestra una tendencia creciente, más acentuada en el sexo femenino. La primera causa de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares y la segunda, los tumores. Entre las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar en el grupo de 65 a 79 años, y la enfermedad cerebrovascular a partir de los 80. La segunda causa de defunción en el grupo son las neoplasias malignas, siendo las más frecuentes las de tráquea, bronquios y pulmón entre los 65 y 79 años, y las de recto y colon a partir de los 80.

Un problema considerado prioritario en este grupo de edad por el Ministerio de Salud Pública es el aislamiento social, en particular el de las mujeres que viven solas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En el país no se dan casos de malaria, dengue, peste, esquistosomiasis o

fiebre amarilla. *Aedes aegypti* fue erradicado del Uruguay en 1958. Sin embargo, en 1997 se comenzaron a encontrar larvas no infectadas de dicho mosquito en zonas fronterizas con la Argentina. Existen pruebas de que en 1997 se interrumpió la transmisión de la enfermedad de Chagas en el país.

Enfermedades inmunoprevenibles. No se han notificado casos de poliomielitis, tétanos neonatal o difteria desde hace más de tres quinquenios. Se notificaron 11 casos de tos ferina en 1994, 69 casos en 1995 y 17 casos en 1996. De sarampión se registraron 12 casos en 1994, 5 en 1995 y solo 1 caso en 1996. De tétanos no neonatal hubo 2 casos en 1994, 2 en 1995 y 1 en 1996.

En 1996 la cobertura de vacunación con la BCG en los menores de 1 año fue de 98%. Las coberturas correspondientes fueron de 89% con tres dosis de la vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos), 89% con tres dosis de la vacuna oral de poliovirus vivos y 85% con la vacuna MMR (sarampión, parotiditis y rubéola).

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La epidemia de cólera que se inició en 1991 en el continente americano no se extendió al Uruguay, donde no se registraron casos durante la presente década. Como causa de mortalidad de menores de 1 año la diarrea aguda ocupó el octavo lugar en 1995, con una tasa de 0,4 por 100.000 nacidos vivos. En 1996 se notificaron 3.565 casos de hepatitis vírica y un caso de fiebre tifoidea.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tasa de mortalidad específica por tuberculosis fue de 2,8 por 100.000 en 1986 y 2,2 en 1995. La incidencia de tuberculosis en todas sus formas fue 19,3 por 100.000 habitantes en 1995. La lepra ha dejado de ser un problema de salud prioritario. La prevalencia en 1996 fue de 3,8 por 100.000 habitantes, con tendencia descendente.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el sexto lugar como causa de mortalidad de menores de 1 año en 1995, con una tasa de 5,6 por 100.000 nacidos vivos.

Rabia y otras zoonosis. En los últimos 10 años no se han notificado casos de rabia humana ni canina. La tasa de prevalencia quirúrgica de hidatidosis (número de personas operadas de quiste hidático respecto al total de población) que en 1993 fue de 12,4 por 100.000 habitantes, en 1994 se redujo a 10,5 y en 1995 a 9,4.

Sida y sífilis. Desde 1983 hasta el 31 de enero de 1997 se notificaron 851 casos de sida. Se notificaron 103 casos en 1993, 119 en 1994, 127 en 1995 y 156 en 1996. En enero de

1997 se notificaron 11 casos. La letalidad por sida es de 56% para los 851 casos notificados. Aproximadamente 60% de los VIH seropositivos y enfermos de sida son usuarios de establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud Pública. Desde 1983 hasta el 31 de enero de 1997 se notificaron 2.153 personas con serología positiva a VIH. En 1993 se notificaron 239 seropositivos, 242 en 1994, 257 en 1995 y 309 en 1996. Durante el mes de enero de 1997 se notificaron 23 casos. El último estudio centinela de VIH, realizado a fines de 1996, mostró una prevalencia de 0,2% en la población general, lo que significa que habría unas 6.300 personas infectadas en el país. En el estudio realizado en 1995, la prevalencia estimada fue de 0,24%.

El sida continúa predominando en el sexo masculino —en 1996 hubo 4,6 hombres enfermos por cada mujer— y la forma de transmisión predominante es la sexual (68,7%), mucho más frecuente que la transmisión sanguínea por drogadicción intravenosa (26,9%). No hay casos seropositivos atribuidos a transfusión sanguínea, pero está en aumento la transmisión maternoinfantil, que en 1992 representó 2,6% del total de casos acumulados desde 1983 y al 31 de enero de 1997 representaba 4,3% del total.

En 1996 se notificaron 879 casos de sífilis.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En el Uruguay el consumo de grasas ha sido siempre muy elevado. Un informe de la FAO y la OMS indicó en 1993 que en el consumo calórico total, 32% de las calorías provienen de las grasas.

