

PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA

Octubre, 2009

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (HSS-SP)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PERFIL DE SISTEMAS DE SALUD DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Octubre 2009

(3ra. Edición)

Área de Servicios y Sistemas de Salud (*HSS-SP*)

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

978-92-75-33051-7



9 789275 330517

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Perfil del Sistema de salud República Oriental del Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma”

Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33051-7 (Electrónico)

978-92-75-33072-2 (Impreso)

I. Título

1. SERVICIOS DE SALUD – provisión y distribución
2. PERFIL DE SALUD
3. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
4. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS
5. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD – normas
6. URUGUAY

NLM WA540.DU7

Washington DC, Septiembre 2009

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

AUTORIDADES

Ministra de Salud Pública
Dra. María Julia Muñoz

Sub-Secretario
Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de Secretaría
Ec. Daniel Olesker

Director General de Salud
Dr. Jorge Basso Garrido

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Álvaro Baz

Manuel Bianchi

Marisa Buglioli

Mónica Castro

Sandra Moresino

Sergio Núñez

Cecilia Parada

Andrés Prieto

María José Rodríguez

Marcelo Setaro

Diego Soria

Aníbal Suárez

También queremos agradecer calurosamente a la OPS, a su Representante en Uruguay, Dr. Fernando Dora, y al Asesor Regional, Dr. Carlos Rosales.

TABLA DE CONTENIDOS

LISTADO DE SIGLAS	I
RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCIÓN	5
1.CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD	11
1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	11
1.1.1 Análisis Demográfico	11
1.1.2 Análisis Epidemiológico	12
1.1.3 Objetivos del Desarrollo del Milenio	14
1.2 DETERMINANTES DE SALUD	18
1.2.1 Determinantes Políticos	18
1.2.2 Determinantes Económicos	23
1.2.3 Determinantes Sociales	24
1.2.4 Determinantes Medio Ambientales	28
2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	32
2.1 RECTORIA	32
2.1.1 Mapeo de la Autoridad Sanitaria	32
2.1.2 Conducción de la Política General de la Salud	33
2.1.3 Regulación Sectorial	38
2.1.4 Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública	39
2.1.5 Orientación del Financiamiento	39
2.1.6 Garantía del Aseguramiento	41
2.1.7 Armonización de la Provisión	42
2.2 FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO	42
2.2.1 Financiamiento	42
2.2.2 Aseguramiento	46
2.3 PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD	51
2.3.1 Oferta y Demanda de Servicios de Salud	51
2.3.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud	52
2.3.3 Medicamentos y Otros Productos Sanitarios	54
2.3.4 Equipo y Tecnología	56
2.3.5 Calidad de los Servicios	57
2.4 MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD	58
3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA	59
3.1 Efecto sobre los “Principios Orientadores de las Reformas”	59
3.1.1 Equidad, Cobertura y Acceso	59
3.1.2 Participación Social	61
3.2 Efectos sobre el “Sistema de Salud”	62
3.3 Efectos sobre la “Salud de la Población”	62
3.3.1 Salud Bucal	62
3.3.2 Construcción de Política Pública	64
3.3.3 Acciones Asistenciales	64
3.3.4 Seguimiento y Monitoreo del Componente Salud Bucal en el Sistema	65
3.3.5 Comunidades y Escuelas Saludables	65
3.3.6 Control de Tabaco	66
3.3.7 Enfermedades Cardiovasculares	69
BIBLIOGRAFÍA	71



LISTADO DE SIGLAS

ALADI:	Asociación Latinoamericana de Integración
ANEP:	Administración Nacional de Educación Pública
ASSE:	Administración de Servicios de Salud del Estado
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
BPC:	Bases de Prestaciones y Contribuciones
BPS:	Banco de Previsión Social
DINAMA:	Dirección Nacional de Medio Ambiente
ENHA:	Encuesta Nacional Ampliada de Hogares
FONASA:	Fondo Nacional de Salud
FNR:	Fondo Nacional de Recursos
GPS:	Gasto Público Social
IAMC:	Institución de Asistencia Médica Colectiva
INAMU:	Instituto Nacional de la Mujer
INE:	Instituto Nacional de Estadística
ISEF:	Instituto Superior de Educación Física
JUNASA:	Junta Nacional de Salud
JND:	Junta Nacional de Drogas
MEC:	Ministerio de Educación y Cultura
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
MERCOSUR:	Mercado Común del Sur
MGAP:	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
MIDES:	Ministerio de Desarrollo Social
MIEM:	Ministerio de Industria, Energía y Minería.
MSP:	Ministerio de Salud Pública
MTOP:	Ministerio de Transporte y Obras Públicas
MVOTMA:	Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONU:	Organización de Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OSE:	Obras Sanitarias del Estado
PANES:	Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social
PIAS:	Plan Integral de Atención en Salud
PIB:	Producto Interno Bruto
PNUD:	Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo
PPENT:	Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles
SINADI:	Sistema Nacional de Información
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS:	Seguro Nacional de Salud
UDELAR:	Universidad de la República

RESUMEN EJECUTIVO

La República Oriental del Uruguay limita al oeste con la Argentina, al norte y al nordeste con la República Federativa del Brasil, y al este y al sur con el Océano Atlántico y el Río de la Plata. Tiene una superficie terrestre de 176.215 km² y un área marítima de 125.057 km². El suelo es ondulado; tiene una altitud media de 117 m y una máxima de 514 m, y una franja costera de tierras bajas y fértiles. El clima es templado, con cuatro estaciones en las que ocasionalmente se presentan heladas y granizos, fuertes vientos, sequías e inundaciones.

La Nación adopta la forma de gobierno democrático republicana. El Estado está conformado por tres poderes: el Poder Ejecutivo, el Poder Legislativo y el Poder Judicial. La estructura de las relaciones entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo confirman la existencia de un sistema presidencialista de gobierno (elección directa del jefe de gobierno por la ciudadanía y mandatos de gobierno fijos e independientes). El Poder Ejecutivo es ejercido por el Presidente, actuando con el Ministro o los Ministros respectivos, o con el Consejo de Ministros. El Poder Legislativo es bicameral, tanto la Cámara de Representantes como la de Senadores se integran por el principio de representación integral proporcional. Tanto el Poder Legislativo como el Ejecutivo tienen una duración de 5 años. El Poder Judicial es ejercido por la Suprema Corte de Justicia y por los Tribunales y Juzgados. Los integrantes de la Suprema Corte de Justicia son designados por los miembros del Poder Legislativo reunidos en Asamblea General por mayoría especial.

Además de la elección de los representantes políticos la Constitución le permite a la ciudadanía contar con institutos de participación directa, tales como, la iniciativa popular, el recurso de referéndum y el plebiscito cuya diferencia con el anterior radica en que sólo se utiliza para actos constitucionales. El Estado uruguayo es unitario, se encuentra dividido territorialmente en 19 departamentos. Cada Departamento tiene un Gobierno Municipal compuesto principalmente por el Intendente y la Junta Departamental.

Actualmente se estima que Uruguay cuenta con una población de 3.344.938; donde el 40% de ésta vive en la capital del país (Montevideo). Uruguay muestra también un alto grado de urbanización, 93% de la población se concentra en zonas urbanas.

La estructura por edad del país pauta un incremento del peso relativo de la población mayor de 65 años, esta representa el 13,6%. Dicho envejecimiento viene siendo acompañado por una disminución de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida. Para este año se estima que la tasa bruta de natalidad sea de 14,5 por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer llegue a 76,1 años para ambos sexo.

Estos cambios experimentados a lo largo del tiempo, repercutieron directamente en la dinámica demográfica del Uruguay. La tasa global de fecundidad (TGF) pasó de 2,5 hijos en 1996 a 2,1 en el 2004; este comportamiento tiende a seguir disminuyendo, para este año se estima que dicha tasa se encuentre por debajo de la línea de reemplazo.

En cuanto a la mortalidad, la tasa bruta (TBM) se mantuvo estable a lo largo de la última década, actualmente se producen 9,34 defunciones por cada mil individuos. La tasa de mortalidad infantil (TMI) fue para el 2008 de 10,6 por mil nacidos vivos; donde la mortalidad neonatal fue de 5,9 y la posneonatal fue de 4,8 por mil.

De acuerdo a datos del 2007, las principales defunciones son debidas a los siguientes cinco grupos de causas (CIE-10): enfermedades del aparato circulatorio 317,4; tumores (neoplasias) 230,6; enfermedades del aparato respiratorio 104,9; causas externas 64,3; y enfermedades del SNC 45,6 (tasa por 100.000 habitantes).

En el período de 2000 a 2004 la economía atravesó una fase recesiva; cuyo auge se vivió en el 2002, dando inicio a una profunda crisis social, económica y financiera. El PIB per cápita pasó de ser en el 2000 de US\$ 6.043 a US\$ 3.339 en el 2003; en el 2005 se comienza nuevamente una leve recuperación aumentando el PIB a US\$ 5.081 y culminando en el 2008 en US\$ 7.075.

A partir de este mismo año 2008, las nuevas políticas sociales y económicas implementadas por el nuevo gobierno comienzan a generar una recuperación que se ve plasmada en una reducción de las condiciones de pobreza y la tasa de desempleo. Para el 2000 la tasa de desempleo era de 12,6%; ascendiendo aun más en el 2002 a 16,9%; en el 2008 se nota una clara recuperación del empleo que se refleja en la caída del desempleo a 7,5%. Esta recuperación fue acompañada por un descenso de la población que vivía en condiciones de pobreza, la misma era para el año 2004 de 32,1%, con una concentración en la población infantil (56,5% de los niños y niñas menores de 5 años vivían bajo la línea de pobreza); para el 2008 la población que vivía en condiciones de pobreza descendió significativamente a 13,9%.

El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay está constituido por los subsectores público y privado. Varias instituciones componen el sector público de prestación de servicios de salud. La red de servicios de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) es la principal del país, y comprende hospitales, centros de salud y policlínicas. Da cobertura a una población de 1.192.580 personas, aproximadamente 36% de la población total del país. Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta con infraestructura hospitalaria propia en Montevideo, con 450 camas y servicios de enfermería en las unidades militares del resto del país. Brinda cobertura a aproximadamente 250.000 personas (militares en actividad y retirados y sus familiares). Sanidad Policial tiene una infraestructura hospitalaria de 132 camas en Montevideo y en el interior contrata servicios de ASSE y de prestadores privados. Da cobertura a 70.000 personas (policías en actividad, retirados y familiares). La Universidad de la República mediante el Hospital de Clínicas cubre población de ASSE y actualmente funciona con 450 camas. El Banco de Previsión Social cuenta con el Servicio Materno Infantil con instalaciones propias ambulatorias y brinda cobertura a cónyuges e hijos de beneficiarios del Seguro de Enfermedad, que no cuenten con cobertura privada. El Banco de Seguros del Estado dispone de un sanatorio propio de 160 camas en Montevideo y contrata servicios en el interior del país. Cubre accidentes laborales y enfermedades profesionales del sector privado de la actividad. La mayoría de las Intendencias Municipales cuentan con atención de primer nivel, mediante convenios con ASSE.

En el sector privado se ubican las IAMC (instituciones sin fines de lucro), con 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integrales de prepago, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país. El Ministerio de Salud Pública (MSP) determina sus prestaciones obligatorias, controla, supervisa la asistencia, su economía y finanzas. La mayoría de estas organizaciones cuentan con servicios de internación propios y sus beneficiarios ascienden a 1.806.750 personas. Las instituciones tienen entre 3.000 y 240.000 afiliados cada una. Los siete Seguros Privados son empresas privadas (con fines de lucro), que brindan prestaciones asistenciales integrales en régimen de prepago a unas 74.789 personas.

En relación a los Recursos Humanos en Salud, para el año 2005 Uruguay contaba con 13.390 médicos, llegando a 2009 con una dotación de 14.535. Para el mismo período se contaba con 3.542, llegando a 4.324 enfermera/os universitarias. La densidad de RRHH en Salud para el 2005 era de 53 cada 10.000 habitantes, teniendo en la actualidad una densidad de 59 cada 10.000 habitantes.

A partir de 2005, se inició una reforma estructural para el sector salud, la cual se consolida en 2007 con la aprobación del SNIS por medio de la Ley 18.211 que garantiza la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad a los servicios de salud. La reforma introduce tres cambios estratégicos para su implementación, el cumplimiento de sus objetivos y fines. En tal sentido se trazan cambios en el Modelo de Atención; Modelo de Financiamiento; y Modelo de Gestión.

A su vez, para desarrollar el proceso de cambio del sector salud, también, se contó con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) continúa desarrollándose para dar cumplimiento a las resoluciones de los Consejos Directivos y de las autoridades sanitarias nacionales y departamentales, en el marco de la Estrategia de Cooperación País 2006-2011 y expresada en los planes de trabajo bianual.



INTRODUCCIÓN

Durante años, la compleja articulación de instituciones públicas y privadas que caracterizó al sistema de salud en Uruguay, se mantuvo casi intacta a pesar de los cambios ocurridos en los determinantes económicos y sociales del país. Una de las características salientes del sistema hasta la entrada en vigencia de la reforma actual, era su fragmentación y segmentación.

La atención brindada por los prestadores públicos quedaba restringida a la población de menores ingresos, es decir de quienes no podían hacer frente al pago de las cuotas de las instituciones privadas. Por su parte, las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) orientaban la atención hacia los grupos de ingresos medios y altos que pagaban las cuotas mutuales de su bolsillo. A demás brindan cobertura a los trabajadores privados y públicos del sector formal a través del sistema de seguridad social. Asimismo existía un gran número de trabajadores públicos que contaban con cobertura de salud a partir de esquemas particulares. El mismo se complementaba con seguros integrales y parciales.

En la medida que el cobro de las tasas moderadoras para consultas, estudios y retiro de medicamentos dejó de ser solamente un mecanismo moderador de la demanda, para transformarse en un elemento clave para el financiamiento de las instituciones, determinó que un creciente número de personas tuviera cobertura formal en las instituciones privadas, pero no hiciera uso de los servicios porque los costos de las tasas moderadoras operaban como una barrera para la atención. Esto en particular se verificaba para los afiliados a las IAMC en forma obligatoria a través de la seguridad social y que estaban inhibidas de elegir como prestador a los servicios públicos.

Por su parte, los recursos que los distintos gobiernos fueron destinando al subsistema propiamente estatal, fueron cada vez menores con la consecuente reducción de la calidad de la atención.

El resultado de esos elementos fue la estratificación de la población en cuatro franjas en relación con su cobertura de salud:

- 1- Aquellas personas que no podían afrontar los costos de afiliación a una IAMC y debían recurrir al subsistema público, el que sufría carencias de recursos cada vez mayores.
- 2- Aquellos que pagaban una cuota mutual a las IAMC y en muchos casos con problemas de atención en función del valor de las tasas moderadoras. En esta situación se encontraban también afiliados a las IAMC a través de la seguridad social y que podían elegir al sector público como prestador.
- 3- Aquellos que siendo usuarios de las IAMC pueden además afrontar el pago de tasas moderadoras y otros servicios privados adicionales, como emergencia médica con unidades móviles, etc.
4. Una cuarta franja constituida por sectores sociales con ingresos altos que contratan seguros privados de salud.

La crisis económica vivida por el país a comienzos de la década, determinó el incremento de la Tasa de Desempleo, lo cual implicó un aumento de la población sin cobertura de salud a través del sistema de seguridad social, y a la vez una caída de los ingresos de los hogares, reforzando la dificultad de hacer frente al pago de las tasas moderadoras en el subsector privado, lo que también repercutió en una pérdida de los mecanismos de protección social.

Estos hechos determinaron una disminución de los recursos fiscales destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo que a su vez redundó en una caída del gasto per cápita en el subsector público, con graves consecuencias en la equidad de la atención a la salud.

Tabla 1: Recursos de ASSE, Uruguay 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009(*)
Presupuesto ASSE	6.185.041.671	6.094.326.538	7.115.161.933	8.088.934.101	9.575.327.869	9.798.486.643
Ingresos por FONASA	-	-	-	-	-	867.277.838
Presupuesto total ASSE	6.185.041.671	6.094.326.538	7.115.161.933	8.088.934.101	9.575.327.869	10.665.764.481
Usuarios ASSE	1.554.488	1.510.718	1.484.543	1.301.347	1.210.592	1.201.633
Cápita (mensual)	332	336	399	518	659	740

FUENTE: Planificación Estratégica de ASSE sobre la base a datos de Dirección de Recursos Económicos y Financieros de ASSE. Precios constantes de 2008 (*) Proyección.

A partir de 2005 y particularmente a partir de la aprobación del Presupuesto Nacional 2005-2009, el monto de recursos destinado a ASSE ha crecido significativamente, lo cual determinó un aumento del gasto per cápita que pasó de US\$ 332 en 2004 a US\$ 659 en 2008, lo que representa un incremento en términos reales de 98,5%.

NORMAS ANTERIORES

La legislación existente en materia de salud hasta la entrada en vigencia de la reforma era muy variada y fue cambiando a lo largo del tiempo.

El Decreto-Ley N° 14.407 de 1975 creó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad como servicio descentralizado y estableció como su principal cometido asegurar por medio de la regulación del MSP la asistencia médica completa, ya fuera a través de instituciones prestadoras privadas o públicas. Dicha ley definía como beneficiarios del régimen a los trabajadores privados de un conjunto amplio de sectores que se encontraran en forma permanente o accidental en relación de dependencia o trabajo remunerado, a los trabajadores de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y a los trabajadores acogidos al Seguro de Desocupación y los pre-jubilados.

El financiamiento de la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad se obtenía a partir de los aportes patronales (correspondientes al 5% de la nómina laboral) y de los empleados (3% de las remuneraciones o subsidios, percibidos por trabajador). En dicha ley también se definían las condiciones bajo las cuales se podían constituir Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de enfermedad a través de convenios colectivos entre empresas y trabajadores que decidieran por voluntad mutua salir del régimen general para constituir uno particular.

Durante la dictadura militar (1973-1985), fueron incorporados al régimen los empresarios unipersonales cuya actividad estuviera vinculada con aquellas actividades comprendidas en el Decreto-Ley 14.407. En estos casos los aportes a realizar por los beneficiarios equivalía a la suma de las tasas establecidas para la contribución obrera y para la contribución patronal sobre el salario mínimo nacional.

En este periodo a la vez que se suprimieron varias instituciones de la seguridad social (Banco de Previsión Social, Consejo Central de Asignaciones Familiares, etc.), también se eliminó la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad y se decidió concentrar todo lo relativo a la seguridad social en la Dirección General de Seguridad Social (DGSS). Esta Dirección, creada como una dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, incluía como una de sus unidades a la Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) que centralizó los cometidos que tenía anteriormente la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad.

Luego, durante el primer gobierno democrático se sancionó la Ley 15.800 que reinstauró el Banco de Previsión Social (BPS) y suprimió la Dirección General de Seguridad Social.

En la Ley de Rendición de Cuentas de 1991 se estableció que el Poder Ejecutivo fijaría mensualmente el valor promedio de la cuota de afiliación mutua lo que se tomaría como base para la determinación del aporte patronal al seguro social de enfermedad. La cuota mutua que el BPS abonaba a las entidades prestadoras de servicios, se estableció que también sería fijada por el Poder Ejecutivo en un porcentaje del valor promedio de cada institución ponderado por el número de afiliados, ubicándose entre un 85% y un 90% del mismo, por lo cual, el BPS pagaba tantos valores de cuota como instituciones existían.

Esta ley establecía además, que el aporte patronal debería cubrir la diferencia que podía darse entre las contribuciones con destino al seguro social de enfermedad y el valor de la cuota mutua promedio que el BPS abona a las instituciones de asistencia.

Luego, en el marco de la reestructuración global del sistema de seguridad social durante 1996, se aprobó la Ley 16.713 que modificó algunos aspectos de los Seguros Sociales por Enfermedad. En primer lugar, estableció que aquellos afiliados pasivos jubilados como trabajadores dependientes en actividades amparadas en el BPS tendrían derecho a percibir el beneficio de la cuota mutua siempre que se ubicaran en la franja de bajos ingresos. Con el objetivo de financiar este beneficio se estableció que los afiliados pasivos contribuirían con un 3% y 1% sobre sus pasividades en caso de ser titulares del beneficio y en los restantes casos, respectivamente.