En la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 1994–1995 se comprobó que a medida que aumenta el ingreso se incrementa la proporción de calorías consumidas provenientes de grasas. En los hogares más pobres, 24% del total de las calorías consumidas proviene de las grasas, mientras que en los hogares más ricos la proporción es de 34%. El consumo diario de colesterol en la dieta es también muy elevado, y la ingesta diaria de colesterol también se incrementa a medida que aumentan los ingresos. El consumo de pescado es muy bajo y también se incrementa con el ingreso, pero es muy escaso a todos los niveles.

El consumo de frutas y hortalizas es escaso, pero la tendencia es al aumento. Según la Encuesta de Gastos e Ingresos, el promedio de consumo diario de fibra es de 23 g en el interior y de 24 g en Montevideo, donde los hogares que ocupan el decil inferior en la distribución de ingresos consumen un promedio diario de 18,7 g de fibra, mientras que en el decil de hogares más ricos, el promedio es de 28 g.

Hay una alta prevalencia de obesidad en algunos sectores de la sociedad. Por ejemplo, de los niños asistidos en institu-

ciones de asistencia médica colectiva (IAMC), 9% presentaron obesidad, proporción que fue solo de 3% en los niños asistidos por el subsector público. En una muestra representativa de 4.000 adultos de la ciudad de Montevideo se halló exceso de peso u obesidad —definida según el índice de masa corporal— en 47% de los hombres y 58% de las mujeres, con una fuerte asociación estadística entre la obesidad y el bajo nivel socioeconómico en las mujeres. En el sexo masculino la asociación fue inversa y también de menor intensidad.

Según un informe ministerial presentado en 1997, en 5.543 menores de 5 años atendidos en instalaciones del Ministerio de Salud Pública entre 1994 y 1997, 28% presentaron retraso del crecimiento determinado según la talla para la edad.

El bocio endémico y la ceguera por hipovitaminosis A no constituyen problemas de salud pública en el Uruguay. Desde 1963 se yoda la sal de uso doméstico.

La prevalencia de diabetes en el país se estima en 7,6% en los varones de más de 18 años y en 10,0% en las mujeres de las mismas edades. La diabetes ocupa el quinto lugar como causa de defunción, con una tasa de 20,2 por 100.000 habitantes.

Según un estudio realizado en octubre de 1996, 50,5% de los niños menores de 1 mes de edad no reciben lactancia materna exclusiva. La tasa de lactancia materna exclusiva es de 37,5% en los menores de 4 meses de edad y la de alimentación complementaria oportuna, de 30% en los niños de 6 a 9 meses.

Enfermedades cardiovasculares. Desde hace 40 años las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de muerte en el Uruguay, con 30% del total de las defunciones en 1996. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, de 357 por 100.000 en 1995, se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. A la hipertensión arterial se atribuyen anualmente unas 400 defunciones, a la enfermedad isquémica del corazón unas 3.700 y a las enfermedades cerebrovasculares, 3.500. Del total de muertes por enfermedad cardiovascular, 80% corresponden al grupo de 60 años y más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares aportan en conjunto más de 63% de las muertes por enfermedad cardiovascular.

En estudios recientes (1991–1993, 1995), la hipertensión arterial ocupó uno de los primeros lugares como motivo de consulta a los servicios de salud. En una encuesta realizada en Montevideo se halló hipertensión en 20% de la población adulta. En la población general de las ciudades de Rivera y Tacuarembó la prevalencia de hipertensión fue de 24%, con 15% de prevalencia de tensión arterial limítrofe con hipertensión. En dos investigaciones en trabajadores para la expedición del carné de salud en Montevideo y San José se hallaron proporciones de hipertensos de 7% y de 10%, respectivamente.

Tumores malignos. En 1995 murieron 7.029 personas en el Uruguay por todo tipo de tumores. La tasa de mortalidad específica fue de 221,9 por 100.000 habitantes, mayor en hombres (263,7 por 100.000) que en mujeres (182,2 por 100.000). El cáncer continúa siendo la segunda causa de mortalidad, con 22,3% de las defunciones (1995). Como en años anteriores, el cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad neoplásica en los varones, seguido por los cánceres de próstata, recto y colon, estómago y esófago. En las mujeres, el cáncer de mama sigue ocupando el primer lugar, seguido por los de recto y colon, estómago, cuerpo y cuello uterino, y páncreas.

Accidentes y violencia. Los accidentes y efectos adversos constituyeron en 1995 la tercera causa de defunción, con 7,1% del total de muertes. La tasa de mortalidad correspondiente fue 70,3 por 100.000, lo que supone un aumento durante los últimos años (en 1991 fue de 45,2 por 100.000). Una posible razón de este aumento es el crecimiento del parque automotor en el país, que casi se triplicó entre 1991 y 1996.

Los accidentes en general y en especial los accidentes de tráfico son la primera causa de defunción en el grupo de menores de 30 años y dan cuenta de 28% de las defunciones de niños de 1 a 4 años y de 50% de las defunciones en el grupo de 15 a 19.