En 2001 se estableció que los trabajadores dependientes del sector rural quedaban exonerados del aporte correspondiente al seguro por enfermedad y se sustituyó la prestación prevista, por el derecho a atenderse en los servicios del Ministerio de Salud Pública con arancel cero.

En lo que refiere a los funcionarios públicos, en la Ley 15.903 de 1987 se estableció que aquellos funcionarios públicos de un número importante de incisos que percibieran hasta cuatro salarios mínimos nacionales y se afiliaran a una IAMC, percibirían una contribución para el pago de las cuotas mutuales. Adicionalmente, se estableció el monto de dicha contribución de acuerdo a los ingresos percibidos. Estos montos fueron modificados en diciembre de 1988, en el Art. 11° de la Ley 16.002 donde además se estableció que la contribución no podía exceder el importe mensual que los funcionarios pagaban a la IAMC y se extendió el beneficio a las Amas y Cuidadoras del Instituto Nacional del Menor. Posteriormente, con el Art 21° de la Ley

16.170 aprobada en diciembre de 1990, se estableció que el Poder Ejecutivo tendría la opción de reajustar los montos de las contribuciones en base a la variación registrada por las cuotas de las IAMC.

CONJUNTO DE NORMAS VIGENTES

La propuesta de gasto y financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se basa en un Seguro Nacional de Salud (SNS) que está articulado sobre la unificación de los recursos que se vuelcan al financiamiento del sistema en un único fondo de financiamiento. Este fondo único está destinado a financiar un conjunto definido de servicios médicos para toda la población, ya sean de alta, mediana y baja complejidad.

Los usuarios del sistema aportan al Fondo un porcentaje de su ingreso y obtienen atención médica de parte de los prestadores. Por su parte, los organismos que administran el Fondo pagan a los prestadores una cápita ajustada por sexo y edad del usuario, y un pago fijo por afiliado ó usuario condicionado al cumplimiento de metas asistenciales.

La Ley 18.131 creó el fondo único de financiamiento denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA), al que se le estableció el objetivo de financiar el régimen de prestación de asistencia médica de un colectivo de trabajadores dentro de los que se incluía a los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS (exDISSE), los jubilados de menores ingresos que hubieran optado por este seguro y los funcionarios públicos y otros dependientes del estado.

El detalle de aportes que recibe el Fondo es el siguiente:

- Un aporte del Banco de Previsión Social (BPS) equivalente al monto que debe abonarse a las prestadoras de servicios de salud por concepto de cuotas mensuales de prepago de los trabajadores y jubilados de menores ingresos;
- Un aporte de 3% sobre las retribuciones sujetas a montepío de los funcionarios públicos incorporados al seguro a partir de agosto de 2008;
- Un aporte de 5% sobre el mismo monto que el punto anterior que estará a cargo del organismo empleador de los funcionarios públicos incluidos en los literales b), c) y d) del Art. 2º (y de otros funcionarios públicos que incluya el Poder Ejecutivo en este régimen).

El Art. 5º de la mencionada ley establece que los beneficiarios del FONASA podrían optar entre afiliarse a las instituciones prestadoras privadas contratadas por el BPS o a ASSE. Quedaban exceptuadas de esta afiliación, aquellas personas que se encontraran amparadas en otros regímenes que aseguren una cobertura asistencial en un nivel no menor al que tendrían derecho por el FONASA, dejándose constancia que en ningún caso se admitiría la doble cobertura asistencial al amparo de este sistema, además se establece como obligatorio la realización del aporte al Fondo.

Asimismo, la ley define que el BPS es el encargado de la administración del FONASA y, abona, por orden de la Junta Nacional de la Salud, una cuota ajustada por edad y sexo, uniforme a todos los prestadores por los que optaron los beneficiarios además de una cuota variable asociada al cumplimiento de metas asistenciales. Este último componente de la cuota salud se ajustará periódicamente de acuerdo a la variación del IPC y se establece que ante la verificación del incumplimiento de las metas se determinará que se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente.

En cuanto al financiamiento de ASSE, la Ley 18.131 establece que provendrá de las cuotas que perciba por quienes opten por este prestador y del excedente que surja de los aportes realizados por la aplicación de la ley tras el pago a los restantes prestadores.

Por su parte, la Ley 18.211 es la que formalmente crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) que es financiado a través del FONASA y está constituido en el BPS, aunque es la Junta Nacional de Salud creada por esta ley quien está a cargo de la administración del mismo.

Esta ley establece que los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones de acuerdo al siguiente esquema:

- 6% aquellos cuyas retribuciones mensuales superen las 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) y tengan hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad a cargo.¹
- 4,5% aquellos cuyas retribuciones mensuales superen las 2,5 BPC y no tengan hijos a cargo.
- 3% aquellos cuyas retribuciones mensuales no superen las 2,5 BPC independientemente de si tienen hijos a cargo o no.

En esa ley se avanza también respecto del caso de los empleados públicos y otros dependientes del Estado incorporados al SNS, para quienes se establecía que aportarían 3% sobre sus retribuciones, se establece que deben aportar un porcentaje adicional cuando sus retribuciones superen las 2,5 BPC de acuerdo al siguiente detalle:

- 3% si tienen hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad a cargo.
- 1% si no tienen hijos a cargo.

Los trabajadores incorporados al SNS y que se ampararán al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizarán los aportes sobre el total de haberes jubilatorios.

A su vez, los jubilados que fueron no dependientes en actividades amparadas por el BPS cuyo haber jubilatorio sea menor a 2,5 BPC mensuales (y además integren hogares donde el promedio de ingresos por persona no supere esa suma), tendrán la opción de ingresar al SNS aportando un 3% de su pasividad.

De acuerdo con lo establecido en el Art. 64° y en función de la decisión de incorporar gradualmente a distintos colectivos de personas al SNS, los aportes realizados por los trabajadores, darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad incluyendo los del cónyuge o concubino a su cargo a través de los prestadores que integren el SNIS.²

En lo que respecta a los cónyuges o concubinos de los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el SNS, la ley establece que estos últimos aportarán un 2% adicional para incorporarlos al

1 Se incluyen en esta categoría los hijos del cónyuge o concubino. A los efectos de la Ley 18.211, no se considera como hijo a cargo cuando el hijo con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al SNIS.

2 Los asegurados tendrán a su vez la opción de mantener a sus hijos dentro del SNIS entre los 18 y 21 años realizando el aporte correspondiente de acuerdo a lo que plantea la reglamentación.

seguro y les otorgará el derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el SNIS. La incorporación de cónyuges y concubinos se realizará teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

- Antes de finalizar 2010, cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores a cargo.
- Antes de finalizar 2011, cónyuge o concubinos del aportante con 2 hijos menores a cargo.
- Antes de finalizar 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor a cargo.
- Antes de finalizar 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores a cargo.

Asimismo, se procederá a incorporar al SNS a los beneficiarios del subsidio por incapacidad parcial, los funcionarios del MSP, del Poder Judicial, de la Administración Nacional de la Enseñanza Pública (ANEP), de la Universidad de la República, ASSE y Poder Legislativo. Asimismo, se faculta al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales. Los trabajadores que estén comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio y los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social, deberán incorporarse al SNS antes del 1° de enero de 2011, momento hasta el cual dichas entidades percibirán los aportes.

Por su parte, quienes se desempeñan fuera de la relación de dependencia, aportarán al FONASA aplicando la tasa que corresponda al total de los ingresos originados por dichos servicios (deduciendo el 30% al que hace referencia el Art 34° del Texto Ordenado 1996). Sin perjuicio de esto, los propietarios de empresas unipersonales que estén al día con sus obligaciones con la seguridad social, realizarán aportes patronales y personales al FONASA aplicando las tasas que rigen para los restantes beneficiarios sobre un ficto de 6,5 BPC. Para quienes presten servicios personales solamente por fuera de la relación de dependencia, esta última disposición regirá únicamente hasta el 1° de enero de 2011.

Las cápitas ajustadas por sexo y edad que el FONASA paga a las instituciones prestadoras, financia el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Este Plan es un paquete integral de atención médica, que comprende los servicios médicos esenciales, de mayor costo-efectividad, que constituyan acciones respaldadas por la medicina basada en la evidencia, que hayan superado las fases experimentales y que, por lo tanto, hayan sido validados por centros académicos de referencia.

El pago de cápitas ajustadas por sexo y edad busca ser un mecanismo transparente y pertinente con el objetivo de conseguir que las personas de mayores ingresos y menores riesgos transfieran recursos hacia las personas de bajo o nulo ingreso y mayores riesgos o hacia las instituciones que concentran la atención de estos grupos. A esto se suma el pago por metas para estimular la calidad de la atención en especial en las acciones de promoción y prevención en salud.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Tabla 2: Tendencia demográfica, Uruguay 1996-2009

Indicadores demográficos	Periodos - Valores promedios					
	1996 – 2000		2001 – 2005		2006 – 2009	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total	1.585.474	1.685.561	1.598.489	1.0707.087	1.608.139	1.721.202
Proporción de población urbana	91%	94%	92%	94%	93%	95%
Población indígena	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Proporción de población menor de 15 años	26,5	23,9	25,7	23,1	24,7	22,0
Proporción de población mayor de 65 años	10,9	14,8	10,9	15,2	11,1	15,8
Tasa de crecimiento exponencial %	0,445		0,037		0,316	
Tasa global de fecundidad (TGF)	2,3582		2,1421		2,0134	
Tasa bruta de natalidad x 1.000 habitantes (TBN)	16,98		15,37		14,63	
Tasa bruta de mortalidad x 1.000 habitantes (TBM)	9,57		9,55		9,39	
Esperanza de vida al nacer	70,30	78,26	71,41	78,94	72,34	79,68

FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estimaciones y proyecciones (Período 1996 -2025).

N/C: No corresponde (ausencia de población indígena).

1.1.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Tabla 3: Morbilidad y factores de riesgo, Uruguay 1996-2008

Indicadores		Períodos (valores promedios)			
		1996 - 1998	1999 - 2001	2002 - 2004	2005 - 2008
Prevalencia de bajo peso al nacer		0,10*	0,12	0,12	0,10
Tasa de fecundidad en adolescentes (15 – 19 años) por mil		73,4	64,5	59,7	N/D
Porcentaje de partos con personal sanitario capacitado		98%	97%	98,8%	99,1%
Número de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación	Varicela	3798	2092	1233	1459
	Rubéola	8,3	1,6	0	0
	Sarampión	2,6	11,3	0	0
	Paperas	54	13,6	0	0
	Tos convulsa	10	3,6	4,6	22,5
	Promedio global de las cinco enfermedades	775,6	452,4	247,5	296,3
Número anual de casos confirmados de dengue**		1	5	4,6	3,8
Número anual de casos confirmados de malaria**		36	6,6	42,6	16
Prevalencia de VIH/SIDA por mil habitantes		150	200	300	400
Razón hombre/mujer VIH/SIDA		3,3	2,6	2,6	2,4

FUENTES: Elaboración propia, Departamento de Planificación y Habilitación, RRHH, Sector Salud.

Ministerio de Salud Pública (MSP). Departamento de Vigilancia de Salud.

Ministerio de Salud Pública (MSP). División Estadística Poblacional.

*Los datos corresponden a los años 1996-97.

**Todos los casos confirmados de dengue y malaria corresponden a casos importados

Tabla 4: Tendencia de Mortalidad por Cáncer, Uruguay 2002-2005 (promedios)

Tipos de Cáncer		Incidencia	Mortalidad
Cáncer de pulmón	Hombres	1.078	995
	Mujeres	238	202
Cáncer de mama en mujeres		1.800	643
Cáncer de cuello de útero		342	133
Cáncer de próstata		1.266	616
Cáncer de colo-recto	Hombres	768	437
	Mujeres	805	467

FUENTES: Elaboración propia, Departamento de Planificación y Habilitación, RRHH, Sector Salud. Ministerio de Salud Pública (MSP). Departamento de Vigilancia de Salud. Ministerio de Salud Pública (MSP). División Estadística Poblacional. Registro Nacional de cáncer – Programa Vigilancia Epidemiológica. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

Tabla 5: Mortalidad Infantil, Uruguay 1990-2008

Periodos	Mortalidad Infantil						
	Neonatal (0 - 28 días)	Post - neonatal (28 días a 1 año)	Infantil (0 - 1 año)	Infantil (1 - 4 años)	Infantil (1 - 5 años)	Hombre (0 - 1 año)	Mujer (0 - 1 año)
1990 - 1994	11,52	8,32	19,84	0,7	N/D	N/D	N/D
1995 - 1999	9,37	7,58	16,91	0,7	0,6	18,3	14,2
2000 - 2004	7,97	5,97	13,93	0,5	0,5	15,5	12,1
2005 - 2008	6,52	5,03	11,52	0,4	0,3	12,5	10,2
Causas de mortalidad 1.000 niños (2006)							
Afecciones originadas en el período perinatal (trauma del nacimiento/ asfixia y prematuridad)	0,13	0	0,13	0	0	0,17	0,1
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	0,02	0,02	0,04	0	0	0,08	0
Enfermedades de las vías respiratorias agudas (IRA)	0	0,04	0,04	0	0	0,08	0
Anomalías congénitas	1,7	0,89	2,58	0,3	0,34	2,65	3,25
Deficiencias de la nutrición	0	0,04	0,04	0,06	0,08	0,08	0

FUENTE: Ministerio de Salud Pública (MSP). División Estadística Poblacional.

1.1.3.OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

El Gabinete Social (creado por decreto 236/005), es el ámbito de gobierno donde se concentran los esfuerzos de los distintos Ministerios que tienen a su cargo ejecutar las acciones destinadas a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Uruguay se encuentra clasificado en la categoría de alto desarrollo humano. Aún cuando presenta un grado de avance destacado en algunas de las metas, enfrenta desafíos importantes, principalmente en lo relativo a la superación de la pobreza, la cobertura y calidad del sistema educativo, las desigualdades de situaciones y oportunidades de género, la situación de la población en términos de salud, y la protección de su medio ambiente y el uso sostenible de sus recursos.

Tabla 6: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizados	Información actualizada	Identificación de brechas al 2015	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015 Metas nacionales	Asignación Presupuestaria
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Vicepresidencia de la República. Ministerio de Desarrollo Social Instituto Nacional de Alimentación Ministerio de Salud Pública	Encuesta Nacional de Hogares (INE) Ministerio de Salud Pública (SISVEN)	2007 Anual	Escaso grado de avance: El mayor avance logrado fue en materia de indigencia donde se avanzó un 45%.	Reforma del Sistema Tributario Reforma del Sistema de Salud Plan de Atención Nacional de Emergencia Social (PANES) Plan de Equidad Plan CAIF (Centros de atención a la Infancia y la Familia. Programas de asistencia alimentaria. Programa de Alimentación Escolar (PAE)	Erradicar indigencia y reducir la pobreza a la mitad para el año 2015 Reducir el porcentaje de niños <5 años con déficit nutricional a sus valores mínimos (2.3%)	En cada eje PNUD
2. Todos los niños y niñas del mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	MEC Ministerio de Educación y Cultura.	ANEP /INE (ECH)	2006	Educación Inicial: avance de meta del 51%. Extensión cobertura enseñanza media: Avances mínimos, niveles casi iguales a 1990.	Creación de Escuelas de Tiempo Completo. Cobertura de la educación inicial. Diversificación de políticas de acción por parte del Instituto de la Niñez y de la Adolescencia (INAU)	Universalización de la Educación Inicial, de la enseñanza Media obligatoria y expansión de la Media Superior.	Gubernamental y empresa privada PNUD
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Familia y la Mujer	Instituto Nacional de Estadística	2006	En relación a garantizar que niñas y niños terminen un ciclo completo de educación primaria, alcanzada hace varios años. A excepción del señalado anteriormente, la brecha continúa siendo importante.	Ley de Oportunidades y Derechos: Plan Nacional de Derechos y Oportunidades. Creación del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género (MIDES) Plan de Equidad PANES	Eliminar las disparidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisivos públicos y privados.	MIDES

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizados	Información actualizada	Identificación de brechas al 2015	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015 Metas nacionales	Asignación Presupuestaria
4. Reducir la mortalidad de la niñez	Ministerio de Salud Pública	Dpto. de info poblacional (MSP);	2003	<p>Annual Reducción de la tasa de mortalidad infantil en un 48% a 2006.</p>	Programa mujer-niñez de la División Salud del MSP; Mejora de atención del embarazo y parto; Políticas de atención activas de niños.	Reducción de la mortalidad de los niños menores a 5 años, en dos tercios entre 1990 y 2015.	Ministerio de Salud Pública
5. Mejorar la salud materna	Ministerio de Salud Pública	Dpto. de info poblacional (MSP).	2006	<p>12.9% de embarazos captados en tercer trimestre y 3.5% sin control (2002) Tasa de mortalidad materna aún elevada.(18 por cien mil)</p>	Programa mujer-niñez de la División Salud del MSP; Programa de Atención Materno Infantil Proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva	Reducción de la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.	Ministerio de Salud Pública. Organismos Internacionales.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Ministerio de Salud Pública. Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). INAU Ministerio de Desarrollo Social	<p>Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casos anuales de SIDA - Casos anuales de VIH positivos - Infectados de SIDA - Fallecidos - Personas operadas de quiste hidático - Casos anuales de Tuberculosis - Casos anuales de hepatitis A - Casos anuales de hepatitis B 	2006	<p>Importante caída en el número de casos de SIDA pasando de 300 (2005) a 124 casos en 2006.</p> <p>Claro descenso de los casos de QH (62% de reducción). Malaria: Casos importados</p>	<p>Programas de:</p> <p>Atención a la Niñez. Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil. Prioritario de Atención a la Salud de la niñez. Centros de atención a la Infancia y la Familia. De Evaluación y Supervisión de centros de Protección Integral de Tiempo completo y de tiempo parcial. Nacional de Salud de la mujer y Género. Nacional de Adolescencia. De Salud Sexual y Reproductiva. Locales municipales. Atención integral a la embarazada y el niño Nacional de SIDA.</p>	<p>1. Detener y comenzar a revertir la tendencia de la expansión del VIH/SIDA.</p> <p>2. Detener y comenzar a revertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes. Mantener buen desempeño en materia de control de enfermedades infecciosas y parasitarias</p>	<p>Fondo Nacional de SIDA financiado por un impuesto sobre primas de seguros y transferencias de deportistas, creado en 2002. MSP / ASSE</p>

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizados	Información actualizada	Identificación de brechas al 2015	Identificación de intervenciones	Plan estratégico 2015 Metas nacionales	Asignación Presupuestaria
7.	<p>Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p> <p>Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente Obras Sanitarias del Estado</p>	<p>DINAMA (Dirección Nacional de Medio Ambiente)</p>	<p>2007 irregular</p>	<p>Crecimiento de la superficie boscosa de un 38% al 2004</p>	<p>Reforma constitucional referida a la política de agua y saneamiento. Ley de Creación del Sistema de Areas Naturales Protegidas. Programa de Gestión Integrada costera. Esfuerzos de educación, capacitación y sensibilización de ONG's ambientalistas. Integración Universidades pública-privada</p>	<p>MVOTMA PNUD</p>	
8.	<p>Promover una asociación mundial para el desarrollo</p>			<p>No aplica.</p>		<p>Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Encarar de manera general los problemas de la deuda con medidas nacionales e internacionales a fin de hacerla sostenible a largo plazo. Desarrollar e implementar estrategias para un empleo productivo para los jóvenes. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos nacionales. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las TIC's.</p>	<p>Cada organismo ejecutor</p>

1.2. DETERMINANTES DE SALUD

1.2.1. DETERMINANTES POLÍTICOS

Desde la restauración de la Democracia (1985), luego del período de dictadura cívico-militar, el país ha experimentado estabilidad política con rotación de los partidos políticos en el gobierno y ha afirmado su vocación de respeto a la legalidad y seguridad jurídica. Uruguay es según el análisis del PNUD, uno de los países latinoamericanos con los niveles más altos de respeto a las libertades civiles y políticas.

En 2005 el país experimenta un cambio político histórico, con la asunción al gobierno del Frente Amplio (coalición de izquierdas), que corta la histórica primacía electoral de los partidos políticos tradicionales del Uruguay (los partidos Nacional y Colorado). Dentro de su amplio programa de reformas sociales, se destaca la propuesta de reforma del sistema de salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), financiado mediante un Seguro Nacional de Salud (SNS).

El SNIS se plasma en diferentes leyes. En primer lugar la Ley 17.935, que establece las líneas programáticas de la reforma de salud. Luego, la Ley 18.131 que crea el Fondo Nacional de Salud y después la Ley 18.161 que descentraliza a los servicios de salud estatales (ASSE). Pero sin dudas que la más importante es la ley 18.211, que termina de configurar el SNIS y que crea el Seguro Nacional de Salud. En su artículo cuarto señala los objetivos generales del Sistema Nacional Integrado,

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

El país forma parte de diversos acuerdos regionales, como el de la ALADI, el Grupo de Río y diversos acuerdos bilaterales de naturaleza comercial. El MERCOSUR es el más relevante, apuntando a la integración económica, social y política con Argentina, Brasil y Paraguay. Este acuerdo cuenta también con países asociados, como Chile, Bolivia, y Venezuela que se encuentra tramitando su admisión como miembro pleno. El MERCOSUR es uno de los principales destinos para las exportaciones nacionales, además es una fuente de inversiones externas, de flujos turísticos y de importantes lazos culturales y sociales. Sin embargo, el MERCOSUR no pasa por su momento más brillante, consecuencia de las importantes asimetrías que se producen entre las principales economías y los países de menor porte. De todas formas, el MERCOSUR es para el gobierno uruguayo un proyecto de naturaleza estratégica, al cual apuesta decididamente, como una plataforma política que permitiría establecer un relacionamiento equilibrado con los principales espacios económicos del mundo.

En el documento Transformación Democrática del Estado y Nueva Relación con la Ciudadanía, aprobado oportunamente por el Consejo de Ministros, establece los lineamientos básicos de la propuesta de reforma estatal. El propósito de la transformación democrática del estado consiste en avanzar en la "...descentralización y participación ciudadana, y en segundo lugar, en la modernización de la gestión del Estado". Pasa por diferentes líneas de trabajo, por un lado la creación y fortalecimiento de un nivel de gobierno local electivo, por otro lado acercar los servicios públicos al ciudadano, con la creación de Centros de Atención Ciudadana. Un tercer eje consiste en la recomposición de la carrera funcional, con la creación del Sistema Integrado Retributivo y Ocupacional (SIRO), y el fortalecimiento de los núcleos de conducción política de las estructuras ministeriales.

Existen una variedad de apoyos de los organismos internacionales para el financiamiento y el apoyo técnico para la implementación de reformas en el sector público. Por ejemplo, el BID contribuye en el financiamiento del programa de modernización del sector público, que incluye las áreas de administración, monitoreo y evaluación de aduanas, informatización de la administración pública (e-government) y preparación de presupuestos en base al desempeño. También, abarca la consolidación de las instituciones relacionadas con el diseño e implementación de reformas de políticas públicas en los ámbitos de la administración tributaria, el fomento del entorno comercial y la protección social. Este convenio involucra a diferentes sectores de la administración pública.

En lo que respecta al sector salud, el MSP ha firmado un convenio con el Banco Mundial, para contribuir al financiamiento de su estrategia en el campo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Este proyecto contiene componentes de fortalecimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica, desarrollo de sistemas de información en salud e implementación de su estrategia nacional de promoción en salud. Todo esto contribuye al desarrollo de la función de rectoría sectorial en el nuevo SNIS, que la reforma sectorial asigna explícitamente al MSP. Este convenio también incluye el fortalecimiento del servicio público de salud (ASSE), mediante adquisición de equipamiento destinado al primer nivel de atención, desarrollo de sistemas de gestión asistencial y capacitación de recursos humanos.

Desde la salida de la crisis económica de 2002, una de las más graves de toda la historia nacional, el país ha logrado recomponer una senda de crecimiento económico. El crecimiento económico, el aumento del

empleo y el consumo, la mejora de la eficacia de la recaudación impositiva³, ubican al país en una situación de superávit fiscal primario. En esto también ha contribuido el hecho de que el país haya renegociado de manera ventajosa los términos de su endeudamiento externo, creando una agencia pública especializada en el tratamiento y seguimiento de la deuda pública. La mejora de la eficacia de la administración pública y la descentralización forman parte del programa de reforma del Estado, que ya fuera mencionado, como parte de la estrategia de fomentar la participación y el involucramiento de los ciudadanos en los servicios públicos.

La lucha contra la pobreza y la indigencia es una prioridad de las políticas económicas y sociales de este gobierno. Ha pesar de que el país viene creciendo a buen ritmo, los impactos de la crisis económica del año 2002 todavía se perciben en el tejido social. Por tal motivo, cuando asume el nuevo gobierno, una de sus primeras iniciativas es la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). El MIDES fue el responsable de implementar el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES), un programa de transferencia de ingresos a las familias, asociada a contraprestaciones que tienen que ver con el ejercicio de derechos de los individuos, tales como controles de salud, educación y capacitación. El PANES es un programa transitorio, que finalizó su aplicación en diciembre de 2007, y fue sustituido por el Plan de Equidad.

El Plan de Equidad condensa la estrategia del gobierno para la promoción de la equidad y la igualdad social. En tal sentido, reformas estructurales procesadas en el campo Impositivo, Salud, Relaciones Laborales, Educación, todas ellas van en el sentido de fortalecer la solidaridad social. El Plan de Equidad se completa con la expansión del sistema de Asignaciones Familiares, que aumenta significativamente los montos de las transferencias hacia los hogares con niños y adolescentes a cargo, a condición de asistencia al sistema escolar. También se amplían las transferencias monetarias hacia el adulto mayor carente de recursos, así como los programas de empleo protegido para población con problemas de inserción en el mercado de trabajo. Estos últimos aspectos conforman una red de protección social, que deben ser mirados en conjunto con las reformas estructurales, y que dan como resultado una recomposición sustancial del Estado Social.

El Gabinete Social está presidido por el MIDES e integrado por: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Turismo y Deporte, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. También participa como invitado permanente el Congreso de Intendentes.

Además del Gabinete Social, existe un Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, que funciona como organismo ejecutor de las decisiones del gabinete. El Consejo esta presidido e integrado de la misma forma que el Gabinete Social, y se le suman los siguientes organismos: Administración Nacional de Educación Pública, Banco de Previsión Social, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay y el Instituto Nacional de Estadística.

Estos organismos tienen presencia en todo el territorio nacional, y son responsables de la coordinación de las políticas sociales a nivel local, para dar mejor respuesta a los ciudadanos. Por un lado las Mesas de Coordinación Interinstitucional de Políticas Sociales, que agrupan a las oficinas públicas a nivel territorial. Por otro lado los Consejos Sociales departamentales y locales, que aglutinan a las organizaciones sociales.

³ En el 2006 el Parlamento aprueba una importante reforma impositiva, crea el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF), que reduce de manera significativa el peso de las cargas fiscales sobre los sectores menos pudientes.

El MSP ha diseñado una estrategia para la concreción de los ODM en salud que pasa por la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), las políticas poblacionales de salud pública, con el desarrollo de Programas Prioritarios en Salud, y la respuesta interinstitucional desde el Gabinete Social. Se agregan a ello las acciones de fortalecimiento presupuestal e institucional de ASSE, descentralizada del MSP y en la cual la sociedad uruguaya viene realizando una fuerte y creciente inversión de recursos.

Sin dudas que en estos años, la sociedad uruguaya ha logrado avanzar en estas áreas sustantivas para alcanzar políticas públicas de salud con equidad, calidad y sustentabilidad. Una de las más notorias es la reforma sanitaria, que apuesta fortalecer la protección social en salud. Para ello, la reforma se ha concentrado en disminuir la carga de aportes financieros de las familias uruguayas al cuidado de la salud, especialmente en aquellas familias que tienen niños a cargo. La reforma ha introducido nuevos instrumentos de política de salud: las Cuotas de Salud, ajustadas por edad y sexo y las Metas Asistenciales.

Hoy existe un Fondo Nacional de Salud que paga Cuotas de Salud ajustadas por edad y sexo. Esto implica romper con un patrón histórico de asignación del gasto en salud que no tenía en cuenta las necesidades de diferentes grupos poblacionales, como por ejemplo las mujeres y los niños. Además de la Cuota Salud, el Fondo paga un complemento monetario, un porcentaje de la cuota, denominado Meta Asistencial. Éste es un instrumento de política activa de salud, que apuesta a orientar la asignación del gasto según meta sanitaria explícita, definida por la autoridad sanitaria según las necesidades de salud poblacional. Mediante este sistema se apuesta a romper con esa inercia estructural, que hacía que el gasto en salud se asignara de manera indiscriminada, sin observar las necesidades y los problemas de salud colectiva. Hoy el MSP ha definido que la prioridad en el pago de la meta prestacional son las actividades de los Programas Nacionales de Atención Integral a la Niñez y de Salud de la Mujer y Género, lo cual ya está generando una transformación cualitativa de los Servicios de Salud tanto públicos como privados, produciéndose cambios en el corazón mismo del modelo de atención.

Por otra parte, en el campo de las políticas de salud colectiva se vienen implementando diversas acciones, que se explicitan en los Programas Prioritarios de Salud. Por ejemplo, la política de control del Tabaquismo, que tiene un alto impacto sobre la salud de todos los uruguayos, pero muy especialmente sobre el correcto desarrollo del embarazo, por su relación con la prematuridad y el bajo peso de los recién nacidos. En el campo de la nutrición, los programas y campañas del MSP apuestan a mejorar las condiciones nutricionales de madres y niños. También se vienen generalizando experiencias como las “Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo”, desarrollada desde ámbitos académicos y asistenciales, pero que el MSP ha hecho propio, en función de su comprobada efectividad en la reducción de la mortalidad materna.

En otro plano, en lo que respecta a la lucha contra el HIV-SIDA, el país avanza en la institucionalización de mecanismos de protección poblacional, promoviendo el Mecanismo Coordinador País (MCP), amplio espacio de convergencia entre organismos del Estado nacional y local, agencias del sistema de las Naciones Unidas y representantes de la sociedad civil vinculados con la problemática del VIH-SIDA (Sindicatos, ONGs, Personas Viviendo con VIH-SIDA, etc.). Además, el país garantiza la cobertura universal en el suministro de los medicamentos antiretrovirales y campañas de promoción en salud dirigidas a toda la población. Dentro de los derechos exigibles por los usuarios de los servicios públicos y privados se incorpora el tratamiento del consumo problemático de drogas. Sin dudas un avance en la cobertura de un importante problema social, porque no debemos olvidar que la transmisión del VIH asociada al consumo de drogas intravenosas es hoy la

segunda causa de transmisión de esta enfermedad. Junto a ello, el trabajo con la Junta Nacional de Drogas, que además de reducir la incidencia de la epidemia, contribuye en la construcción de respuestas comunitarias a esta situación social, que también está vinculada al crecimiento del VIH-SIDA.

Finalmente, el país ha dado grandes avances en la reducción de la mortalidad infantil, especialmente la postnatal. Queda por delante la tarea más compleja, que es la reducción de la mortalidad neonatal. En tal sentido, el MSP ha diseñado una estrategia específica para su reducción, la cual está plasmada en el Programa de Salud de la Niñez, que plantea diversas medidas. Por ejemplo, los Comités de Auditoría de la Mortalidad Infantil, que investiga las causas de las muertes y propone medidas concretas para su reducción. También la implementación del Sistema de Información Perinatal, y la generalización del Plan Aduana, de captación y seguimiento del embarazo y el recién nacido, que deberá ser aplicado por todos los efectores, públicos y privados, en el territorio nacional. Esto se complementa con el carné de salud del niño y la niña, instrumento fundamental para el control y seguimiento del correcto desarrollo infantil. Vale resaltar la importante iniciativa de ampliar significativamente la cobertura de inmunizaciones, con la incorporación de las vacunas de Hepatitis A y Neumococo, que colocan a Uruguay entre los primeros países a nivel mundial, en lo que refiere a la ampliación de cobertura universal y obligatoria de inmunizaciones.

En el ámbito del Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, creado por Decreto Número 133/005, e integrado por organizaciones académicas, empresariales, gremiales, de usuarios y de trabajadores de la salud, se han discutido los aspectos medulares de la reforma de la salud.

También hay otros ámbitos relevantes dentro del MSP donde se desarrollan los distintos Programas Prioritarios de Salud. Por ejemplo, el Mecanismo Coordinador País de Lucha contra el Sida, que mancomuna los esfuerzos de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, Mujer y de HIV-SIDA, con la participación de organizaciones sociales. Este tipo de colaboraciones se repiten también en el diseño de todos los Programas Prioritarios de salud, dando lugar a la participación de organizaciones científicas, así como otras de la sociedad civil.

Desde Presidencia de la República se coordinan diferentes agencias públicas para el diseño de políticas. Por ejemplo, la Junta Nacional de Drogas (JND), en la cual participa activamente el MSP. La JND ha tenido un papel importante en el diseño de una política que incorpore una perspectiva socio sanitaria para el abordaje del consumo problemático de drogas. Merece ser destacado el Sistema Nacional de Emergencias, ámbito desde el cual se elaboran respuestas frente a eventos medioambientales que puedan amenazar la salud pública (por ejemplo: tornados, inundaciones, plumbemia, etc.). En este marco, el MSP ha elaborado el Plan Nacional de Contingencia para una Epidemia de Dengue, frente a una situación regional emergente, en la cual el país conserva aún su condición sanitaria de libre de dengue autóctono.

Es de señalar que, desde la asunción del actual gobierno en 2005, el MSP se ha convertido en el principal actor de la reforma del Sector Salud.

1.2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS

Entre 1990 y 2008 la economía uruguaya creció a una tasa anual de 2,9%, verificándose desempeños dispares dentro del periodo mencionado. Entre 1990 y 1994 la tasa de crecimiento anual fue 4.3% en promedio, mientras que la del quinquenio 1995-1999 se situó en 2.2%. Luego de la crisis vivida por la economía durante los años 2002 y 2003, en donde llegó a verificarse una caída del PIB en un 7.6% en 2002, la economía uruguaya atravesó una fase expansiva que la llevó a crecer en promedio 6.7%. El dinamismo de la actividad exportadora determinó que el PIB se expandiera a tasas cercanas al 7% anual, lo que se tradujo en una tasa excepcionalmente baja de desempleo y elevadas tasas de crecimiento del consumo. El aumento del producto de los años recientes, junto con el bajo crecimiento de la población uruguaya determinó un aumento importante del PIB per cápita, que pasó de 3.309 dólares en 2002 a 9.669 dólares en 2008.

Al igual que la demanda externa, el gasto público constituyó un factor expansivo en los años recientes. A lo largo del periodo 2005–2006, el gasto del sector público consolidado creció 28% en términos reales aproximadamente, aunque ello no significó una modificación importante en la relación Gasto/PIB que se mantiene en el entorno del 40%. El gasto público social (GPS) en Uruguay ha sido históricamente uno de los más elevados de América Latina en relación con el producto y con el resto del gasto. Según datos de la CEPAL⁴, entre 1990 y 2001 Uruguay fue uno de los cuatro países de mayor gasto social si se mide la relación GPS/PIB. Sin embargo, a partir de finales de los noventa, los niveles de pobreza e indigencia crecieron en forma importante. En función de ello, una de las principales preocupaciones del gobierno actual ha sido incrementar el GPS, lo que se refleja en un aumento del GPS per cápita que pasó de 828 dólares en 2002 a 1.234 en 2006⁵.

La inflación siguió una trayectoria descendente desde 1990 hasta la crisis del año 2002, año en que el esquema cambiario vigente fue abandonado por uno de libre flotación y provocó un impacto al alza de los precios de los bienes transables. A partir de 2004 la inflación retomó su sendero a la baja ubicándose nuevamente en niveles de un solo dígito, pese a lo cual en los últimos años se han observado presiones inflacionarias que han llevado al gobierno a tomar medidas de carácter fiscal y monetario para controlar su evolución.

En materia laboral, la tasa de actividad general de la mano de obra se incrementó en el periodo analizado, presentando comportamientos disímiles según sexo. Mientras que la tasa de actividad masculina cayó 1 punto, la tasa de actividad de las mujeres creció más de 5 puntos comparando 1990-94 con 2005-08.

El endeudamiento externo del país creció de manera importante durante la crisis financiera de 2002 como consecuencia de la contratación de préstamos internacionales y la emisión de títulos de parte del sector público. Desde su asunción, el actual gobierno impulsó la reducción de deuda pública de origen externo, lo que unido al crecimiento del PIB, determinó una reducción de la relación Deuda Externa/PIB.

4 Panorama Social 2002-2003, CEPAL.

5 Medido en dólares constantes de 2006.

Tabla 7: Tendencia de algunos indicadores económicos, Uruguay 1990-2008

Indicador	Período Quinquenal			
	1990 - 1994	1995 - 1999	2000 - 2004	2005 - 2008
Tasa variación (%) PIB real	4,3	2,2	-1,54	6,72
PIB per cápita en dólares constante de 2006	575,7	2.453,00	5.110,63	7075,5
PEA 15-59 años				
- total	57,3	58,9	59,2	61,2
- hombres	72,8	72,5	70,8	71,8
- mujeres	44,3	47,4	49,4	52,3
PEA población empleada				
- total	52,3	52,4	50,2	54,9
- hombres	67,8	66,3	62,6	66,2
- mujeres	39,2	40,7	40,3	45,5
Gasto Público per capita*	242	767	1535	2834
Gasto público total, como % del PIB*	29,5	31	30,8	40
Tasa de inflación anual	76,4	21,4	10	7,3
Remesas como % PIB	-	-	-	0,4
Deuda externa bruta (%) en relación al PIB	-	37,1	65,5	51,4
Deuda externa neta (%) en relación al PIB	-	25,7	48,4	29,6

FUENTE(S): Cálculos de Economía de la Salud en base a datos del Banco Central del Uruguay (BCU) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

* Incluye Gob. Central, BPS, Intendencia Municipal de Montevideo y Empresas Públicas.

1.2.3. DETERMINANTES SOCIALES

Pobreza e Indigencia

A continuación se presentan las estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) sobre la incidencia de la pobreza absoluta. El INE sigue el método del ingreso que consiste en comparar el ingreso per cápita de los hogares respecto de determinados umbrales o "líneas" que representan:

1. El costo de una canasta de alimentos considerados básicos (CBA) para la correcta nutrición de una persona en un mes (línea de indigencia).
2. El costo en alimentación más otros bienes y servicios no alimentarios en función de la cantidad de miembros del hogar y de la presencia de niños o adolescentes (línea de pobreza). Esos otros bienes y servicios no alimentarios incluyen, entre otros, la vestimenta, la vivienda, la salud, el transporte y la educación.

Tabla 8: Personas en hogares con ingresos por debajo de las líneas de pobreza e indigencia según región (%), Uruguay 2008

Area	Personas en condición de pobreza	
	Indigencia	Pobres
Total	1.5	20.5
Montevideo	2.3	23.2
Interior + 5.000 hab	0.8	20.3
Interior menor y rural	1.5	17.6
Género		
Hombres	0.7	13.2
Mujeres	1.0	14.5

FUENTE(S): Estimaciones de pobreza por el método del ingreso 2008, INE, Julio 2009.

Si se observa la evolución de la indigencia en personas por áreas geográficas, se constata una incidencia de 2,3% para Montevideo, 0,8% para el interior del país de 5.000 y más habitantes y de 1,5% para las localidades pequeñas y zonas rurales. Por su parte, la pobreza se ubicó para el año 2008, en 20,5% para el total del país, lo que significa una reducción de 5,5 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

Tabla 9: Condición de empleo de acuerdo a género e ingreso, Total del País 2008

Indicador	Condición de Pobreza		
	Indigencia	Pobres	Total
Tasa de actividad (%)	58.4	61,1	62,6
Tasa de empleo (%)	42.4	51,1	57,9
Tasa de desempleo (%)	27.4	16,5	7,5
Porcentaje de empleos precarios en la población ocupada	96.2	70,2	36.3

FUENTE: INE.