A partir de noviembre de 1995 se inició el registro de todos los accidentes de tráfico que ocasionan algún tipo de lesión física y obligan a trasladar a los accidentados a un servicio de urgencia. En diciembre de 1996 el Registro de Lesionados, radicado en el Ministerio de Salud Pública, funcionaba en la mayoría de los departamentos del país. Según sus datos, 56% de los lesionados en accidentes de tráfico fueron personas de 15 a 39 años de edad.

En marzo de 1997 se iniciaron las determinaciones de alcohol en aire espirado y de la alcoholemia a los conductores en Montevideo y diversas rutas nacionales. Según la ley, las personas que se niegan a la medición en aire espirado son consideradas como probablemente intoxicadas y pasan al juez competente. Se admiten hasta 0,8 mg de etanol por 100 ml en los conductores y 0 mg en los conductores profesionales.

Trastornos del comportamiento. En una encuesta realizada en 1995 para estudiar la prevalencia del tabaquismo en el Uruguay, casi 22% de una muestra representativa de las personas de más de 13 años de edad residentes en áreas urbanas de todo el país admitieron ser fumadores regulares. La prevalencia de tabaquismo fue mayor en Montevideo (23,6%) que en el interior del país (20,2%), con predominio en el sexo masculino (2,2 varones fumadores por cada mujer), siendo el grupo más fumador el de 30 a 39 años. Mientras que en los varones los fumadores predominan en las capas con nivel básico de instrucción, dedicados a tareas físicas, con ingresos bajos y

larga jornada laboral, en las mujeres las fumadoras predominan en grupos con nivel de instrucción medio o superior, dedicadas a tareas de tipo intelectual y con ingresos altos.

No existe buena información sobre el alcoholismo. La tasa de mortalidad por cirrosis hepática evolucionó de 8,5 por 100.000 en el período 1986–1991 a 11,0 por 100.000 en 1995, con un claro predominio en el sexo masculino.

La tasa de mortalidad específica por trastornos mentales aumentó significativamente, de 7,2 a 24,8 por 100.000 entre 1984 y 1995.

Salud oral. Se logró un descenso del índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) de 4,1 en 1991 a 2,5 en 1996 en los niños menores de 12 años en todo el país.

A partir de 1991 se inició la venta de sal fluorurada. Del total de ventas de sal para uso doméstico en el país en 1996, 60% fue fluorurada.

Enfermedades emergentes y reemergentes. En febrero de 1997 se diagnosticó en el Uruguay el primer caso de hantavirus, confirmado por laboratorio, en un paciente que sobrevivió. En 1996 se notificaron 382 casos de meningitis en todo el país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La Constitución de la República establece que “el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país (...) Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. Ya en 1934 se había promulgado la Ley Orgánica de Salud Pública, que creó el ministerio correspondiente y estableció sus cometidos en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas.

El Ministerio de Salud Pública es el organismo responsable de establecer normas y regular el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales. En los últimos años ha habido continuidad de las políticas del Ministerio en relación con la descentralización de los servicios —iniciada en 1987 y acelerada a partir de 1995—, la concentración de las acciones en problemas prioritarios y el mantenimiento de un moderado control estatal del sector privado.

El Gobierno desarrolla un proceso de reforma de las políticas sociales, orientado a mejorar la gestión pública, aumentar

la productividad, readecuar los servicios y racionalizar el gasto. Se considera prioritaria la reforma del sector público que paulatinamente debe dejar de ofrecer directamente los servicios no sustantivos del Estado. Esto se ha reflejado en una política del Ministerio orientada a aumentar su eficacia y eficiencia, manteniendo su deber de asegurar el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad y eficiencia aceptables. Se propone una disminución paulatina de sus actividades en la prestación directa de servicios, mediante el traspaso a terceros de funciones consideradas como no sustantivas y la redistribución de responsabilidades y de recursos a través de la aplicación de un modelo de gestión descentralizada de sus servicios de salud.

El Gobierno firmó en 1995 dos préstamos: uno con el Banco Mundial, para financiar el Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS) y otro con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para financiar el proyecto denominado Fortalecimiento del Área Social.

En el contexto del proyecto FISS, sobre la base de la estrategia jurídica aprobada en su momento por el Banco Mundial, se han elaborado dos anteproyectos de decretos, uno para crear un marco jurídico de funcionamiento de los hospitales públicos de gestión descentralizada y el otro para implementar el Registro Único de Cobertura Asistencial Formal, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Este registro permitiría reunir la información necesaria sobre cobertura asistencial de todos los habitantes del país, detectando así los casos de doble cobertura asistencial —muy frecuente en el Uruguay— e identificando las situaciones en que ello determina un perjuicio para la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) si no opera la cancelación de la obligación por asistencia por parte de la institución que corresponda.