La tasa de actividad de las personas pobres para el total del país, es menor a la del total de la población y se ha mantenido por encima del 60% en los últimos 3 años. Hasta el 2007, la tasa de actividad de la población pobre se mantuvo por encima de la media de la población total, exceptuando a las localidades pequeñas y rurales. En el año 2008 esta relación se invierte. En el caso de las localidades pequeñas y rurales se observa que la tasa de actividad ha sido hasta el 2007 notoriamente menor al resto de la población acentuándose la diferencia en el último año. Con respecto a la tasa de empleo se evidencia, tanto para la población total como para la población pobre, una tendencia creciente en todas las áreas geográficas y para el total del país hasta el año 2007, sin embargo, en 2008, se produce un pequeño descenso en la demanda de trabajo de la población pobre en todas las regiones del país.

Si se compara la demanda de empleo de la población pobre respecto a la población total, se observa una diferencia significativa en detrimento de los primeros. Mientras que para el total del país en el año 2008 la tasa de empleo se ubicó en 57,9% en la población pobre fue de 51,1%. Esta diferencia se evidencia también en todas las áreas geográficas. La tasa de desempleo marca una tendencia decreciente para la población pobre en forma sistemática desde el año 2003, a excepción de las localidades pequeñas y rurales (para los últimos tres años). Es esta región la que presenta los menores guarismos de desocupación en comparación con el resto de las áreas geográficas.

Es de destacar que la tasa de desempleo de la población pobre duplica o más la de la población total. Del análisis conjunto de estos indicadores, se desprende que las bajas tasas de empleo y altas tasas de desempleo de la población pobre se deben a restricciones en la demanda de trabajo para esta población, lo cual se confirma al observar tasas de actividad similares entre la población total y la población pobre.

Trabajo Infantil y Adolescente

Según los últimos datos disponibles de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA-2006) elaborada por el INE, la incidencia de trabajo infantil propiamente dicho es del 5.4% correspondiendo a cerca de 35.000 niños de entre 5 y 17 años. Esta situación se concentra en el grupo adolescente entre 12 y 17 años (9.2%) y es menor en el grupo en edad escolar entre 5 y 11 años (1.5%). Desde el punto de vista de género, los niños son los que tienden a realizar tareas fuera del hogar.

El marco normativo vigente en Uruguay lo constituye el reciente Código de la Niñez y la Adolescencia que hace referencia al trabajo infantil, habiendo ratificado además un conjunto de acuerdos internacionales a este respecto.

Violencia familiar

La violencia doméstica es percibida por la sociedad uruguaya como un problema social de importancia, para el cual se ha venido desarrollando desde la anterior administración un importante marco normativo. El actual gobierno ha dado impulso a estas iniciativas, creando el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), como encargado de promover la igualdad de género. La Ley 18.104 encomienda al INAMU la confección de un Plan de Promoción de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Además, le encomienda al INAMU presidir el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica. Dentro de sus logros más recientes, se destaca la promulgación de un Procedimiento Policial para el abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer en dependencias policiales.

Educación

Los Arts. 70 y 71 de la Constitución, establecen la obligatoriedad y gratuidad de la educación pública en los diez primeros años. La gratuidad también se extiende al segundo ciclo de educación media y terciaria. El gasto público en educación en 2006 representó el 3.29% del PBI, correspondiendo al 13,06% del gasto del Gobierno Central. Para fines del año 2009, se llegará al 4.5% del PIB destinado a tal fin, compromiso que asumiera el presente gobierno previo a la asunción.

La matrícula para 2007 era de 914.072 matriculados, la cual ha crecido en forma sostenible desde 2002 que se establecía en 906.109 matriculados, año en el cual se produjera un descenso como consecuencia de la crisis económica regional que afectara también al país. La deserción escolar en educación primaria es muy baja (0.30% sobre el total de matriculados).

Desde 2005 a 2007 la tasa de analfabetismo se redujo a 2.1%. A 2007, 41.4% de los individuos de 25 años y más, habían completado la educación primaria. Más del 45% completó el ciclo básico de enseñanza media. El 15.5% de la población cuenta con algún estudio de carácter terciario, aunque sólo 9% lo culminaron. Desde el punto de vista de nivel de ingresos, se destaca que sólo el 2% de las personas en hogares de bajos ingresos han accedido a la educación terciaria, en contraste del 56.6% de los sectores con más ingresos.

Tabla 10: Algunos indicadores sociales y de servicios básicos, Uruguay

Indicadores	Resultados
Posición ocupada según IDH (2007-2008)	46
Tasa bruta de asistencia a educación primaria* (6 – 11) Público – privado (2005-2006)	110,1
Población analfabeta mayor de 15 años (%) (2006-2007)	2,1
% Población con acceso a servicios básicos de saneamiento (2004)	
- Agua potable (total país)	92,2
- Agua potable (Montevideo)	99,5
- Agua potable (interior urbano)	96,3
- Red de saneamiento (total país)	56,5
- Red de saneamiento (Montevideo)	83,1
- Red de saneamiento (total urbano)	41,1

FUENTES: Elaboración propia, Departamento de Planificación y Habilitación, RRHH. Uruguay en cifras. Año 2008 Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Dirección de Investigación, Evaluación y Estadística del CODICEN. ENHA. Año 2004 Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

* Tasa bruta de asistencia primaria: total de asistentes a primaria sin importar la edad sobre la población en edad a asistir a primaria.

Tabla 11: Población según declaración de ascendencia racial, Uruguay 2006

Ascendencia	Volumen	Porcentaje
Afro o negra	279.429	9,1
Amarilla	8.132	0,3
Blanca	2.970.728	96,9
Indígena	115.158	3,8
Otra	189	0,0
No sabe	11.373	0,3

FUENTE(S): Instituto Nacional de Estadística.

1.2.4. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES

El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) creado por la Ley 16.112 de 30/5/90 a través de sus Direcciones: Dirección Nacional de Medio Ambiente (DINAMA), Dirección Nacional de Aguas y Saneamiento (DINASA creada por Ley de Presupuesto 17.930 de 19/12/05) y la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT - Ley 18.308 del 18/6/08 sobre Ordenamiento Territorial), otorgan autorizaciones y controlan las instalaciones de emprendimientos que requieran Evaluación de Impacto Ambiental, así como permisos para su instalación en determinados territorios y el uso de los recursos hídricos. Fiscalizan y monitorean el impacto ambiental, las matrices agua, aire y suelo. En dicho Ministerio, funciona la Comisión Nacional Asesora del Medio Ambiente (COTAMA), la cual se integra con representación interministerial e intersectorial, así como la Comisión Asesora de Agua y Saneamiento (COASAS), con representación interministerial e intersectorial. El MVOTMA posee laboratorios analíticos de agua, suelo y calidad de aire. El MSP, se involucra participando de las comisiones mencionadas, y grupos de trabajo, en los que se coordinan las políticas medioambientales, así como en la generación de normas. Se intercambia información referente a empresas, industrias, o situaciones ambientales, y se coordinan acciones conjuntas.

El Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca (MGAP) creado por la Ley 9.463 de 19/3/35, comparte responsabilidades en el uso sostenible de los recursos naturales y los sistemas productivos. Monitorea el impacto ambiental en las matrices de agua, suelo y alimentos (laboratorios analíticos de alimentos de origen vegetal, animal, así como análisis de plaguicidas). Son sus direcciones competentes la Recursos Naturales Renovables (RENARE), que se integra con las Divisiones Suelos, Aguas, Fauna y Áreas Protegidas. En el MGAP, funciona una Comisión Interministerial la cual el MSP integra, que evalúa y aprueba el ingreso de Organismos Genéticamente Modificados. El MSP, utiliza como laboratorio de referencia al DILAVE (Dirección de Laboratorios Veterinarios), en la búsqueda de contaminantes químicos (en especial plaguicidas), en alimentos, fluidos y tejidos humanos y otras matrices. Además se coordinan acciones relacionadas a la gestión de plaguicidas de uso agrícola.

El Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM), comparte responsabilidades en el uso energético, explotación de recursos y el desarrollo industrial. Cuenta con laboratorios analíticos de varios sustratos, además es el órgano de enlace con el paraestatal Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU). Cuenta con la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear (DINATEN) y su órgano regulador, encargado de la regulación, fiscalización y control de las radiaciones ionizantes. El MSP, comparte información y coordina acciones, relacionada a los equipos médicos de radiología diagnóstica y terapéutica.

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), interviene en los aspectos macroeconómicos de las inversiones que pudieran tener impactos ambientales. El MSP coordina acciones, relacionadas con el área de protección y defensa del consumidor, ingreso por aduana de sustancias peligrosas y/o de declaración obligatoria (como asbesto), control del ingreso de juguetes y su composición. El Ministerio de Educación y Cultura (MEC), integra la Red de Educación Ambiental, e impulsa las carreras tecnológicas con un uso sostenible y cuidado del ambiente.

Los Gobiernos Departamentales, regidos por la Ley Orgánica Municipal (LOM) del 28/10/35, al ser la autoridad local, tienen potestades sobre los aspectos de permisos de funcionamiento y localización territorial de emprendimientos industriales o turísticos, así como la fiscalización ambiental, monitorizando de manera

dispar según la comuna y su desarrollo analítico las matrices agua, aire, suelo y alimentos. El MSP coordina con algunas comunas, intervenciones ambientales (sitios contaminados, asentamientos, saneamiento, vertederos). El MSP ejerce “Superintendencia Sanitaria” sobre las Intendencias Departamentales.

El MSP creado por Ley 9.202 de 12/1/34, a través de la División Salud Ambiental y Ocupacional evalúa, vigila y controla los riesgos y posibles impactos que el ambiente ocasiona a la salud humana, a través de Planes de Vigilancia o acciones específicas. Coordina con el resto de las instituciones en instancias formales e informales como comisiones o comités. Recibe la información de los diferentes organismos que monitorizan el ambiente, y cruza esos datos con aspectos territoriales y de salud poblacional. Preside dos Comisiones Interministeriales e Interinstitucionales que funcionan en el MSP; Comisión Interinstitucional de Residuos Sólidos Hospitalarios, y Comisión Nacional de Vigilancia y Evaluación de los Contaminantes Químicos Ambientales. El MSP coordina en MERCOSUR políticas de salud ambiental y ocupacional en la Comisión Intergubernamental de Salud Ambiental y del Trabajador (CISAT).

En el país se identifican problemas sanitarios relacionados (directa o indirecta) con factores ambientales. En relación al cáncer, el país cuenta con un Registro Único Nacional del Cáncer, que le ha permitido elaborar una base de datos de mortalidad y morbilidad altamente confiable. En cuanto a la diarrea, se denuncia mortalidad y no morbilidad. Las afecciones respiratorias, dérmicas y trauma acústico de origen laboral, son de denuncia obligatoria por el Decreto 64/2004 de 18/2/04. No son consideradas de denuncia obligatoria para la población general. De todas maneras, es posible contar con información de estas afecciones. Se interviene en la prevención de las mismas a través de las siguientes acciones:

1. Se han elaborado Indicadores de Salud Ambiental (por contaminación atmosférica e hídrica), relacionando nivel de contaminación y afección.
2. Participación en la elaboración de normativa sobre contaminantes atmosféricos, acústicos, de calidad de agua, campos electromagnéticos y contaminantes químicos en suelo y alimentos.
3. Monitoreo de la salud respiratoria en población infantil, cruzando los datos de funcionalidad respiratoria con determinaciones de la calidad de aire y su georeferenciación, en las ciudades de Fray Bentos, Trocha y Tacuarembó.
4. Actualización de protocolos de contaminación infantil por plomo. Vigilancia ambiental y remediación de sitios contaminados.
5. Fiscalización de industrias contaminantes (metalúrgicas, curtiembres, pasteras).
6. Plan de vigilancia de agua segura en escuelas rurales.

En el país se identifican y monitorean indicadores medioambientales con relación a la salud de la población. Algunos de ellos:

1. Tasas de mortalidad infantil por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
2. Tasas de mortalidad por diarrea y gastroenteritis.

3. Tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer (Registro Único Nacional).
4. Tasas de accidentes e intoxicaciones.
5. Indicadores ambientales de exposición:
 - N° de viviendas sin saneamiento/N° total de viviendas
 - N° de viviendas sin conexión a red de agua segura/N° total de viviendas
 - N° de viviendas en zonas donde se infringe la norma de calidad de agua
 - % de viviendas en zonas donde se infringe la calidad del aire
6. Indicadores ambientales de lesión:
 - N° de niños asmáticos/ total de niños
7. % de viviendas sin conexión a red de agua segura/% total de viviendas.
8. Indicador de morbilidad: nivel de plomo en sangre en población infantil en zonas de riesgo ambiental o comprobado nivel no aceptable de plomo en suelo (por encima de la norma de EPA y/o Canadá).
9. Indicador de morbilidad: nivel de Plomo en sangre en mujeres embarazadas, en zonas de riesgo ambiental o comprobado nivel no aceptable de Plomo en suelo (por encima de la norma de EPA y/o Canadá).
10. A través de la Ordenanza 337/04, se monitorizan elementos químicos en población laboralmente expuesta a: arsénico, plomo, cromo hexavalente, cadmio, mercurio, cobalto, n-hexano, estireno, tolueno, xileno, tricloro y percloroetileno, cianuro, benceno, fenol, formaldehído, isocianatos, monóxido de carbono, plaguicidas organofosforados y carbamatos, asbesto.

No se cuenta con una normativa nacional sobre contaminantes atmosféricos, aunque el Grupo GESTA AIRE (participación intersectorial de la COTAMA), ha elaborado una propuesta de normativa, basándose en las guías de la OMS.

Otras normas incluyen: Código Aeronáutico (Decreto-Ley 14.305 de 29/11/74); Daños provocados por objetos espaciales (Decreto-Ley 14.545 de 22/7/76); Ley 15.986 de 16/11/88 (Convenio de Viena, Protección de la Capa de Ozono); Ley 16.157 de 12/11/90 (Ratifica Convenio de Montreal sobre Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono); Ley 17.283 de 22/11/00 - General del Ambiente - Art.1 calidad del aire - no emisión a la atmósfera). El MSP, no monitoriza la calidad de aire, siendo competencia de la DINAMA e Intendencias Municipales.

Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la eliminación de excretas y residuos:

- Ley 9.515 (Municipios), Ley 17.849 de 29/11/04 (Envases), Decreto 260/07 de 23/7/07. El saneamiento en Montevideo es de competencia municipal, en el resto de los 18 departamentos, recae sobre OSE (Obras Sanitarias del Estado), quien debe coordinar con los Gobiernos Municipales.
- Los residuos urbanos, son de competencia de los Gobiernos Municipales.
- Los residuos peligrosos e industriales, se regulan por la Ley de Residuos Peligrosos, existiendo algunos Centros de Acopio específicos para estos.
- Los residuos radioactivos, se depositan en el Centro de Energía Nuclear, Facultad de Ciencias.
- Los residuos hospitalarios, se regulan por el Decreto 135/1999, siendo fiscalizados por le MSP y DINAMA.
- La Ley 17.910 de 2005 sobre desechos radioactivos regula y fiscaliza los problemas relacionados con la eliminación de productos radiactivos y tóxicos.
- Uruguay también ha ratificado los Convenios de Naciones Unidas: Róterdam, Estocolmo, Basilea.

Los problemas de contaminación del agua están regulados por:

- Decreto-Ley 14.859 de 15/12/78 (Código de Aguas), Decreto 253/79 reglamentario (En proceso de actualización).
- DINAMA controla emisión de efluentes industriales. Las Intendencias Municipales, controlan el agua recreacional y fuentes de abastecimiento.
- OSE monitores fuentes de abastecimiento, potabilización de sus sistemas y red de distribución.
- La Constitución de la República garantiza el acceso al agua, porque es un bien público y estatal.
- Ley 9.202 de 12/1/34 (Orgánica del MSP), Ley 9.515 de 28/10/35 (Orgánica Municipal), Ley 11.907 de 11/12/52 (Orgánica de OSE), Decreto 335/04 de 21/9/04 (sistematización de competencias orgánicas en recursos hídricos).

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Esta sección repasa las funciones de Rectoría, Financiamiento, y Provisión de servicios de salud en el SNIS. Estas funciones han tenido una profunda recomposición con las leyes de reforma del sistema. La reforma ha creado nuevos organismos y arreglos institucionales, que han ido de la mano con una nueva orientación sanitaria del sistema.

En términos sintéticos, el MSP afirmó, retomó, amplió y profundizó sus competencias de rectoría sectorial. En el campo del financiamiento se crean nuevas figuras, con una Junta Nacional de Salud responsable de administrar el nuevo Seguro Nacional de Salud. En el campo de la provisión, la descentralización de ASSE, la política de fortalecimiento del primer nivel de atención y el fomento de la complementación público-privado, introducen modificaciones sustantivas en la orientación asistencial del sector.

2.1. RECTORIA

La Constitución de la República establece en su artículo 44 la competencia general del Estado en cuanto a la orientación de la política de salud. También garantiza la atención gratuita de todos los habitantes del país que carezcan de recursos suficientes para su asistencia. El MSP, creado por la Ley 9.202 de 1934, es el responsable de conducir la política nacional de salud. Su ley fundacional establece una serie de competencias fundamentales, en el campo de la vigilancia y la policía sanitaria. La Ley 18.211 que crea el SNIS reafirma estas competencias, incorporando nuevos dispositivos para la conducción del sistema.

2.1.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

El MSP es la principal autoridad sanitaria del país y es el responsable de planificar, regular y conducir la política de salud. El MSP cuenta con cuatro Unidades Ejecutoras. Sus funciones de conducción y regulación sectorial son ejercidas fundamentalmente a través de la DIGESA, JUNASA y en parte a través de la DIGESE.

Figura 1. Estructura organizacional del MSP, Uruguay



La DIGESA es responsable de promover la salud de la población, desarrollando las bases técnicas de políticas que garanticen el acceso a las prestaciones de salud a la población, regulando los servicios de salud, tecnologías, medicamentos, alimentos y productos que actúan sobre la salud humana. La DIGESA ejerce las funciones técnicas-políticas de supervisión, planificación y vigilancia sanitaria en todo el territorio nacional, a través de sus 19 direcciones departamentales. También cuenta con un Cuerpo de Fiscalizadores de la Salud, creado recientemente, que es responsable de ejercer las funciones de vigilancia y policía sanitaria.

La DIGESE es responsable de proporcionar los servicios de apoyo administrativo y financiero para el correcto funcionamiento de todo el MSP. La DIGESE cuenta también con una División de Economía de la Salud, responsable de generar información y análisis sobre el funcionamiento económico-asistencial de los servicios de salud, además de los estudios concernientes a la implementación del Seguro Nacional de Salud.

La JUNASA es un organismo desconcentrado, responsable de administrar el Seguro de Salud y de orientar la construcción y conducción del sistema. La JUNASA está integrada por dos miembros del MSP, uno de los cuales lo preside, más un miembro del MEF y del BPS. También lo integran representantes de las organizaciones de usuarios, trabajadores y por los prestadores integrales de salud. La JUNASA es responsable de dar seguimiento a los Contratos de Gestión que los Prestadores de Salud firman con el MSP, donde se definen los derechos y obligaciones de la población amparada por el Seguro. Los Contratos de Gestión son la herramienta por la cual los prestadores se comprometen para el cumplimiento del objetivo principal que radica en el cambio de modelo asistencial. En tal sentido, en estos contratos se determinan y regulan las prestaciones, los mecanismos de pagos por cápitas y metas asistenciales.

También existe un amplio abanico de instituciones públicas autónomas administradas por Comisiones Honorarias, que son supervisadas y orientadas por el MSP. Estas comisiones se integran por representantes del Estado y de la sociedad. Dentro de las comisiones más importantes se cuenta al Fondo Nacional de Recursos, responsable de financiar a las prestaciones de complejidad tecnológica y alto costo, y las comisiones relativas a tuberculosis, cáncer, hidatidosis, etc.

En lo que respecta al financiamiento sectorial, el FONASA, que es administrado por el BPS, es responsable de financiar a la población amparada por el SNS. La transferencia de recursos se realiza sobre una base de capitas ajustadas por riesgo, cumplimiento de metas asistenciales y otros compromisos establecidos en los Contratos de Gestión. Como fuera mencionado más arriba, la JUNASA fiscaliza el cumplimiento de los Contratos de Gestión y emite las órdenes de pago al Fondo.

2.1.2. CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA GENERAL DE LA SALUD

Como fuera mencionado, la misión de la Autoridad Sanitaria se encuentra definida en su ley orgánica de creación (Ley 9.202 de 1934). Dicha ley establece competencias muy amplias en materia de regulación sectorial, de vigilancia y de ejercicio de la policía sanitaria. La creación del SNIS exige el desarrollo de nuevas competencias en materia de rectoría sectorial, por tal motivo la Ley 18.211 actualiza sus cometidos, en base a la nueva visión que orienta al sistema.

Recuadro 1. Cometidos del Ministerio en el SNIS

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

FUENTE: Artículo 5 de la 18211.

Uno de los principales esfuerzos del MSP ha consistido en aplicar sistemáticamente la información sanitaria al diseño de las políticas de reforma. Si bien el ministerio disponía de un interesante contingente de especialistas en salud, esos conocimientos no siempre se aplicaban de manera sistemática en la formulación de políticas. Por ello es que el MSP ha potenciado y creado nuevas reparticiones especializadas en el tratamiento y análisis de información, dirigida a la formulación de políticas.

El MSP cuenta con una dotación de recursos humanos importante, en cantidad y calidad. El Censo de Funcionarios del MSP realizado en setiembre del 2007 indica una plantilla de mil funcionarios. Donde el 65% de estos son menores de 50 años; y 3 de cada diez hace más de 20 años que se desempeña como funcionario del MSP. En cuanto al nivel de escolaridad el 76% posee estudios terciario; esto demuestra que el MSP cuenta con un perfil de funcionarios jóvenes y con alto niveles de educación. Además, el Ministerio está orientado a favorecer la concentración horaria de sus trabajadores en el sector público. Para ello promovió la Ley 18.193, que establece la compatibilidad de acumulación de cargos públicos en el sector salud, favoreciendo la concentración profesional en el sector público.

Existe una variedad de fuentes de información que pueden ser fácilmente accesibles desde el sitio Web del MSP. Estos involucran datos de información de salud poblacional, de tipo demo-epidemiológicos, así como también información asistencial, referida a cobertura, financiamiento y resultados asistenciales. La página del MSP es una fuente de información importante, que ha visto mejorada notablemente la frecuencia y calidad de la información volcada.

El MSP colabora con el INE, que es el organismo de referencia nacional en materia de producción estadística, en el diseño de los estudios poblacionales sobre cobertura, acceso y gasto en salud. La principal fuente de información social y económica resulta de la Encuesta Nacional Ampliada de Hogares (ENHA), desarrollada por el INE. Dicha encuesta, que contiene un módulo específico sobre salud, realiza un seguimiento sistemático de la cobertura poblacional de salud. Además, el INE aplica de manera periódica módulos especiales en la ENHA, los cuales permiten profundizar en la situación de salud de diversos grupos poblacionales. El INE también realiza la Encuesta de Gastos, que es la principal herramienta económica para el estudio específico del gasto de las familias en salud.

El tema género ha sido incorporado de manera sistemática en los estudios del INE, para conocer su relación con la distribución del ingreso, el acceso al mercado laboral, el acceso a servicios públicos esenciales, etc. Los resultados de estos estudios son incorporados sistemáticamente en las políticas públicas de salud. En términos étnicos, por las características de la población uruguaya, relativamente homogénea, no puede inferirse en ésta variable una asociación relevante con los problemas de acceso a los servicios de salud.

La Ley 17.930 de 2005, que es la que establece los principios programáticos de lo que sería el SNIS, se pronunció con claridad a favor de un enfoque de APS. En el artículo 264 de esa ley se dice que el sistema “...tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación”. Además, la Ley 18.211 de creación del SNIS establece en su artículo tercero los principios rectores que se deducen de la APS.

Recuadro 2. La visión del Ministerio: principios rectores del SNIS

- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista. La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud. La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios. La participación social de trabajadores y usuarios.
- La solidaridad en el financiamiento general. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Los principios de la APS ya estaban presentes en las primeras etapas de la reforma de salud. Como nota adicional, se debe recordar que el Ministerio participó de manera activa en la reunión regional de la OPS del año 2005, donde se redacta la Declaración de Montevideo. En dicho documento los países se comprometen a bregar por "...la integración de los principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención a nivel de país de una manera que contribuya, en coordinación con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo...". (OPS, 2007) Estos principios han sido incorporados plenamente en la reforma sanitaria uruguaya.

Además de los principios de APS, el proceso de reforma del sistema estuvo signado por una activa participación social. El Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS, creado por el Decreto 133/005, identifica a los actores principales en el funcionamiento del sistema de salud⁶. En este ámbito el MSP discute los lineamientos de la reforma, buscando la opinión y asesoramiento de los actores sectoriales, pero sin renunciar a su responsabilidad de conducción política del sistema de salud.

La ley de creación del SNIS también identifica y jerarquiza nuevos actores dentro de la política de salud. Por ejemplo, en la integración de la Junta Nacional de Salud, que incorpora en su directorio a los usuarios y trabajadores de la salud. También se incorpora a los usuarios y trabajadores, como agentes de control social en los Prestadores Públicos y Privados de Salud (Decreto 269/008).

Para la evaluación del desempeño del sistema el Ministerio cuenta con diversas herramientas. En la Dirección General de la Salud, a través del sistema de vigilancia epidemiológica, también el SINADI y de los estudios de la División de Economía de la Salud. Son diversas unidades que generan los insumos sobre los cuales el Ministerio se encarga de realizar el seguimiento y los estudios e impacto de las políticas sanitarias.

Una de las tareas más importantes y novedosas es la definición de metas para todo el sistema. Los Prestadores Integrales que contraten con el Seguro Nacional de Salud están obligados a cumplir con Metas Prestacionales que son definidas periódicamente por el MSP⁷. Para el año 2008 el ministerio ha definido como prioridad el desempeño asistencial en materia de salud materno-infantil, así como el desempeño en materia de tiempos de espera. La nueva generación de metas para el 2009 pasa por la definición de programas de capacitación continua de los recursos humanos en salud y la asignación de un médico referente para cada usuario de las instituciones prestadoras⁸.

Entonces, el ministerio garantiza el derecho a la atención en salud de toda la población por diferentes vías. Por un lado el aseguramiento obligatorio del Seguro Nacional de Salud, que ampara a los trabajadores cotizantes y sus familias. Por otro, a través de ASSE, que ampara a la población que no cotiza a la seguridad social y que no pueda hacer frente a los costos de un aseguramiento privado.

Otro capítulo importante es la política de incorporación tecnológica del sector. La compra de equipamiento sanitario por parte de agentes privados debe ajustarse a estrictos criterios de necesidad sanitaria y de complementación asistencial con otros efectores. El MSP privilegia el ingreso de la alta tecnología por el

6 Presidido por la Ministra de Salud, e integrado por delegados de: Prestadores Públicos y Privados de Salud; asociaciones de Médicos, Odontólogos y Psicólogos; trabajadores de la salud pública y privada; Universidad de la República; Congreso de Intendentes; Asociaciones de Usuarios.

7 Debe recordarse que la JNS es la responsable de vigilar el cumplimiento de las metas fijadas por el MPS, y que en caso de verificar su no cumplimiento la JNS está habilitada a aplicar sanciones económicas.

8 Las Metas del Milenio exigió al Ministerio establecer estrategias concretas para su consecución.

sector público, de forma tal que se garantice el acceso universal a estos recursos (la reciente creación del Centro de Imagenología, con incorporación del PET, es un ejemplo).

Además, la Ley 18.211 establece que todos los prestadores integrales públicos y privados, están obligados a brindar a sus usuarios todas las prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). El Decreto 465/08 establece las prestaciones, y establece el vademécum obligatorio para los prestadores públicos y privados. Este vademécum se revisa de forma periódica por una comisión asesora del MSP, de la cual participan diversos especialistas.

El MSP y el MEF, con asesoramiento de la JUNASA, establecen los ajustes semestrales de precios de cuotas y tasas moderadoras del sector. Las tasas comprenden, entre otros: órdenes de consulta, tíquet de medicamento, estudios. El MSP se encarga de garantizar que los ajustes de precios en el sector privado no constituya una barrera a la utilización de los servicios.

Además de ello, el Ministerio ha establecido un sistema de Oficinas de Atención al Usuario, que regula los sistemas de formulación de quejas y demandas. Estas denuncias deben ser derivadas obligatoriamente a la oficina de atención al usuario del MSP, quien es responsable de vigilar que las denuncias tengan el tratamiento debido. El MSP cuenta además con un número de teléfono gratuito (0800) para la recepción de quejas y consultas.

El MSP coordina de forma activa con quienes definen la política de formación de recursos humanos: el Ministerio de Educación y Cultura, y los entes responsables de brindar la educación terciaria pública (ANEP y UDELAR). En este relacionamiento, el MSP aporta a los organismos competentes, su visión respecto a las necesidades del país en materia de educación y capacitación en salud.

Además, el MSP participa en los Consejos de Salarios asesorando al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el organismo responsable de conducir las negociaciones salariales en todas las ramas laborales. En los Consejos de Salarios se fijan los laudos del sector salud, que son las retribuciones, los aumentos salariales y las condiciones de trabajo del sector salud.

La Autoridad Sanitaria es portavoz y representa al sector salud en los diferentes ámbitos internacionales. En el momento actual participa en el Comité Ejecutivo y Directivo y en algunas Subcomisiones de la OPS, el Comité Directivo de la OMS, reuniones de Naciones Unidas sobre SIDA e Infancia, en la Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica y del MERCOSUR. También en la Subregión, en Comisiones de Zoonosis, Dengue, Medicamentos etc. (ámbitos extra MERCOSUR). También participa de otros ámbitos, como UNICEF, OIM, etc.

El Ministerio, a través de su Oficina de Cooperación Internacional, mantiene un contacto fluido con todas las agencias que operan en Uruguay. Por ejemplo, las agencias pertenecientes al grupo de Naciones Unidas con representación en el país, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial (BIRF), Unión Europea, Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Instituto PASTEUR (Francia), etc.

En este momento el Uruguay es uno de los países pilotos en la aplicación de una experiencia de centralización de los mecanismos de cooperación internacional, bajo el auspicio del Sistema Naciones Unidas (UNA-ONU). Es de esperar que esta coordinación tenga un impacto positivo sobre el aprovechamiento que el país realiza de la cooperación internacional.

2.1.3. REGULACIÓN SECTORIAL

El marco legal para el ejercicio de la función rectora está definido por la Constitución de la República, la Ley Orgánica del MSP 9.202, la Ley 15.181, que regula al sector privado, y la reciente Ley 18.211 que crea el SNIS. Todas estas leyes conforman el marco normativo que da sustento al ejercicio de la función rectora, con potestades regulatorias muy amplias al Poder Ejecutivo.

Debemos destacar la creación de la JUNASA, como organismo desconcentrado del MSP, responsable de la administración y regulación del Seguro Nacional de Salud. El MSP delega en esta agencia especializada importantes aspectos de regulación del seguro de salud. También puede decirse del Fondo Nacional de Recursos⁹, organismo público no estatal que es administrado por el MSP, y que tiene importantes competencias en la regulación de las prestaciones de alta complejidad.

El MSP está revirtiendo una historia de gran debilidad en cuanto a la aplicación del marco regulatorio. Las acciones de fortalecimiento de la DIGESA en sus competencias de policía sanitaria, por ejemplo mediante la creación del cuerpo de fiscalizadores de salud, ha significado un salto cualitativo de importancia. Además, la creación de la JUNASA, le permite al MSP asumir con otro protagonismo, y otra efectividad, la regulación económica del Seguro de Salud.

Existen normas para la habilitación y funcionamiento de establecimientos públicos y privados de salud. La Autoridad Sanitaria se encuentra en este momento realizando un relevamiento exhaustivo sobre el estado de cumplimiento de estas normativas, mediante la actuación de la División de Habilitación Sanitaria que depende de DIGESA. La ley de reforma de salud impone requisitos de funcionamiento más exigentes, además establecer las bases generales para un sistema de acreditación de prestadores, que deberá ser desarrollado por el MSP.

El MSP ha realizado estudios sistemáticos sobre la situación de los recursos humanos en salud, tanto en su composición, distribución territorial y tendencias en términos de movilidad (emigración), como ejemplo vale mencionar el primer censo de los trabajadores del sector salud, que se encuentra en proceso de elaboración. La DIGESA tiene dentro de sus objetivos de desarrollo para el 2008-2009 la creación de un Observatorio de RRHH en salud. Este sería un ámbito de coordinación de los esfuerzos de investigación que se realizan desde distintas instancias estatales.

La Universidad de la República y el MEC son los organismos responsables de establecer los requisitos y habilitación para el funcionamiento de las instituciones formadoras de RRHH en salud. El MSP cuenta con un registro obligatorio de los títulos de los profesionales de la salud. Todas las profesiones que se desempeñan en el sistema de salud deben estar registradas en el MSP como requisito de habilitación para el ejercicio profesional.

9 El FNR financia y regula las prestaciones de alta complejidad que son brindadas por los Institutos de Medicina Altamente Especializadas (IMAE). El FNR es presidido por el MSP, cuenta con participación de otros organismos públicos y agentes del sector salud.

2.1.4. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

En el año 2002 Uruguay realiza, con el apoyo de OPS, el taller de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Del informe final se destaca el pobre desempeño en las siguientes FESP: 7) Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud, 8) Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública; y 9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.

Cuando este gobierno asume funciones en marzo de 2005, introduce modificaciones en la estructura del MSP para fortalecer estos aspectos. La creación del Departamento de Vigilancia en Salud Pública y la División de Economía de la Salud tiene como propósito fortalecer los procesos de generación de información, para la toma de decisiones en planificación y políticas en salud pública.

Además, en 2008 el gobierno establece un programa de cooperación con el Banco Mundial que tiene dentro de sus objetivos fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica y de factores de riesgo a la salud. Este proyecto también tiene un componente destinado al mejoramiento del marco regulatorio de los servicios de salud, con especial énfasis en el seguimiento y evaluación de la calidad asistencial.

2.1.5. ORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

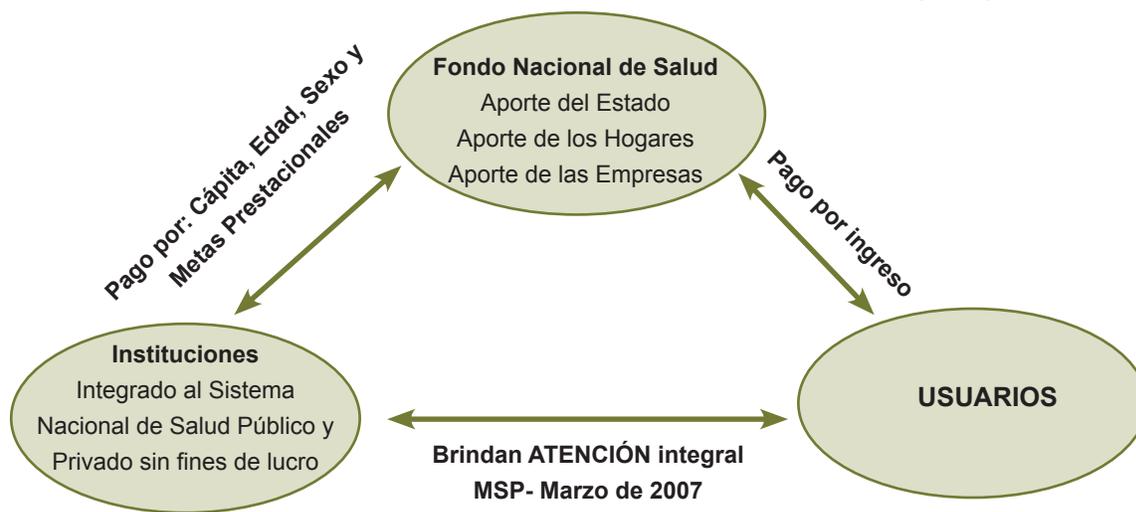
El cambio en el sistema de gasto y financiamiento del sector salud se basa en la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) concebido como un instrumento al servicio del Sistema Nacional Integrado de Salud que busca no solo asegurar la cobertura universal, sino el logro de mayor equidad en el financiamiento.

El SNS está asentado en dos principios rectores: el aporte de la población según ingresos y el pago a las instituciones prestadoras de salud de acuerdo a los costos de atención de la población usuaria y sus características demográficas (edad y sexo).

El SNS está financiado a través del fondo único denominado Fondo Nacional de Salud que recibe recursos provenientes de trabajadores y empresas del sector privado, trabajadores del sector público incorporados al SNS, aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonan a sus dependientes incorporados al SNS y los aportes obligatorios de los pasivos. Además, el Estado complementará dichos ingresos con un aporte presupuestal con el objetivo de cubrir los costos de los servicios de salud involucrados.

El seguro gráficamente se expresa así:

LA CONFORMACIÓN DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD (SNS)



En particular, los trabajadores tanto públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones de acuerdo al siguiente esquema:

- 6% aquellos trabajadores cuyas retribuciones mensuales superen un umbral mínimo y tengan hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad a cargo.
- 4,5% aquellos cuyas retribuciones mensuales superen un umbral mínimo y no tengan hijos a cargo.
- 3% en el caso de los trabajadores de menores ingresos independientemente de si tienen hijos a cargo o no.

Por su parte, la tasa de aportes patronales se estableció en 5%.

Como se mencionó, a través del SNS se paga a los prestadores de los servicios las Cuotas de Salud. Las mismas, cuyo valor es igual para prestadores públicos y privados, tienen dos componentes principales:

- un pago ajustado en función de los costos diferenciales de las prestaciones según grupos poblacionales determinados;
- un pago en función del nivel de cumplimiento de metas asistenciales.

El esquema reseñado implica una doble definición que incluye equidad en el financiamiento (los trabajadores pagan según sus ingresos) y equilibrio de las instituciones prestadoras de salud, que reciben ingresos acorde con los costos esperados de la población que atienden.

En función de la decisión de incorporar gradualmente a distintos colectivos de personas al SNS, los aportes realizados por los trabajadores otorgan derecho a los hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad incluyendo los del cónyuge o concubino a su cargo a través de los prestadores que integren el SNIS¹⁰.

10 Los asegurados tendrán a su vez la opción de mantener a sus hijos dentro del SNIS entre los 18 y 21 años.

2.1.6. GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

Además del PIAS, el Parlamento Nacional aprobó la Ley 18.335 de Derechos y Obligaciones de los Usuarios de Servicios de Salud. El PIAS y la ley de Derechos de Usuarios constituyen el marco fundamental, que transparenta los derechos de los usuarios.

El decreto 15/006 ya reglamentaba el procedimiento para los reclamos de usuarios frente a incumplimiento de los prestadores. Los prestadores integrales están obligados a tener Oficinas de Atención a los Usuarios, para evacuar dudas, consultas y cualquier tipo de reclamo de sus usuarios. Estos reclamos deben ser presentados de manera escrita y las instituciones están obligadas a brindar respuesta en un plazo no mayor a 20 días. En caso de que la respuesta no sea satisfactoria, el usuario puede tramitar su denuncia ante la Oficina de Atención al Usuario del MSP.

La Ley 18.211 establece de manera preceptiva la creación de Consejos Consultivos en los prestadores del SNIS. La reglamentación de esta ley está avanzada, y supone fortalecer el papel de los usuarios como agentes activos en el proceso de atención y en la vigilancia del respeto de sus derechos. Además, existen Asociaciones Civiles de protección de los derechos de los consumidores, que fueran creadas en el marco de la Ley 17.250 de Relaciones de Consumo. Estas organizaciones operan como controles sociales sobre las empresas que operan en el sector salud, pudiendo denunciar excesos ante el Ministerio de Economía (ADECO) o directamente ante la Justicia.

El MSP crea por Decreto 610/005 la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, para contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios del SNIS. Dentro de sus principales cometidos se cuentan el fomento de la educación del personal de salud y los usuarios, propiciar la creación de Comités Hospitalarios de Ética, incentivar el desarrollo de normas y pautas de mejoramiento de la calidad asistencial.

La creación de la Comisión de Bioética fue un primer paso para poner el tema de la calidad asistencial sobre la mesa. Pero además, el MSP viene realizando auditorias permanentes sobre las instituciones del SNIS, para verificar el cumplimiento del Decreto 359/007, que establece tiempos de espera en materia asistencial. El Director General de la Salud se reúne de manera periódica con las Direcciones Técnicas de los Prestadores y con sus Comités de Auditoría Médica, verificando que las instituciones ajusten sus recursos e infraestructuras a los resultados sanitarios esperados.