En los últimos años se tiende a separar las funciones de regulación y de fiscalización de la administración de la asistencia. A partir de 1987, con la creación de la ASSE como organismo autónomo dentro del Ministerio de Salud Pública comenzaron a diferenciarse ambas funciones. El proyecto de transformación de la ASSE en un servicio descentralizado apunta en la misma dirección. Igualmente, a partir de 1995 se crearon los directores departamentales de salud con funciones similares a las del Director General de la Salud pero de ámbito geográfico restringido a su departamento.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR), creado en 1979, es una persona de derecho público, no estatal. Sus fines son recolectar y administrar los recursos necesarios para pagar los servicios de los llamados institutos de medicina altamente especializada. Los procedimientos que paga son de alta complejidad y de altos costos y está cubierta toda la población del país. El FNR financia intervenciones de cirugía cardíaca, implantación de marcapasos, prótesis de cadera, hemodiálisis crónica, trasplantes, tratamiento de quemados graves y, a partir de

1992, diálisis peritoneal crónica ambulatoria, prótesis de rodilla y litotricia. La lista de intervenciones cubiertas por el FNR puede ampliarse, reducirse o modificarse por resolución fundada de la Comisión Honoraria Administradora. Las fuentes de financiación del FNR son diversas, pero las esenciales son el aporte del Estado para la asistencia de los usuarios de los servicios del Ministerio y el aporte de las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), para cubrir la atención de sus afiliados, en general personas de ingreso medio o alto.

La reforma del sector salud

La estrategia para llevar a cabo la reforma del sector salud se basa en la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del Ministerio de Salud Pública.

Está en estudio la creación de un sistema de información sectorial de alcance nacional, cuyo desarrollo debe obligar a la selección de datos, a la producción de información adecuada al nuevo modelo de atención y a la implementación de una red de comunicaciones que vincule al conjunto de las instituciones públicas y privadas del sector.

El fortalecimiento del nivel ministerial central significa mejorar la capacidad de gobierno en la dirección del sistema, en la formulación de planes y programas de salud, en el establecimiento de normas técnicas, administrativas y financieras, en la coordinación de las actividades de los organismos públicos y privados y en la supervisión, auditoría y evaluación del cumplimiento de políticas y planes.

El proceso de descentralización de la gestión de los hospitales del Ministerio se inició en 1987 cuando se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), organismo público encargado de administrar los establecimientos hospitalarios pertenecientes al Ministerio.

En 1995 el Gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE. Dicho artículo no fue aprobado, quizá por la presión del sector privado del interior del país, que percibió a la ASSE como un potencial competidor.

El Ministerio ha continuado impulsando la descentralización, especialmente con la propuesta de crear hospitales públicos de gestión descentralizada. Los fines de ese proyecto —financiado por el Banco Mundial— son mejorar la gestión y administración de las unidades asistenciales, aumentar la eficiencia en la asignación y manejo de los recursos del sector, favorecer la coordinación funcional con el sector privado y obtener una utilización racional de la infraestructura hospitalaria existente.

Con la creación de hospitales públicos de gestión descentralizada se pretende mejorar la capacidad resolutoria de los servicios asistenciales, garantizando niveles de calidad de gestión reconocidos, así como formular un nuevo modelo de gestión del hospital público, basado en la medición de sus procesos y resultados y centrado en los costos y la calidad de los servicios. Cada hospital debe preparar presupuestos que definan el producto hospitalario, sus procesos de gestión y costos, lo que permitirá la evaluación de los servicios que se brindan, tanto en eficiencia como en eficacia técnica. También se busca definir un marco legal propio para la gestión de los hospitales e introducir los conceptos de responsabilidad de gestión y de dirección en la utilización de recursos y en la obtención de resultados.

En el proceso de transformación del hospital público en hospital de gestión descentralizada el Estado debe garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, asumiendo una función reguladora del sistema. Ello implica establecer modalidades alternativas de intervención en el mercado que contribuyan a garantizar un acceso más equitativo de la población a los servicios de salud, con el efecto consiguiente de redistribución del ingreso.

Dentro de la estrategia de reforma del sector salud se halla el llamado Proyecto Centro Médico. Dicho proyecto —financiado por un préstamo del BID por unos US\$ 80 millones— tiene como objetivo general “contribuir a la adecuación del sistema de salud a la realidad específica del país” y como objetivos específicos mejorar la formación de los recursos humanos y redefinir la función del Hospital Universitario en la red nacional de instituciones de salud.

Entre los obstáculos que han entorpecido el proceso de reforma y descentralización cabe mencionar la cultura centralista del país y los intereses creados de grupos de poder.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El subsector público del sistema de salud está compuesto por los servicios dependientes del Ministerio —prestados a través de la ASSE—, la Universidad de la República —a través del Hospital de Clínicas— los servicios de atención de salud de las intendencias municipales, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial y los servicios médicos de otras entidades públicas y entes autónomos. La ASSE proporciona servicios asistenciales a la población de escasos recursos. Dispone de 65 establecimientos asistenciales en todo el país, con 8.553 camas ubicadas en hospitales para pacientes agudos o crónicos (unas 2.300 para crónicos). El Hospital Universitario, con 700 camas, brinda atención de tercer nivel a los usuarios del Ministerio y mediante el pago de un arancel al resto de la población.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas tiene una cobertura aproximada de 220.000 personas y posee un hospital con 447 camas. La Sanidad Policial posee un hospital de 70 camas y tiene una cobertura aproximada de 120.000 personas.