Por otra parte, la JUNASA fiscaliza el funcionamiento de las instituciones aseguradoras de salud. Para cumplir con su cometido de fiscalización, la JNS cuenta con el apoyo institucional de las diferentes reparticiones ministeriales que realizan un seguimiento de los prestadores de servicios. La Ley 18.211 encomienda al MSP, a través de la JUNASA, vigilar la estabilidad financiera de los prestadores integrales del SNIS (Artículos 14, 15 y 28). Para cumplir con esas tareas, el MSP cuenta con los flujos de información que le brinda el SINADI y los análisis económico-financieros y asistenciales que realiza la División de Economía de la Salud. Los Contratos de Gestión que establece el Art. 14 de la Ley 18.211, establecen la obligación de brindar toda la información económico-asistencial que el MPS exija a los prestadores. Esta información incluye los estados contables así como contar con sistemas de información ajustados a las disposiciones a los requerimientos de la Junta y proporcionarle a esta toda la documentación que ésta le solicite, en materia de fuentes y uso del financiamiento.

2.1.7. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN

El Ministerio evalúa y autoriza la oferta de algunos servicios de salud (inversión en alta tecnología) llevada adelante por parte de los prestadores, tanto públicos como privados. De esta forma, evita la duplicidad de algunos servicios en zonas concentradas y fomenta el acceso y la equidad en todas las regiones del país.

El Ministerio ha establecido una variedad de normativas relativas a la calidad asistencial. Por ejemplo, el reciente Decreto 191/008, que establece las pautas asistenciales para la atención domiciliar. No obstante ello, el objetivo del MSP es que las instituciones se hagan responsables de elaborar e implementar sus propios sistemas de estándares y normas básicas de servicios, siempre y cuando se ajusten a los lineamientos generales establecidas por el MSP.

La Ley 18.211, en su capítulo IV, establece que el SNIS se “...organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención”. Además dice que la JNS, “...de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención”.

Por tanto, el MSP promueve activamente la política de coordinación y complementación de servicios públicos y privados. Se han realizado al presente año más de 90 convenios de complementación público-privado, privado-privado, público-público en todo el país. Los convenios han sido formas eficientes de cubrir la asistencia a toda la población según las necesidades y ha instaurado el proceso de construcción de una red integral de servicios de salud, con el objetivo de dar cumplimiento a los objetivos planteados por el SNIS.

Por otra parte, en los contratos firmados entre la Junta Nacional de Salud y las prestadoras de servicios de salud contemplan, criterios de eficiencia y calidad en el manejo de fondos, exigiendo resultados mínimos de acuerdo a ciertos indicadores. En esos compromisos se establecen, además de los flujos de información financiera y asistencial que las prestadoras deberán brindar, las metas de desempeño a ser alcanzadas, que a su vez serán vigiladas en su cumplimiento por la Junta Nacional de Salud.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. FINANCIAMIENTO

El MSP se ha propuesto determinar con qué recursos financieros se cuenta en el sector salud, la forma en la que estos se recaudan, así como cuáles corresponden a cada uno de los subsistemas existentes. Para ello a lo largo de 2005, se trabajó en la determinación de las Cuentas Nacionales de Salud 2004, buscando contar con información en la medida que el último antecedente de este tipo correspondía al año 2000 y el país atravesó por una severa crisis económica a comienzos de la presente década y sus consecuencias se extendieron a toda la sociedad y al sector salud en particular. Se cuenta con informes previos que describen el gasto en salud y el financiamiento del mismo entre 1995 y 2000, procedentes de trabajos realizados por asesores externos.

El análisis del financiamiento del sector salud se realiza en el trabajo desde la perspectiva de las Fuentes de Financiamiento, entendiendo por tales a las instituciones u organismos que proveen de fondos al sistema y desde la perspectiva de los Agentes de Financiamiento, es decir aquellos que son los organismos o instituciones que canalizan los fondos provenientes de las distintas fuentes, utilizándolos para comprar servicios de salud.

Entendiendo por financiamiento público, aquel que proviene de tributos (impuestos, tasas y contribuciones), y precios (originados en la venta de bienes y servicios de las empresas públicas) y siguiendo el criterio que postula que todas las fuentes de fondos que no quedan incluidas en el financiamiento público constituyen fuentes privadas, se destaca que el gasto financiado con fuentes privadas fue levemente superior al financiamiento público, representando el 50,3% y el 49,7%, respectivamente. Dentro del financiamiento público, un 21,9% corresponde a impuestos y 25,4% es financiamiento proveniente de contribuciones al sistema de Seguridad Social. Por su parte, el grueso del financiamiento privado proviene de Gasto de los Hogares

Tabla 12: Fuentes de financiamiento del sistema de salud, Uruguay 2004

Fuentes	Millones de Dólares	%
Impuestos	259,8	21,9
Impuestos generales y contribuciones	239,2	20,2
Impuestos locales	20,7	1,7
Seguridad social	301,0	25,4
Contribuciones del empleador	141,0	11,9
Contribuciones del empleado	60,5	5,1
Contribuciones de pasivos	8,7	0,7
Transferencias del Gobierno a la Seg. Social	90,7	7,7
Precios	27,4	2,3
Total público	588,2	49,7
Hogares	587,1	49,6
Endeudamiento	9,0	0,8
Total privado	596,1	50,3
Total del gasto	1.184,3	100,0

FUENTE: Cuentas Nacionales en Salud 2004, Div. Economía de la Salud, MSP.

Desde la perspectiva de los Agentes de Financiamiento, los agentes privados recibieron en el 2004 el 51,7% de los recursos y los públicos el 48,3% de la totalidad de fuentes de fondos. Los agentes de financiamiento, tanto públicos como privados, son quienes captan fondos de las respectivas fuentes y el cometido es financiar a los diferentes proveedores de servicios de salud. Asimismo, una de las características destacables del sistema de salud uruguayo es que la mayoría de los proveedores de servicios coinciden con ser, además, agentes financiadores.

Tabla 13: Agentes de financiamiento del sistema de Salud, Uruguay 2004

Agentes de Financiamiento	Millones de Dólares	%
Agentes Públicos		
Administración de los Servicios de Salud del Estado	165,0	13,9
MSP	10,6	0,9
Sanidad Militar	28,8	2,4
Sanidad Policial	19,9	1,7
Seguridad Social	185,1	15,6
Universidad	23,4	2,0
Intendencias	21,4	1,8
Otros Públicos	118,3	10,0
Total Públicos	572,5	48,3
Agentes Privados		
Seguros Convencionales	22,7	1,9
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva	272,7	23,0
Seguros médicos integrales	40,8	3,4
Emergencias Móviles	57,4	4,8
Casas de Salud	23,9	2,0
Asistencia Particular	190,6	16,1
Otros Públicos	3,9	0,3
Total Privados	611,8	51,7
Total Gasto en Salud	1184,3	100,0

FUENTE: Cuentas Nacionales en Salud 2004, Div. Economía de la Salud, MSP.

A nivel de los agentes públicos se destaca la Administración de Servicios de Salud del Estado que recibe casi el 14% de los recursos destinados a salud, el Banco de Previsión Social que recibe el 15.6% y finalmente el Fondo Nacional de Recursos con el 5.4% de los recursos en salud. Entre los agentes privados de financiamiento resaltan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que percibieron un 23% de las fuentes, seguidas por la Asistencia Particular con un 16,1%. Dentro de la Asistencia Particular, se considera que el agente de financiamiento es el propio hogar que administra sus recursos para contratar la provisión de salud a clínicas, consultorios privados, farmacias, empresas de venta de insumos y bienes de salud.

De todas maneras, existen agentes de financiamiento que cumplen exclusivamente con la función de comprar servicios de salud para sus afiliados/beneficiarios. Estos son: el Seguro de Enfermedad del BPS que compra los servicios de salud para sus afiliados a las IAMC, el FNR que compra servicios de medicina altamente especializada a prestadores especializados (IMAE), los Seguros Convencionales, y algunos organismos y públicos como el Poder Legislativo, el Banco Central y las empresas públicas. Estos últimos agentes utilizan fondos provenientes tanto de impuestos como de precios para pagar gastos de salud de sus funcionarios.

Mientras la participación del sector público y privado como fuentes o agentes de financiamiento son casi idénticas, la situación es bastante distinta al considerar la perspectiva de los proveedores de servicios de salud. Durante 2004, el país destinó el 25% de sus recursos en salud a financiar a los proveedores del sector público y el 75% a los del sector privado. Cabe destacar que este hecho se da a la vez que se verifica que ambos tipos de proveedores contaban con casi la misma cantidad de usuarios, lo que determinaba que el gasto por usuario del sector privado fuera 264% superior al correspondiente para los usuarios de los Servicios de Salud del Estado.

Tabla 14: Proveedores de servicios públicos y privados, Uruguay 2004

Proveedores de Servicio	Millones de US\$	%
Proveedores Públicos		
ASSE	165,0	13,9
MSP	10,6	0,9
Sanidad Militar	28,8	2,4
Sanidad Policial	12,9	1,1
Hospital de Clínicas	18,1	1,5
IMAE públicas	4,4	0,4
BPS – Sanatorio	23,1	2,0
BSE – Sanatorio	18,8	1,6
BHU	2,2	0,2
BROU	1,7	0,1
ANCAP	2,8	0,2
Comisiones Honorarias	4,3	0,4
Policlínicas IMM	4,4	0,4
Intendencias del Interior	3,2	0,3
Total Públicos	300,4	25,4
Proveedores Privados		
IAMC	511,7	43,2
Seguros Privados Integrales	40,8	3,4
Emergencias móviles	57,5	4,9
IMAE privado	41,2	3,5
IMAE en el exterior	1,4	0,1
Casas de salud	23,9	2,0
Caja Notarial	3,2	0,3
Consultorios y Farmacias	204,3	17,3
Total Privados	884,0	74,6
TOTAL GENERAL	1.184,3	100,0

FUENTE: Cuentas Nacionales en Salud 2004, Div. Economía de la Salud, MSP.

El MSP se encuentra procesando la información para la elaboración de las CNS del período 2005-2007. Es posible anticipar que debido a los cambios en el modelo de financiamiento impulsado por la reforma de salud, los resultados presentados para el 2004 sufrirán importantes modificaciones, fundamentalmente a partir del año 2008. En este sentido, se observará un importante aumento de las fuentes de financiamiento públicas, por un lado en las provenientes de impuestos y destinadas al principal prestador público ASSE que ha visto reforzado su presupuesto a partir del año 2005, por otro lado y en mayor medida, en la participación de las fuentes provenientes de la Seguridad Social. Como contrapartida, disminuye la participación de las fuentes privadas. Desde la perspectiva del gasto efectivizado por prestadores tanto públicos como privados, el principal cambio se reflejará en un aumento del gasto de las IAMC en la medida en que las mismas han aumentado su población afiliada en más de un 20%.

Tabla 15: Gasto en salud ejecutado, Uruguay 1994-2004

AÑO	Gasto en salud como % del PBI
1994	9,1
1995	9,2
1997	10
1998	10,2
1999	10,7
2000	10,9
2004	8,96

FUENTE: Cuentas Nacionales en Salud 2004, Div. Economía de la Salud, MSP

2.2.2. ASEGURAMIENTO

MARCO LEGAL

Como ya fuera mencionado, el marco legal del aseguramiento público en salud está dado por la Ley 18.131 de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), como el encargado de financiar el régimen de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro por Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por ley, de los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado. Del mismo modo, la Ley 18.211 en su artículo 68 amplía la población de beneficiarios, incorporando nuevos grupos al Seguro Nacional de Salud, a partir del 1º de enero de 2008.

Por otra parte, los individuos que no están cubiertos por este seguro (que se encuentra ligado al mercado formal de trabajo), pueden asegurarse mediante el pago de una cuota e incorporarse al sistema privado, o al sistema público (donde la población de menores recursos está exonerada del pago de cuotas y del pago de los demás servicios).

En lo que respecta a Sanidad Militar y Policial, la misma Ley 18.211 explicita que: “Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regimenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.” De esta forma, estos grupos específicos de la población tienen cobertura de salud a través de sus regimenes propios.

En cuanto a los beneficios, hay un conjunto de servicios que deben brindar los prestadores para ser consideradas integrales y poder integrarse al seguro; que incluye los tres niveles de atención y actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación, con algunas exclusiones. Con el Decreto 465/08, se aprueba el Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS) definido por el Ministerio de Salud Pública, incluyendo los Programas Integrales de Salud y el catálogo de prestaciones que deberán brindar a todos sus usuarios los prestadores públicos y privados que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Estado es el responsable de garantizar los bienes públicos: acciones de salud pública como vacunaciones, campañas de prevención de enfermedades, etc. De todos modos, las mismas son llevadas adelante tanto por prestadores públicos como privados.

La cobertura que reciben las personas por intermedio del seguro es la misma sin importar el prestador. Ello implica que necesariamente los beneficios que brindan los proveedores públicos y los privados son los mismos. También para las personas no pertenecientes al SNS, usuarios de ASSE e IAMC.

La modalidad dominante del aseguramiento actual es la Seguridad Social. Esta se financia mediante aportes de empleados, empleadores y del Estado. Existe un único organismo de la Seguridad Social que es el Banco de Previsión Social, que a su vez tiene bajo su responsabilidad la previsión social. En el caso del Seguro Nacional de Salud, el BPS recauda los aportes y administra el FONASA con cargo al cual luego se pagan las cuotas salud a los prestadores integrales contratados por la JNS.

Las instituciones que conforman el seguro son: la JUNASA, el BPS y el conjunto de prestadores de servicios de salud (públicos y privados). El BPS es el encargado de recaudar los aportes a la seguridad social, y es el encargado de pagar las cápitas y las metas a las instituciones cuando la JUNASA lo indica. La JUNASA es el organismo regulador del seguro, y el encargado de controlar y fiscalizarlo. Como organismo regulador del seguro, tiene capacidad de penalización ante el incumplimiento de las instituciones.

La JUNASA es un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública y cuenta con siete integrantes, cuatro del Poder Ejecutivo y tres representantes sociales. Los representantes del Poder Ejecutivo son: dos del MSP, uno del MEF, y uno del BPS. Los representantes sociales son: uno de los prestadores integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, uno de los trabajadores de dichos prestadores y un representante de los usuarios del sistema. Por ultimo, el conjunto de prestadoras de servicios de salud lo conforman las IAMC, ASSE y los Seguros Privados, y su rol es dar cobertura de salud a los beneficiarios del seguro.

También los prestadores privados cumplen la función de aseguramiento, en tanto no se les paga por servicios o prestaciones, sino a través de cápitas por población cubierta, ya sea por los afiliados FONASA como por los que se financian en forma privada.

El marco regulador existente para las instituciones que participan de la protección social se refiere tanto a aspectos financieros, como a los aspectos concernientes a la salud de las personas.

La cobertura del Seguro Nacional de Salud alcanza a los trabajadores y sus hijos a cargo, menores de 18 años o mayores discapacitados, de: dependientes del sector público y privado; y no dependientes titulares de empresas unipersonales (hasta con un empleado y al día con sus aportes). Los beneficiarios del SNS también pueden optar e incorporar al mismo a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, abonando una cuota salud por los mismos. Asimismo, el SNS también comprende a quienes se jubilen a partir del 1/1/08 que ya estuvieran incorporados como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y a jubilados dependientes con menores ingresos y no dependientes con tope de ingresos. Quienes queden por afuera de la seguridad social, pueden asegurarse en el subsistema público, o en el privado mediante el pago de una cuota.

FONDO COMÚN O “POOLING”

En lo que respecta a la seguridad social, el FONASA es quien administra el riesgo asociado a las intervenciones de salud, pagando a las instituciones una cápita por individuo que se determina en función de la edad y el sexo de cada uno. Al mismo tiempo, el FONASA traslada parte de ese riesgo a las instituciones que se responsabilizan a cubrir cierto grupo de población. Al interior del subsistema privado, en cada prestador, se puede encontrar algunos mecanismos de administración de riesgo como el hecho de tener la capacidad de limitar la cobertura bajo ciertas circunstancias y cobrar cuotas diferenciadas a los usuarios de acuerdo con sus características. Dentro del subsistema público no se encuentran mecanismos de gestión de riesgo más allá de la administración de los recursos con que cuentan las instituciones frente a la población que deben atender. A su vez, el Fondo Nacional de Recursos, que actúa como un fondo para enfermedades catastróficas; recibe una cuota fija de parte de quienes tienen cobertura en el sector privado, la misma cuota también la recibe por intermedio del FONASA por aquellos que están asegurados con el régimen de seguridad social, mientras que por quienes tienen cobertura pública se paga por acto médico.

Se puede identificar un conjunto de mecanismos cuyo objetivo es evitar el descreme, el riesgo moral, y/o la selección adversa. Para el conjunto de la población, se establece el cobro de tasas moderadoras por parte de las instituciones, con el fin de evitar la presencia de riesgo moral en los cuidados médicos, y regular la utilización de los servicios. Con lo que respecta a la selección adversa, el mecanismo previsto solo actúa sobre las personas que forman parte del mercado formal de trabajo, dado que es únicamente a éstas a quienes se les exige optar por una institución donde atenderse, o en su defecto se le asigna de oficio ASSE. El mecanismo para evitar el descreme, también actúa únicamente sobre la población FONASA, dado que se le prohíbe a las prestadoras rechazar usuarios que provengan de la seguridad social.

De todos modos, los seguros privados tienen espacio para realizar selección de riesgo, impidiendo el ingreso a posibles usuarios. Para considerar este último punto, es importante tener presente que de los 3.041.006 de usuarios del SNIS a marzo de 2008, solamente 74.797 son usuarios de seguros privados.

Existen beneficios de exoneración o reducción de los copagos, para acceder a ciertas prestaciones en determinados grupos de población, como por ejemplo:

- exoneración del pago de tasas moderadoras en medicamentos reguladores de la glicemia para usuarios diabéticos;
- exoneración del pago de tasas moderadoras en estudios paraclínicos para control de embarazo;
- reducción de la tasa moderadora de medicamentos antihipertensivos para usuarios hipertensos;
- exoneración de copagos de Colpocitología Oncológica (PAP) y Mamografía, para grupos de mujeres comprendidas dentro de un rango de edad establecido en la Ordenanza Ministerial correspondiente;
- órdenes a consultorio y exámenes de rutina gratuitos, para jubilados de bajos ingresos.

MECANISMOS DE PAGO A PRESTADORES

Para los prestadores integrales que brindan servicios formando parte del régimen de seguridad social, el BPS realiza el pago de una capita (determina por sexo y edad) por cada uno de sus usuarios FONASA y un pago específico y preestablecido por el cumplimiento de metas, también por cada uno de estos usuarios. Las IAMC, principales prestadores privados sin fines de lucro, así como los seguros privados, se financian mediante cuotas de prepago, cobro de tasas moderadoras y venta de servicios a terceros. A su vez los prestadores integrales pagan a los proveedores médicos según distintas modalidades, según sean prestadores públicos o privados. Básicamente en el sector privado las IAMC remuneran a sus médicos por salarios y actos médicos mientras que en el sector público el pago es sólo a través de salarios. El FNR paga por acto.

Tabla 16: Porcentaje de la población con derecho a la salud en las distintas instituciones, Uruguay 2005 y 2008

	Porcentaje cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje cubierto por el Estado	Porcentaje cubierto por el seguro de salud	Porcentaje cubierto por el sector privado	Porcentaje sin cobertura
Periodos					
Dic-05	100%	54%	21%	46%	0
Set-08	100%	42%	45%	58%	0
Género – información a Sept. 2008					
Hombres	100%	40%	48%	60%	0
Mujeres	100%	45%	38%	55%	0

FUENTE(S): División Economía de la Salud – MSP.