El Banco de Previsión Social cubre la atención del embarazo y del parto de las trabajadoras o esposas de trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad. Posee un hospital propio y varios centros materno infantiles en Montevideo y en el departamento de Canelones. En el interior del país contrata los servicios con el Ministerio de Salud Pública o las instituciones de asistencia médica colectiva.

El Banco de Seguros del Estado cuenta con un hospital de 160 camas en Montevideo y contrata servicios a terceros en el interior. Cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores cubiertos por la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad.

Las intendencias municipales de todo el país brindan servicios de atención ambulatoria a la población general.

Los entes autónomos y servicios descentralizados son organismos estatales y paraestatales. Ofrecen servicios médicos muy diversos, desde la internación hasta el pago de la cuota de afiliación a un seguro privado, a elección del beneficiario.

El subsector privado está integrado por 53 instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), 68 seguros parciales de salud, varios institutos de medicina altamente especializada, los consultorios médicos particulares de pago por acto, sanatorios privados y algunas compañías de seguros extranjeras.

De todas las instituciones públicas y privadas del sector, las más importantes por cobertura son las IAMC, que atienden aproximadamente a 55% de la población. La cobertura pública mediante la ASSE llega aproximadamente a 28%, y con la sanidad militar y policial aproximadamente a 10%. Aunque se desconoce, se estima que la cobertura real de los seguros parciales alcanza un porcentaje importante de la población. Se estima que los seguros registrados en el Ministerio de Salud Pública proporcionan cobertura a unas 800.000 personas. Cubren ciertos tipos de atención médica, quirúrgica, de urgencias u odontológica.

Las IAMC son organizaciones privadas, sin fines de lucro, que ofrecen servicios a través de un seguro de salud prepago. Pueden ser de tres tipos: asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica; cooperativas profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social es aportado por los profesionales correspondientes; y servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar sin fines de lucro atención médica al personal de dichas empresas y a sus familiares.

Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen alto grado de autonomía. En 1983 se

determinó por decreto que ninguna puede tener menos de 10.000 afiliados; la mayor tiene 280.000. Existen tres tipos de afiliación a una IAMC: afiliación colectiva estatal a través de la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad, afiliación colectiva realizada por empresas privadas, y afiliación individual, en general de miembros de la familia de afiliados de alguna de las categorías anteriores.

Unas 35 IAMC son cooperativas de producción o de trabajo de grupos de médicos y están distribuidas en el interior del país, agrupadas en la llamada Federación Médica del Interior.

Los trabajadores de empresas privadas se suscriben a través de la Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad a un seguro obligatorio de enfermedad que los afilia a la IAMC de su elección, con una cobertura total de salud pero que no brinda atención a los dependientes. En caso de desempleo, el seguro cubre el período de mantenimiento del trabajador en el seguro de desempleo, hasta seis meses.

Las comisiones honorarias son instituciones de derecho público no estatal y se financian mediante porcentajes determinados de diferentes impuestos (de alcohol, tabaco, etc.) y tasas. Están integradas por delegados de instituciones públicas y privadas, incluidos gremios y organizaciones no gubernamentales. Hay cuatro comisiones honorarias de carácter nacional. La Comisión Honoraria para Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes tiene como principal cometido combatir la tuberculosis en todo el territorio nacional, hacerse cargo de todas las actividades de vacunación del país y de la detección selectiva del hipotiroidismo congénito. Las otras tres comisiones honorarias se ocupan de la salud cardiovascular, la lucha contra el cáncer y la lucha contra la hidatidosis.

Legislación sanitaria

En 1987 se creó por ley la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como organismo autónomo del Ministerio de Salud Pública. La ASSE tiene capacidad para transferir a los gobiernos departamentales la administración o el uso de establecimientos asistenciales propios y puede convenir con las IAMC el uso parcial de sus establecimientos.

El Fondo Nacional de Recursos fue creado en 1979 y entró a funcionar plenamente en 1981. Está dirigido por una Comisión Honoraria Administradora asesorada por varias comisiones técnicas.

En 1981 se promulgó la ley que regula la creación de las IAMC y en 1983 el decreto que reglamenta las inversiones en servicios de atención médica de las IAMC. En 1989 una ordenanza estableció las normas referentes a los seguros parciales de salud.

Al aprobarse la Constitución de 1967 se creó el Banco de Previsión Social (BPS), fijándole como cometidos "coordinar

los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social". El BPS centraliza la administración de los seguros de invalidez y administra igualmente las pensiones a la vejez.

En 1979 se alcanzó el máximo de centralización en materia de administración de seguros sociales al crearse una Dirección General de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y que absorbió las funciones del BPS e incorporó a su ámbito de actuación la administración de los seguros de enfermedad, cargas familiares, maternidad y desocupación. En 1986 se suprimió la Dirección General de la Seguridad Social y sus atribuciones fueron asumidas por el BPS, que se institucionalizó de nuevo.

En la reforma del Estado actualmente en curso se reafirman los dos cometidos sustantivos del Ministerio de Salud Pública: por una parte, la prevención y la asistencia gratuita a los indigentes y personas carentes de recursos suficientes; por otra, la promoción de la salud mediante el control y la disminución de los factores de riesgo asociados con enfermedades y el mejoramiento de la calidad, la oportunidad, la eficacia y la eficiencia de la atención a toda la población.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Programas de prevención y control de enfermedades. Desde hace varios años el Ministerio de Salud Pública considera prioritarios una docena de problemas, a saber: la morbilidad y mortalidad generadas por accidentes de tráfico; las enfermedades cardiovasculares; los hábitos tóxicos y adicciones; la mortalidad infantil y el embarazo y parto mal controlados; el sida; el cáncer de mama; el cáncer de pulmón; la salud oral; el aislamiento social de los ancianos; la enfermedad de Chagas; la hidatidosis; la violencia, en especial la doméstica; y las discapacidades por enfermedad ocular (ambliopía en niños y cataratas en ancianos) o auditiva.

En 1995 el Ministerio creó la Dirección de Promoción de la Salud, en la que se incluyó el Departamento de Educación para la Salud. Existe también la Junta Nacional de Drogas, dependiente directamente de la Presidencia de la República e integrada por varios organismos públicos.

El Uruguay se caracteriza por no tener desastres naturales de relevancia, a excepción de algunas inundaciones en invierno o incendios en verano. Frente a situaciones especiales como las mencionadas, se reúne el Comité Nacional de Emergencia, constituido por varios organismos públicos y directamente dependiente de la Presidencia de la República.

Sistemas de vigilancia epidemiológica. En el Uruguay existe un sistema único de vigilancia epidemiológica dirigido

y coordinado por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. Su objetivo es recomendar oportunamente a las autoridades medidas eficaces a corto, mediano y largo plazo para prevenir o controlar las enfermedades sujetas a vigilancia o las situaciones de salud inusitadas o epidémicas.

Las fuentes regulares de la notificación son las personas obligadas a informar, que son básicamente los médicos o las direcciones técnicas de las instituciones de salud. Los puestos centinela son servicios de notificación voluntaria elegidos específicamente por tener un elevado número de usuarios y buena disposición a informar. Las enfermedades de notificación obligatoria incluyen las transmitidas por los alimentos.

El Banco Nacional de Sangre, dependiente del Ministerio, regula, supervisa y controla todos los bancos de sangre del país. La donación es voluntaria y no remunerada. Se hace un estricto control previo de los donantes, mediante interrogatorio y posterior serología para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas. Las transfusiones son indicadas sin excepción por un médico, en la mayoría de los casos especialista en hemoterapia.

Servicios de agua potable y alcantarillado. Según el censo de 1985, 7,4% de la población carecía de abastecimiento de agua potable y el porcentaje de población con carencias críticas de saneamiento era de 8,5%. No se dispone de información reciente, pero según informes de Obras Sanitarias del Estado (OSE) en los últimos años se ha extendido la red de agua potable tanto en Montevideo como en el interior. El agua de la red tiene buenos controles sanitarios de potabilización y el abastecimiento corre exclusivamente a cargo de OSE, que se encarga también del control de las aguas superficiales y de las playas y de la información a la población del nivel de contaminación por colibacilos.

La cobertura de servicios de alcantarillado público llega a 43% de la población del país y a 51% de la población urbana. En Montevideo, la cobertura es de cerca de 80%. Cuando se complete la ampliación de dicho servicio —financiada con un préstamo del BID— se alcanzarán más de 95% de los hogares.

Servicios de manejo de residuos sólidos. La producción nacional de residuos sólidos de origen doméstico se estima en 2.000 toneladas diarias, que reciben diferentes formas de tratamiento según el departamento del país. En general destaca la carencia de una metodología racional para su disposición final. En cuanto a la disposición de los residuos hospitalarios, patogénicos y tóxicos, también se aprecian carencias para un adecuado manejo de los mismos.

Prevención y control de la contaminación atmosférica. Las condiciones favorables de dinámica atmosférica en el

país reducen la importancia de la emisión de contaminantes al aire. Así lo indican los datos de algunas mediciones en las que se determinó la concentración de partículas en suspensión y dióxido de azufre. Hay a veces episodios de contaminación en las zonas urbanas con actividad industrial, como consecuencia del uso de combustibles fósiles y de las actividades de la refinería de petróleo y fabricación de cemento.

Protección y control de los alimentos. Desde 1993 hasta mayo de 1997 se han confirmado por laboratorio 26 brotes de intoxicación alimentaria notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. Los agentes bacterianos fueron la causa más frecuente (89%), los alimentos de origen animal los más incriminados (73%) y el domicilio la localización más frecuente del brote (46%).