**Tabla 17: Porcentaje de la población con derecho a la salud en las distintas instituciones.
Distribución etaria. Uruguay 2006 y 2007**

	Porcentaje cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje cubierto por el Estado - ASSE	Porcentaje cubierto por el sector privado - IAMC	Otro	Porcentaje sin cobertura
Períodos					
2006	96%	42%	46%	8%	4%
2007	98%	40%	44%	14%	2%
Base poblacional – 2007					
Niños (Menores de 13 años)	99%	57%	21%	21%	1%
Personas de 14 - 19 años	98%	55%	27%	16%	2%
Personas de 20 - 24 años	97%	39%	47%	11%	3%
Personas de 25 - 29 años	97%	34%	53%	10%	3%
Personas de 30 - 39 años	97%	32%	53%	12%	3%
Personas de 40 - 49 años	97%	31%	54%	13%	3%
Personas de 50 - 59 años	97%	30%	54%	14%	3%
Adultos mayores (60 años y más)	99%	31%	57%	11%	1%

FUENTE(S): Anuarios estadísticos del INE, 2007 y 2008.

2.3. PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 18: Tasa global de uso de servicios de salud en el sector privado (IAMC), Uruguay 2007

Tasa Global de Uso									
Niveles de Atención	Género		Zona Geográfica		Grupos de Edad				
	Hombres	Mujeres	Interior	Montevideo	< de 5 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años
Consultas por afiliado por año	5.0	8.0	7.0	6.1	11.6	5.5	2.7	4.9	18.3
Egresos por mil afiliados por año *	93.9	131.8	126.6	103.7	168.7	56.4	86.5	99.5	206.9

FUENTE(S): SINADI. Año 2007. Corresponde a egresos de cuidados moderados.

*Corresponde a egresos de cuidados moderados.

Tabla 19: Tasa global de uso de servicios de salud en el sector privado (Seguros Privados Integrales), Uruguay 2007

Tasa Global de Uso							
Niveles de Atención	Género		Grupos de Edad				
	Hombres	Mujeres	< de 5 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	>65 años
Consultas por afiliado por año	5.1	7.1	8.7	4.7	5.1	6.7	10.8
Egresos por mil afiliados por año *	70.8	101.6	114.6	44.6	78.2	80.5	218.2

FUENTE: SINADI. Año 2007. Corresponde a egresos de cuidados moderados.

*Corresponde a egresos de cuidados moderados.

Tabla 20: Tasa global de uso de servicios de salud en el sector público (ASSE), Uruguay 2008

	Total País
Consultas por afiliado por año	5,2
Egresos por mil afiliados por año	140,6

FUENTE: Centro de Información ASSE. Año 2008.

2.3.2. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos

La formación de recursos humanos en salud está básicamente concentrada en el sector público de la enseñanza terciaria y superior, específicamente en la Universidad de la República (UDELAR).

En ese marco se inscriben las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería, Químico Farmacéutico, Psicología y las tecnicaturas que se agrupan en la oferta de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica, la Escuela de Nutrición y Dietética, la Escuela de Parteras, Instituto de Higiene y Escuela de Tecnología Odontológica.

En Uruguay, el sector privado se instala a fines de la dictadura (1984). En ese plano las profesiones principales han sido psicología, odontología, enfermería y hace pocos años se autoriza la formación de grado en medicina en el Instituto Universitario CLAEH (actualmente cursando tercer año la primera cohorte).

Asimismo se acreditaron instituciones privadas que también incursionaron en la formación técnica media: auxiliares de enfermería, de farmacia, instrumentistas, etc. Donde sí hay un desarrollo mayor a nivel privado relacionado a la profesión médica es en el área de postgrados y maestrías, existiendo ofertas variadas sobre todo en gestión, y en menor magnitud en el área clínica (Universidad Católica, Universidad de Montevideo, CLAEH)

En suma, la formación de RRHH en salud se concentra en la Universidad de la República, del total de 42 formaciones de grado en salud, 33 corresponden a carreras de la UDELAR y 9 del sector privado terciario.

Existe una marcada tendencia, a realizar estudios de postgrado. Según la última encuesta médica, alrededor del 75% de los médicos tienen una especialización. El crecimiento en las especialidades médicas es más pronunciado que en especialidades quirúrgicas. Se puede decir entonces, que se forman recursos que no se adecuan del todo a las necesidades del modelo de atención planteado por reforma. Además, el perfil del médico general que egresa de la UDELAR es determinante de la capacidad de resolución del primer nivel de atención y por lo tanto actúa como condicionante del cambio del modelo de atención propuesto en el contexto de la reforma. De cualquier forma, existen tendencias de adecuación de los recursos a las necesidades del sistema, como ejemplo cabe mencionar el marcado aumento de los cargos de Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria y la ausencia de cupo para el ingreso a dicho postgrado.

Actualmente se está implementando un nuevo plan de estudios en la Facultad de Medicina de la UDELAR, que establece como componentes básicos: la inserción en el primer nivel a lo largo de toda la carrera, la semiología comienza en el segundo año de la carrera, se trabaja en promoción de salud y en la comunidad durante todos los ciclos, con una línea de continuidad entre los mismos de por lo menos tres años; enseñanza de metodología de la investigación y ética a lo largo de la carrera; obtención de un título intermedio al finalizar el cuarto año de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades; reducción de la carrera a 7 años; el ciclo materno- infantil se dictará antes que las clínicas médicas y quirúrgicas.

Asimismo, se está trabajando en la instrumentación del Instituto de Atención Primaria en Salud, en la Facultad de Medicina y lo integran los Departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Social, además de los RRHH asignados al primer nivel en: pediatría, ginecología, salud mental y las escuelas de tecnología médica. Se pretende trabajar en equipo tanto en el pregrado como en el postgrado. A nivel de la UDELAR el mismo recibe el nombre de Instituto Universitario para el Primer Nivel de Atención y lo integran las Facultades de Enfermería, Odontología, Psicología, Medicina y el ISEF. Se ha planteado en una primera etapa de trabajo dos zonas, integrando estudiantes de las distintas facultades trabajando en equipos interdisciplinarios en experiencias de campo. Se pretende de futuro que esto sea curricular tanto a nivel del postgrado como del pregrado.

2.3.2.2. *Gestión de RRHH y Condiciones de Empleo*

Los objetivos generales de las reformas en cuanto a maximizar productos y resultados aparecen estrechamente unidos al éxito en la adopción de nuevas prácticas laborales y de gestión. La búsqueda de más servicios a menor costo por unidad de producto y con mayor calidad de los mismos, obliga a cambios en los procesos de trabajo, las calificaciones del personal y condiciones laborales, así como las transformaciones de los regímenes salariales, de incentivos y en los sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

Tabla 21: Número de cargos por cada mil usuarios de ASSE y IAMC, Uruguay 2008

RRHH cada 1000 usuarios	ASSE	IAMC
Médicos	4,0	7,3
Enfermeros	5,0	5,7

FUENTE: Ministerio de Salud Pública (MSP). Economía de la Salud. Centro Nacional de Información ASSE

Tabla 22: Peso relativo de cargos según categoría laboral (Médicos – Enfermera/o), Uruguay 2008

Categoría	ASSE	IAMC
Médicos	45%	56%
Enfermería	55%	44%

FUENTE: Ministerio de Salud Pública (MSP). Economía de la Salud y Centro Nacional de Información de ASSE.

Los números absolutos presentados en el cuadro son contundentes a la hora de analizar la relación enfermera/o–médicos, indicando una sobre-representación de los médicos respecto a las enfermeras. Si bien esta tendencia va disminuyendo, dicho proceso es lento. Por cada cuatro médicos hay una enfermera para el año 2005, esta representatividad cae a tres por una en cinco años. Lo que muestra una escasez de enfermeras profesionales en relación a médicos.

Si analizamos el conglomerado de enfermeras y médicos como una población única llevándolos a base 100%, se observa con mayor plenitud la diferencia mencionada y la leve reducción que se viene originando.

Para el año inicial del periodo las enfermeras representaban el 21% de la fuerza laboral de este agregado; experimentando un ligero aumento de un punto porcentual para el año siguiente y manteniéndose sin variaciones en el 2007; para los dos últimos años esta proporción aumenta a un 23%.

Es importante señalar que esta pequeña caída de la diferencia entre médicos y enfermeras no responde a una disminución del número de médicos en actividad, sino que el crecimiento proporcional de las enfermeras en condición de activas se dio a un ritmo más acelerado que el de los médicos. Lo planteado anteriormente lleva a suponer que la brecha existente entre médicos y enfermeras tenderá a disminuir, aunque se sabe que nos referimos de un proceso de largo plazo, por lo cual existe la urgencia de incurrir en estrategias direccionadas a acelerar dicho proceso, pues esta dificultad es una grave insuficiencia para la aplicación del nuevo Modelo de Atención.

La desproporción existente entre la producción del personal médico y las enfermeras calificadas es una carencia real y visible; una imperfección que el Estado Uruguayo junto a los organismos pertinentes deberán asumir como un nuevo reto a ser superado.

Por otra parte, históricamente la organización del trabajo en el sector salud ha ubicado de hecho a las y los auxiliares de enfermería en roles y tareas que legalmente están asimilados a las licenciadas/os en enfermería. En la organización del trabajo que caracteriza a los servicios, las licenciadas/os en enfermería mantienen roles y tareas relacionadas al ámbito administrativo y de control, dejando la tarea con los usuarios en manos de las y los auxiliares de enfermería. Por lo cual, si tomamos en cuenta la tarea de las y los auxiliares de enfermería, la desproporción mencionada disminuye notoriamente

Tabla 23: Recursos Humanos en Salud, Uruguay 1999, 2005 y 2009

Tipo de Recurso Humano	1999	2005	2009
Razón de médicos por cada 10.000 hab.*	37	41	42
Razón de enfermeras/os profesionales por cada 10.000 hab.**	8	11	12
No. de Escuelas de Salud Pública***	1	1	2
No. de Universidades con Maestría en Salud Pública****	1	4	4

*/**FUENTE(S) Perfil de Recursos Humanos del sector Salud del Uruguay. Instituto nacional de Estadísticas y Censo. Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias.

***Incluye UdelAR y UCUDAL.

****Incluye instituciones formadoras de RRHH en salud públicas y privadas.

2.3.3. MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

El país cuenta con un observatorio de medicamentos esenciales. A estos efectos existe una base de datos con todos los medicamentos esenciales registrados, con los precios de compra por parte del Estado. También fiscaliza a las farmacias, los stocks de los mismos con el objetivo de controlar su disponibilidad. Existe una política nacional de medicamentos esenciales. Se cuenta con un listado de medicamentos esenciales, incorporados al formulario terapéutico de medicamentos nacional, que es de prestación obligatoria para públicos y privados, aunque no existen encuestas periódicas de acceso y disponibilidad de los mismos.

Las compras se realizan en forma centralizada a través de la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA) dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas, la cual también integra el MSP. A través de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, se realiza el control de las unidades compradas por cada Unidad Ejecutora, y a su vez, cada una de éstas, el control de la distribución. Respecto de la política de precios de los medicamentos, si bien no existe una regulación de precios por parte del Estado, para algunas especialidades farmacéuticas (antirretrovirales y oncológicas) se utilizan para su compra precios de referencia de la región.

El listado nacional de medicamentos esenciales se revisa y actualiza como mínimo una vez al año, a través del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM). El FTM contiene, también, en un anexo los medicamentos esenciales de alto costo para patologías de baja prevalencia financiados por el FNR. Este está protocolarizado por el propio FNR.

No existen protocolos de tratamiento para las patologías prevalentes en las instituciones prestadoras públicas del primer nivel de atención, ni en los hospitales. En el contrato de gestión firmado con los prestadores integrales, sí se establece la obligación de utilizar guías de práctica clínica en las siguientes patologías prevalentes: hipertensión, diabetes, cáncer de mama, cuello de útero y colon.

Se exige la presencia del farmacéutico en las farmacias privadas y en los hospitales. La Ley 15.703 y el Decreto 801/986 regulan las farmacias de primera categoría. El Decreto 25.842 regula las farmacias de los hospitales. En ambos casos se exige la presencia de Químicos Farmacéuticos para las farmacias privadas y hospitalarias.

Tabla 24: Medicamentos, Uruguay 2000-2005

INDICADOR	2000 – 2005
N° total de productos farmacéuticos registrados	7.500
Porcentaje de medicamentos de marca (originales)	20%
Porcentaje de medicamentos genéricos (similares o copias)	80%
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	14%

FUENTE: Departamento de Medicamentos. DIGESA.MSP

2.3.4. EQUIPO Y TECNOLOGÍA

De acuerdo a los datos relevados en el Censo de Equipamiento Médico, el número total de equipos de radiodiagnóstico básico es 298.

Tabla 25: Distribución de equipos de radiodiagnóstico por 100,000 habitantes, Uruguay 2008(*)

	Público	Privado	Total
Capital	12,9	6,4	8,7
Resto país	8,1	11,4	9,6
TOTAL	9,5	8,9	9,2

(*) Datos actualizados a agosto 2008. Fuente: Departamento de Tecnología Médica. MSP.
Fuente: Departamento de Tecnología Médica. MSP

De los equipos de radiodiagnóstico básico funcionando, se declararon complicaciones durante el uso de los equipos en 109/269 (41%) de los casos.

Tabla 26: Distribución de equipos de radiodiagnóstico básico sin funcionar, Uruguay 2008(*)

	Público	Privado	Total
Capital	6	5	11
Resto país	12	6	18
TOTAL	18	11	29

(*) Datos actualizados a agosto 2008. Fuente: Departamento de Tecnología Médica. MSP.
Fuente: Departamento de Tecnología Médica. MSP

La antigüedad promedio de los equipos de radiodiagnóstico básico es de 21 años (mediana: 16 años) desde la fecha de fabricación. Actualmente no se dispone de datos económicos en relación al mantenimiento de los equipos. De los 298 equipos de radiodiagnóstico básico relevados 19 cuentan con garantía vigente y 10 de los equipos se encuentran en instituciones de la capital. Existe contrato con Servicio Técnico especializado en 113/298 (38%) de los equipos relevados. En el 67% de los equipos de radiodiagnóstico se ha realizado mantenimiento correctivo en los últimos 3 años, y en el 52% del total de equipos de radiodiagnóstico se realiza mantenimiento preventivo.

De acuerdo a los datos relevados en el Censo de Equipamiento Médico la disponibilidad de equipos analizadores automáticos es 331; 198 instituciones mencionaron contar con analizadores automáticos. La antigüedad media de los equipos es de 8 años (D.E 5,35) desde la fecha de fabricación.

Tabla 27: Distribución de analizadores automáticos, Uruguay 2008(*)

	Público	Privado	Total
Capital	11,15	11,17	11,16
Resto país	8,21	11,27	9,56
TOTAL	9,09	11,22	10,21

(*) Datos actualizados a agosto 2008. Fuente: Departamento de Tecnología Médica. MSP.
Fuente: Departamento de Tecnología Médica. MSP.

Tabla 28: Disponibilidad de equipamiento en el sector salud, Uruguay 2008

Tipo de Recurso Subsector	Camas censables por 1.000 habitantes	Equipos de radiodiagnóstico básico por 1.000 habitantes	Laboratorios clínicos por 100.000 habitantes
Publico	2,3	9,5	9,09
Privado	1,07	8,9	11,22
TOTAL	3,37	18,4	20,3

FUENTE(S): SINADI. Año 2008

2.3.5. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Diferentes leyes, decretos, y ordenanzas ministeriales estipulan las normas básicas de atención en salud, la mayor parte de las cuales ya se hicieron referencia en capítulos anteriores.

Existe el Marco Regulatorio de la Asistencia médica que trata forma de acceso, derechos y deberes, historia Clínica, seguridad de las instalaciones, productos de riesgo para la salud humana, medio ambiente y salud ocupacional. Se han desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

No existe una instancia para la acreditación. Existen instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos como por ejemplo los indicadores de calidad de cumplimiento de los programas preventivos del MSP.

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Tabla 29: Mapeo Institucional del Sistema de Salud

Funciones Organizaciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central MSP	X	X			
Junta Nacional De Salud (SNS)		X	X	X	
ASSE			X	X	X
Sanidad Policial			X	X	X
Sanidad Militar			X	X	X
MEF		X			
Fondo Nacional de Recursos			X	X	
BSE			X	X	X
Instituciones de Seguro Social BPS			X	X	X
Gobierno regional (departamental)			X	X	X
Aseguradoras privadas Sin lucro Con lucro			X	X	X
Proveedores privados - Sin lucro - Con lucro			X	X	X

FUENTE(S): Elaboración propia

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMA

3.1. EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS”

3.1.1. EQUIDAD, COBERTURA Y ACCESO¹¹

La cantidad de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud ha aumentado significativamente en el total del país. El 100% de los ciudadanos están hoy registrados en un prestador integral (ASSE, IAMC, Seguros privados, Sanidad Militar y Sanidad Policial), siendo que previo a diciembre del 2007 había 205.000 personas que no estaban integradas a ningún efector integral de salud.

El número de personas que ingresaron al sistema de salud a través de la seguridad social es de 689.945 (totalizando al 31 de diciembre de 2008 1.377.743 personas) lo que significa que cada vez más personas aportan por ingresos (signo inequívoco de justicia social) y a su vez incluye a sus hijos en la cobertura, con lo cual se reduce el peso del “pago de bolsillo” altamente injusto pues no depende del ingreso de la persona. En general cabe recordar que las familias de bajos ingresos son las que tienen más hijos, por lo cual las transferencias del fondo son mayores hacia estas familias que hacia las que tiene menos hijos.

El aumento de usuarios fue especialmente importante entre los menores de 19 años; estos pasaron de 787.127 en diciembre de 2007 a 913.875 en marzo de 2008. En lo que respecta a los jubilados, también se observa un crecimiento significativo. En el período 1996-2007 entraron al seguro de salud 50.000 jubilados, mientras que en el período de agosto de 2007 a marzo 2008 lo hicieron 22.000 jubilados más. En menos de un año ingresaron al seguro un 35% de los jubilados que ingresaron en el período 1996-2007. Si se observa en mayor detalle, al detenerse en la evolución del seguro social, se aprecia que de 678.662 personas que financiaban su atención en salud a través de éste en junio de 2007, en diciembre de 2008 ascendían a 1.377.743.

Al interior del sistema, los datos indican que el aumento del número de usuarios recayó en mayor cantidad sobre las IAMC y los seguros privados, mientras que los usuarios de ASSE disminuyeron (descendiendo a 1.192.580 las personas que, en diciembre de 2008, atendían su salud en el prestador integral público). Lo anterior, sumado al incremento del gasto público destinado a ASSE, condujo a que los recursos per cápita fueran muy superiores a los de años anteriores, y se acercaran al gasto per cápita de las instituciones privadas. Tomando en cuenta el punto de partida de la reforma, para las IAMC el gasto por usuario era de 900 pesos y para ASSE de 280 pesos por mes, respectivamente. Para 2008 la relación entre los prestadores se tornó más justa, en relación a la distribución del gasto, observándose que para las IAMC se gasta por usuario 900 pesos y para ASSE 659 pesos por usuario, dejando relegada la relación del punto de partida de 3 a 1, para pasar a 1,36 a 1.

11 Datos brindados por División Economía de la Salud del MSP.

De todos modos, la reforma tiene muy poco tiempo desde su implementación, por lo cual es difícil medir sus impactos o tener datos sobre la mayoría de los indicadores que se pretenden. El proceso de ingreso al sistema de salud a través del SNS ha sido especialmente importante para las familias de trabajadores en términos del núcleo familiar por el ingreso de los hijos. De acuerdo a un informe del Instituto Nacional de Estadística, casi la mitad de la reducción neta de la pobreza observado en el primer semestre de 2008 (reducción de 4.7 puntos porcentuales) respecto al primer semestre de 2007, se explica por la incorporación de los menores de 18 años al SNS.

En lo que respecta al acceso, uno de los ejes de esta reforma radica en que el sistema entero se vuelque al primer nivel de atención, se logren reducir los tiempos de espera y que las tasas moderadoras no signifiquen una barrera a la atención.

Con la aprobación del Decreto 359 del año 2007, se reglamenta el tiempo de espera para acceder a las consultas por parte de los usuarios del SNIS. En dicho decreto se establece que los prestadores integrales de salud de todo el país, deberán otorgar cita para consulta externa en medicina general, pediatría y ginecoobstetricia, en un plazo máximo de 24 horas desde el momento de la solicitud. Para el caso de consulta de cirugía general, el plazo máximo fijado es de 2 días, y para las especialidades médicas y quirúrgicas dicho plazo es de 30 días desde que fue solicitada la consulta.