Programas de ayuda alimentaria. Desde hace más de 20 años el Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa de alimentación complementaria destinado a combatir la desnutrición y el bajo peso al nacer en la población cubierta por la ASSE, en concreto en los niños y embarazadas en situación de riesgo. Este programa ha sido reforzado por otros programas de ayuda alimentaria a cargo de organizaciones no gubernamentales y otros organismos vinculados al Gobierno y destinados no solo a las embarazadas y a los niños sino también a los adultos mayores.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En lo fundamental la infraestructura física, tanto en el subsector privado como en el público, no ha tenido variaciones importantes en las últimas décadas, aunque ha habido remodelaciones y ampliaciones de las instalaciones. En Canelones y Las Piedras —ambos en el área metropolitana de Montevideo— se han construido dos nuevos hospitales que entrarán pronto en funcionamiento.

En el contexto de los proyectos de cooperación técnica del Banco Mundial y del BID está en estudio el redimensionamiento de la red asistencial. En Montevideo hay gran número de camas hospitalarias, con un alto porcentaje de ocupación y un promedio de internación elevado. En el interior del país, el promedio de internación es adecuado, pero el porcentaje de ocupación es de alrededor de 50%. Si para el número de egresos que produce el subsector público se aplica el período promedio de hospitalización del subsector privado, sería suficiente contar con la mitad de las camas, lo que implica la necesidad de reconsiderar no solo el número de establecimientos, sino fundamentalmente el funcionamiento dentro de cada uno.

El sector privado requiere autorización del Ministerio de Salud Pública para la construcción de nuevos hospitales y la importación de equipos de más de US\$ 20.000. El Ministerio puso en funcionamiento a mediados de los años ochenta una Unidad de Tecnología Médica, que analizaba los pedidos de ingreso de tecnología al país solicitados por el sector privado, no solo desde el punto de vista técnico, sino también en cuanto a su eficacia y su necesidad para el país. Sin embargo, una vez autorizado un equipo, al no haber regulación del precio cargado por su utilización se creaban situaciones de monopolio u oligopolio de difícil manejo, lo que promovió que grupos de poder presionaran y lograran evadir la reglamentación, importando equipos y llevando así a la disminución de los precios por efecto de la competencia. Por otra parte, el control solo afectaba al sector privado. En el sector público los equipos se adquirían sin más a demanda del director de la institución, según la disponibilidad de fondos, sin planificación fundamentada en la necesidad de la población o en el establecimiento de niveles de atención. Actualmente no existe presupuesto ni infraestructura adecuada, ni un programa de mantenimiento. El país no cuenta con un inventario nacional de equipamiento público o privado. No hay datos sobre disponibilidad de repuestos o capacitación del personal.

Se estima que el sector sanitario privado, formado por las IAMC y los sanatorios privados, tiene unas 3.500 camas de internación de agudos en todo el país. Las IAMC administran un total de 2.800 camas, de las cuales 1.800 están en Montevideo. Los sanatorios privados —5 en Montevideo y 34 en el interior— disponen en total de unas 700 camas.

Según datos de 1996, en las IAMC hay un promedio anual de 5,5 consultas por afiliado y 121 egresos hospitalarios y 495 días de hospitalización por cada 100 afiliados. El promedio de internación es de 4,2 días y en 37% de los partos se hace cesárea. Se emiten 10,9 recetas por afiliado y año y 1,9 recetas por consulta. Del total de afiliados de las IAMC 16% son mayores de 64 años.

Insumos para la salud

La provisión de medicamentos en el país es adecuada, sin que haya problemas ni en el sector privado ni en el público. Desde 1971 el Ministerio de Salud Pública publica periódicamente una lista de medicamentos esenciales (la última en 1996), con su denominación genérica internacional.

El gasto farmacéutico es de 15% a 20% del gasto total del sector. Las adquisiciones se realizan mediante licitación pública o negociación con los laboratorios. Los medicamentos que se comercializan deben estar registrados en la Dirección de Control de Medicamentos y Afines del Ministerio, donde se evalúan distintos aspectos, entre ellos la calidad, que es supervisada por el Laboratorio de Calidad del Ministerio.

Los medicamentos se proporcionan sin costo a quienes tienen el carné de asistencia del Ministerio.

La vacunación se realiza a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio, en servicios de vacunación tanto del sector público como del sector privado. La dirección del PAI es competencia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio. En todos los puestos de vacunación (públicos y privados) las vacunas son gratuitas y se atiende a todas las personas sin excepciones. Las vacunas indicadas en el PAI (contra la tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis) son obligatorias por ley. Además se vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Al personal de salud en riesgo por estar en contacto con enfermos y a quienes están en diálisis crónica se les vacuna también contra la hepatitis B.

Recursos humanos

En las categorías de médicos, dentistas, farmacéuticos y auxiliares de enfermería el número de profesionales en relación con la población es adecuado. Se cuenta con 11.928 médicos (3,7 por 1.000 habitantes) y 4.069 dentistas (1,3 por 1.000 habitantes). Por otra parte, faltan profesionales de enfermería, de los que hay tan solo 2.230 (7 por 10.000 habitantes).

La formación de recursos humanos no está planificada. El ingreso es libre para quien cumpla los requisitos, sin cupos para el ingreso de estudiantes. Sin embargo, en las últimas décadas se ha manifestado la preocupación por el tema y las asociaciones médicas están promoviendo la regulación del ingreso a la Facultad de Medicina. No solo se está considerando la cantidad de médicos, sino también la distribución por especialidades. Se considera que hay una sobrespecialización basada en la tecnología y una carencia de gerentes y administradores de servicios de salud y especialistas en salud pública (epidemiólogos y economistas sanitarios).

Investigación y tecnología en salud

En el Uruguay se realiza muy poca investigación, sobre todo en el área de los sistemas de salud y de la tecnología, aunque la investigación epidemiológica está algo más desarrollada y de hecho sus resultados orientan las políticas para la resolución de problemas concretos. En otras áreas solo existe conciencia del problema e investigaciones puntuales sobre algunos temas. Por otra parte, la preparación de los profesionales de salud en cuanto a conceptos y metodología de la investigación es insuficiente. En estos aspectos la formación de los integrantes del equipo de salud es muy heterogénea. En el área tecnológica no se hacen investigaciones pre-

vias a la incorporación de tecnologías ni evaluación posterior de los resultados de las mismas. Las limitaciones son fundamentalmente la falta de formación y la ausencia de políticas firmes que exijan el resultado de investigaciones para tomar decisiones.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto en salud en 1995 fue de US\$ 1.781 millones, lo que representa 10,0% del producto interno bruto (PIB) y US\$ 564 por persona. Se confirma la tendencia al crecimiento: como porcentaje del PIB el gasto sanitario total fue de 6,2% en 1982 y de 8,3% en 1992.

Del gasto total en salud en 1995, 28,6% correspondió al sector público y 71,4% al sector privado. Se mantuvo así la distribución tradicional del gasto entre el sector público (alrededor de 30%, con tendencia a la baja) y el sector privado (poco más de 70% del gasto, con tendencia al alza).

La parte más importante del gasto en 1995 correspondió a las IAMC, con 49,6%. A la ASSE le correspondió 15,1%; al gasto en farmacias externas (no intrahospitalarias) 6,4%; a los seguros parciales de salud 5,9%, y al aporte de las IAMC (a través de un recargo en las cuotas de prepago a sus afiliados) al Fondo Nacional de Recursos, 3,9%. La participación del resto de los efectores varió entre 1% y 2% del gasto total en salud del Uruguay.

El gasto de las cuatro Comisiones Honorarias (de Lucha contra el Cáncer, de Salud Cardiovascular, de Lucha contra la Hidatidosis y de Lucha Antituberculosa) incluidas en el sector público, solo representó 0,5% del gasto en salud en 1995, con un monto de unos US\$ 9 millones.

Del total del gasto, incluidos los sectores público y privado, 45,7% se destinó a retribuciones personales, 24,9% a materiales y otros, 16,7% a medicamentos, 9,5% a contratación de terceros y 3,2% a inversiones.

En 1995, considerando conjuntamente los sectores público y privado, 42,1% del financiamiento del gasto provino de las cuotas mensuales que pagan los afiliados a las IAMC; 25,4% de pagos directos de los usuarios; 23,3% de impuestos generales; 3% de retenciones sobre las retribuciones de los trabajadores que se aplican con destino al seguro de salud y a otros organismos de la seguridad social; 0,8% de recursos extrapresupuestarios de instituciones del sector público, y 5,5% de primas de seguros como los de emergencia médica móvil y gastos privados directos como tales.

En el sector público, en 1995 el financiamiento del gasto sanitario procedió fundamentalmente de los impuestos, que financiaron 81,1% del gasto; 9,1% procedió de retenciones a las retribuciones, 6,7% de venta de servicios y 2,9% de recursos extrapresupuestarios de instituciones del sector público.

En el sector privado, 59% de la financiación provino de cuotas mutuales, 33% de ingresos por venta de servicios, 0,5 de retención a las retribuciones y 7,5% de otras fuentes tales como seguros parciales de salud, atención privada exclusiva y casas de salud para ancianos.

Cooperación técnica y financiera externa

En 1995 se anunció un proyecto de cooperación entre el BID y el Gobierno del Uruguay, en el programa denominado Fortalecimiento del Área Social (FAS), que con un presupuesto de US\$ 42,5 millones —US\$ 12,5 millones aportados por el Gobierno y US\$ 30 millones financiados por un prés-

tamo del BID— ejecutará proyectos de infraestructura y reforma en educación, salud, trabajo, justicia, nutrición e información social. Los objetivos específicos en salud son iniciar un proceso de reforma del sector público, mejorar la eficiencia institucional, adecuar la oferta de prestaciones de salud a las características epidemiológicas y necesidades de la población, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos.

Hay otro proyecto para fortalecer la gestión descentralizada de los hospitales, financiado por el Banco Mundial.

Según estudios realizados por la Comisión de Economía y Salud del Sindicato Médico del Uruguay, la cantidad de ayuda internacional recibida equivale aproximadamente a 0,1% del gasto en salud.