Como ya fue mencionado, uno de los problemas principales para el acceso a la atención en salud radica en la barrera que genera el costo de las tasas moderadoras para la usuarios. En tal sentido se realizaron ciertas acciones mediante decretos y acuerdos que tiene como objetivos mejorar la accesibilidad y la atención.

- Rebaja de 40% de ticket de medicamentos y no ajuste de dicho precio en los dos últimos años.
- Gratuidad de medicamento para la población diabética.
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo.
- Gratuidad de exámenes preventivos para mujeres en determinados tramos etarios y según pauta: mamografía - papanicolau.
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa a un costo equivalente al valor de una orden de medicina general.
- Set de tickets y órdenes gratuitos y reducidos para jubilados que ingresen por el FONASA.
- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
- Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para beneficiarios del FONASA.
- No aumento de órdenes y de tickets en los dos últimos aumentos de cuota.

Existe evidencia de que las instituciones del sistema se están fortaleciendo gracias a la reforma del sistema de salud. Esto se aprecia en los estudios de opinión que el MSP encarga periódicamente a empresas independientes para evaluar el apoyo ciudadano a las políticas de salud.

Según un estudio reciente de la encuestadora CIFRA, el 61% de los uruguayos tiene un juicio positivo sobre la reforma de la salud, mientras que solamente un 16% tiene un juicio negativo. Del total de familias uruguayas, el 31% considera que la reforma de la salud beneficia directamente a su hogar. El 47% de los entrevistados señala que la reforma no perjudica la situación de su familia, pero dentro de este segmento hay una gran proporción de opinión favorable a la reforma (59%).

Dentro del porcentaje de personas que siente que la reforma los perjudica, un 14% de los entrevistados, se encuentra uno de los focos de las políticas actuales del MSP. Por su perfil sociodemográfico sabemos que es población de nivel socioeconómico medio alto, educada y mayor de 60 años. Las políticas de salud, que apuntan al desarrollo de estrategias sanitarias frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, mayores exigencias en los estándares de calidad y mejora de los tiempos de espera, deberían impactar positivamente en esta población. Importa destacar que estos hallazgos son consistentes respecto a los análisis que realizan periódicamente otras encuestadoras independientes¹².

3.1.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La reforma de la salud se ha construido de manera participativa, tratando de involucrar a la sociedad toda en el proceso de cambio del sector salud. La participación fue relativamente débil al inicio, pero la generación de oportunidades de participación social ha incentivado de manera notable la organización de organizaciones de usuarios en todo el país.

La reforma supuso tres hitos fundamentales para la participación social. El primero fue la creación en Mayo de 2005 del Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS. Este fue el primer movimiento realizado por el gobierno para alentar la participación de usuarios. Luego hay dos transformaciones de importancia. La aprobación de la descentralización de ASSE impone la participación de los usuarios en el Directorio de la empresa pública, también en los Consejos Asesores departamentales. Por último, la ley de creación del SNIS y el SNS, que hace obligatoria la participación de usuarios en la JUNASA y en las direcciones de los prestadores privados del SNIS.

Al momento, los movimientos de usuarios están representados en los espacios mencionados arriba. Dentro del directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado los usuarios participan con pleno derecho en la definición de las políticas del principal efector integral público del SNIS. Los usuarios están, también, representados en el organismo que administra el Seguro Nacional de Salud, la Junta Nacional de Salud. En ese organismo los usuarios participan de las principales líneas directrices en la orientación del Seguro, la política de complementación asistencial y otras funciones asignadas por la ley a la JUNASA.

El decreto (269/008) que reglamenta la participación social en los prestadores privados de salud, establece que los Consejos Consultivos y Asesores son los órganos responsables, entre otras funciones, de evaluar el desarrollo de los programas de atención integral a la salud y velar por la calidad de la atención, lo cual implica vigilar el funcionamiento financiero de las instituciones. Estos están integrados por seis miembros honorarios: dos por el prestador, dos por los usuarios y dos por los trabajadores. Al menos uno de los representantes del prestador deberá ser integrante de su órgano de gobierno.

12

El estudio de CIFRA está disponible online en: www.cifra.com.uy/novedades.php?idnoticia=33.

Los consejos apoyan las campañas de promoción de salud y prevención de enfermedad. Emiten opinión y formulan propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador. También evalúan el desarrollo en su institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el MSP.

3.2. EFECTOS SOBRE EL “SISTEMA DE SALUD”

En lo que respecta a la Reforma del Sistema de Salud, pueden visualizarse distintos momentos en el proceso de cambio. En primer lugar, vale mencionar brevemente que el punto a partir del cual se implementó la Reforma, se caracterizaba por el de un sistema fragmentado, donde los únicos que tenían acceso a la salud vía aseguramiento eran: los trabajadores privados, los maestros, profesores y trabajadores judiciales y los pasivos de bajos ingresos. En segundo lugar, se describen tres etapas en el proceso de cambio donde las fechas a las que se hace referencia son el momento en que comienzan a regir las leyes de forma de poder ubicarnos en el tiempo, pero los procesos comenzaron a gestarse anteriormente. La primera de estas etapas se asocia al 1º de agosto de 2007, momento en el cual ingresan al sistema los trabajadores públicos que no tenían cobertura.

Una segunda etapa se procesa a partir del 1º de enero de 2008 y finaliza el 1º de julio del mismo año, en este período ingresan al sistema en distintos momentos todos los trabajadores formales bajo relación de dependencia y sus hijos menores de 18 años, así como todos los jubilados de ingresos inferiores a 2,6 BPC y todos aquellos que se jubilen posteriormente al 1º de enero de 2008 sin importar el monto de sus ingresos.

La tercera etapa que se prevé en la reglamentación del SNIS, pero que aún no fue puesta en marcha, implica el ingreso al sistema de los cónyuges de trabajadores formales que no tengan cobertura, los trabajadores profesionales y otros trabajadores que no se encuentren bajo relación de dependencia. Lo que establece la ley es que estos colectivos comenzarán a ingresar al sistema a partir del 1º de enero de 2011.

3.3. EFECTOS SOBRE LA “SALUD DE LA POBLACIÓN”

3.3.1. SALUD BUCAL

El Programa Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública, en la presente administración, fue redactado en forma conjunta por un grupo interinstitucional integrado por: Universidad de la República - Facultad de Odontología, Asociación Odontológica Uruguaya, Federación Odontológica del Interior, Asociación de Asistentes e Higienistas en Odontología del Uruguay, Corporación de Protésicos Dentales, Intendencia Municipal de Montevideo, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, Servicio de Sanidad Policial, Administración Nacional de la Educación Pública y Banco de Previsión Social.

Tiene como propósito contribuir al logro del más alto grado posible de la salud bucal de la población uruguaya, impulsando, promoviendo y articulando las adecuadas acciones promocionales, preventivas y asistenciales integradas en un sistema de salud y que correspondan a las necesidades de cada individuo. Entre los lineamientos estratégicos del programa se destacan: integrar el componente salud bucal en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y definir la política nacional de salud bucal, en términos de normas y orientaciones que incorporen actividades de promoción y asistencia de calidad con criterio poblacional.

La integración del componente salud bucal en el SNIS está dada principalmente por los siguientes aspectos: definición de la normativa vigente a través de decretos y de la definición de prestaciones obligatorias para todos los efectores de salud incluidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS); cuota-salud que cubre las prestaciones de salud general y bucal obligatorias; integración asistencial en el Programa Salud de la Mujer y Género (PNSMyG); integración asistencial en el Programa Nacional Salud de la Niñez e implementación del Programa Nacional de Salud Colectiva para la Niñez (PNSBC/n).

La atención a las gestantes en el marco del grupo priorizado mujer y género, incluye control de las enfermedades bucales, incorporación de hábitos preventivos propios y del bebé, rehabilitación dental básica y terapia periodontal (raspado y alisado), consultas y actividad educativa en el posparto inmediato. En el ámbito de los prestadores privados, en el año 2007, no existían controles de salud bucal sistemáticos a las gestantes. En el año 2008, entre un 80 y un 100% de las gestantes y madres en el puerperio inmediato son controladas y derivadas a la asistencia. En el año 2009 aumentó un 30% las consultas programadas de mujeres entre 15 y 44 años y se registra en la historia clínica la condición de salud bucal.

Para los niños y niñas de 0 a 36 meses se instalaron seis consultas integradas al control pediátrico, desde el nacimiento hasta el egreso escolar tienen dos controles anuales gratuitos y en contexto de escolarización son abarcados por el Programa Nacional de Salud Colectiva para la Niñez (PNSBC/n). Este programa tiene como objetivos específicos la promoción de hábitos saludables generales que incluyan la salud bucal (aseo personal, cuidado de imagen personal); la integración de prácticas básicas de higiene; la promoción de una dieta saludable y de la práctica diaria de cepillado dental con pasta fluorada; la implementación de diagnóstico temprano de las enfermedades bucales por el profesional de la salud y su derivación a policlínicas y centros de salud y; la incorporación de los prestadores integrales de salud en la ejecución de programas de salud colectiva con base en instituciones educativas en el marco del SNIS.

El PNSBC/n se aplica en 16 departamentos del país con participación de todos los prestadores integrales, ha entregado 240.000 kits de higiene, realizado despistaje y derivación a los alumnos de primer año y priorizado la atención de los niños de 6 años en su prestador de salud. La evolución de la asistencia a la salud bucal en los efectores privados, para el período 2008-2009 tiene los siguientes indicadores:

- Aumento del 40% en consultas programadas.
- 8,5% de niños menores de un año en consulta.
- Aumento del 35% de cargos de odontólogos (116% en el interior del país).
- 43% de aumento en horas contratadas.
- 47% de aumento en horas efectivas trabajadas.
- La relación horas efectivas/horas indica que no son suficientes las horas contratadas.

En lo que refiere a la evolución de la asistencia a la salud bucal en el principal efector público de salud (ASSE), se visualiza un importante crecimiento de las actividades de prevención, obturaciones y endodoncias y una disminución notoria de la cantidad de extracciones. Más de 50.000 niños son incorporados a través de la coordinación de ASSE con el PNSBC/n. En el último año los pacientes asistidos en ASSE suman 336.104 y se realizaron 102.293 procedimientos preventivos. Alrededor de un 9% de los niños menores de un año están en consulta.

Los principales logros del período 2005-2009 en materia de salud bucal desde el Ministerio de Salud Pública se sintetizan en los siguientes puntos:

3.3.2. CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA

- Elaboración y Publicación del Programa Nacional y el PNSBC/n.
- Publicación de las normas de atención a gestantes y niños/as de 0 a 36 meses.
- Incorporación de la odontología a la Atención Integral de la Salud.
- Decretos de Octubre 2008 - Programa Nacional SB y Catálogo de Prestaciones (PIAS).
- Coordinación territorial con todos los prestadores integrales privados y público.
- Convenio MSP - Educación Primaria que incorpora las acciones al currículum escolar.

3.3.3. ACCIONES ASISTENCIALES

- Programas del Ministerio de Desarrollo Social - ASSE: 13000 adultos de todo el país con asistencia integral, incluyendo prótesis dentales.
- Cirugía oral compleja en el sector público: Hospitales Maciel, Las Piedras, Durazno y Paysandú.
- Asistencia de alta complejidad en prótesis buco-maxilo-facial en el Hospital de Ojos, Hospital de Durazno y en la Facultad de Odontología.
- Incorporación de 60 clínicas completas para primer nivel de atención del sector público de todo el país, préstamo italiano-OPS.
- Coordinación con todos los programas escolares en particular Presidencia de la Republica: 365 escuelas urbanas y rurales, 67.500 niños en promoción, 30.000 altas integrales, 118 odontólogos, 23 higienistas.
- Implementación del Programa de Atención Integral a todos los niños de zonas rurales del país en conjunto con ASSE-PRESIDENCIA: 102 equipos portátiles, 10 móviles, cobertura a 191 escuelas rurales.
- Coordinación con el Programa Canelones, DIGESA-Comuna Canaria-OPS.

3.3.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL COMPONENTE SALUD BUCAL EN EL SISTEMA

- Inclusión de variables de atención odontológica en el SINADI: Registro de consultas de urgencia y programadas.
- Observatorio de RRHH: Sistema de Control y Análisis de RRHH.
- Control de las metas asistenciales del programa mujer y género.
- Registro de actividades del Programa de Salud Colectiva, integrado a la base de datos del MSP.

No obstante los avances señalados, desde el programa se sigue trabajando activamente para garantizar los principios de equidad, integralidad y universalidad de la reforma de la salud a través de los siguientes desafíos: asistencia integral a la gestante antes del parto, asistencia integral a los niños y niñas de 6 años, rehabilitación integral para jóvenes y adultos mayores, vigilancia en salud y seguimiento del SNIS.

3.3.5. COMUNIDADES Y ESCUELAS SALUDABLES

Las acciones en promoción de salud y prevención de enfermedades no transmisibles en el nivel local-territorial se desarrollan desde el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Uruguay Saludable, que trabaja en la estrategia de entornos y estilos de vida saludables, en particular, comunidades productivas y saludables.

Uruguay Saludable tiene como propósito:

- contribuir a la mejora de la calidad de vida y el nivel de salud de la población, reduciendo las inequidades en salud;
- promover una ciudadanía activa y responsable para el cuidado de la salud individual y colectiva en el contexto de la actual reforma de la salud;
- apoyar los cambios en los modelos de atención y de gestión, la territorialización de la promoción de la salud y al fortalecimiento del primer nivel de atención, con la implementación territorial de la estrategia de entornos y estilos de vida saludables, a partir de comunidades productivas y saludables;
- privilegiar la formación de los equipos de salud del primer nivel de atención -públicos y privados-, y el intercambio entre las redes y organizaciones sociales locales y los equipos de conducción de la Dirección General de la Salud.

Básicamente las líneas estratégicas del programa se dividen en:

- Territorialización de la promoción de la salud: comunicación, educación y trabajo en red.
- Construcción, validación y diseño de productos, instrumentos y herramientas metodológicas que sistematizan buenas prácticas en comunidades productivas y saludables.
- Formación y capacitación de equipos de salud del primer nivel de atención, referentes institucionales y comunitarios.

Los principales logros del programa pueden sintetizarse en los siguientes aspectos:

- 24 comunidades seleccionadas, 35 proyectos de promoción de salud ejecutados por organizaciones y equipos técnicos de base local en las localidades de: Poblado La Calera y Paso Ataques (Rivera), Poblado Rural Cañas (Cerro Largo), Pueblo Gregorio Aznárez (Maldonado), San Bautista (Canelones) Poblado Perazza y Capurro (San José), Pueblos Cuchilla de Guaviyú, Guaviyú de Arapey, Olivera e Itapebí (Salto) Battle y Ordóñez y Nico Pérez (Lavalleja), Barrios Santa Catalina, Casabó y Casco del Cerro, Zona Centro, Zonal 11 (Montevideo), Localidad Porvenir y Parada Esperanza (Paysandú), Valizas (Rocha), barrios de Treinta y Tres (Nelsa Gómez, Isacc de León y Abreu) y barrios de Florida (Asentamiento El Pintado). Todos los proyectos son ejecutados desde la lógica de la coordinación intersectorial e interinstitucional en el nivel local, donde las escuelas son un actor privilegiado.
- Construcción, validación y diseño de productos, instrumentos y herramientas metodológicas que sistematizan buenas prácticas en comunidades productivas y saludables y de escuelas saludables. En este marco se han elaborado las publicaciones institucionales: “Hacia una política pública de promoción de salud basada en la estrategia de comunidades productivas y saludables”; “Escuelas Saludables-Documento de trabajo”; “Caminos... guía en comunicación saludable” y “Hacia una política de promoción de salud. Estrategia Territorial: Comunidades productivas y saludables. Guía para la acción”.
- Formación y capacitación. Durante 2007 y 2008 se implementó el Programa “Reorientación de Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención y Referentes Comunitarios e Institucionales en el marco de la Reforma Sanitaria” en 16 departamentos del país, con 700 participantes de unas 80 localidades del país y la elaboración de unos 100 proyectos de promoción de salud desde la metodología de la programación participativa, realizados por equipos interdisciplinarios con múltiple integración (médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería, profesionales del área social y referentes comunitarios e institucionales).

3.3.6. CONTROL DE TABACO

El tabaquismo es una enfermedad adictiva que constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. En Uruguay mueren alrededor de 5.000 personas por año por enfermedades tabaco-dependientes, de ellas más de 500 corresponden a no fumadores que viven o trabajan en ambientes contaminados con humo de tabaco. A esto se suma el alto costo sanitario, económico, social y ambiental que implica este consumo. Según datos de la encuesta realizada por la Junta Nacional de Drogas en el año 2001, el 32,3% de la población entre 12 y 64 años es fumador habitual. Sin embargo, a los 15 años, la tasa de fumadores actuales se sitúa en 37,8%. El 77% de los fumadores regulares inicia su consumo antes de los 19 años, y se está produciendo un desvío del consumo hacia la población femenina.

La Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles realizada por el MSP a fines del año 2006, en una muestra representativa del país urbano constituida por 2.010 personas entre 25 a 64 años, arrojó que el 31% de adultos fuma a diario, el promedio de edad de comienzo del hábito se sitúa en los 18 años, el 94% de las personas fuma cigarrillos manufacturados y 15 es el promedio de cigarrillos manufacturados que consume un fumador diariamente.

El Programa Nacional de Control de Tabaco del MSP tiene por objetivos generales:

- 1- Disminuir la prevalencia de tabaquismo, tanto previniendo la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras como facilitando el abandono de esta dependencia a través de los Programas de Cesación de Tabaquismo.
- 2- Implementación de espacios libres de humo, promoviendo el concepto de ambientes de trabajo libres de humo como un derecho de los trabajadores, y en defensa de la salud de la población en general, fumadores y no fumadores.

Para cumplir con estos objetivos se plantearon básicamente las siguientes líneas estratégicas de trabajo: reglamentación, fiscalización en base a la norma con aplicación de multas y sanciones, campañas de comunicación social con medidas de impacto (aumento de superficie de pictogramas, aumento de precios de cajillas), clínicas de cesación de tabaquismo y elaboración de guías para los equipos de salud.

En la presente administración, en marzo de 2006, en aplicación del Decreto 268/005 y bajo la consigna de que el control del tabaco es un tema de Estado y es una forma de proteger la vida y la salud de la población, en especial la de los trabajadores en sus lugares de trabajo, se lanzó la campaña “Un millón de gracias”. La campaña fue destinada a todos quienes a partir de esa fecha realizaron el esfuerzo de dejar de fumar en espacios cerrados de uso público. Estas acciones impulsaron el reconocimiento del esfuerzo del país por parte de la OPS para convertirse en el primer país de América ciento por ciento libre de humo de tabaco.

La Ley 18.256 del 6 de marzo de 2008 y su Decreto Reglamentario 284/2008 del 9 de junio de 2008, establecen medidas relacionadas con la reducción de la demanda y de la oferta de tabaco, cooperación técnica y científica y comunicación de información y; fiscalización, infracciones y sanciones. El Artículo 3° de la ley establece que se entiende por espacios cerrados a las unidades físicas delimitadas en su perímetro y en su altura por muros o paredes y techos, y se aplica tanto para lugares de uso público como lugares de trabajo. El Decreto Reglamentario, según el Artículo 1, señala que se encuentran comprendidos en la reglamentación los cigarrillos, cigarros, tabacos y otros productos de uso similar, preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, inhalados, chupados, mascados o utilizados como rapé. Asimismo el decreto establece la prohibición de fumar o mantener encendidos productos de tabaco en todos los lugares o espacios de uso público o lugares de trabajo, aún cuando estuvieren cerrados; y la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores y por menores de 18 años.

El Poder Ejecutivo puso en vigencia a partir del 18 de febrero de 2009 la reglamentación de la Ley 18.256, en sus artículos referentes al etiquetado y empaquetado de cigarrillos. La misma establece la prohibición para promocionar, de manera falsa o engañosa, o que pueda incidir a error con respecto a las características, efectos sanitarios, riesgos o emisiones. También, está expresamente impedido el uso de términos, marcas, distintivos o cualquier signo figurativo que induzcan directamente al consumidor a que considere que un producto es menos nocivo que otro. Por lo tanto, el empleo de palabras como “light”, “ultra light”, “mild” o “suave”, no podrán encontrarse en las cajillas de cigarrillos, como tampoco el empaquetado o presentaciones con distintivos que refieran a las características mencionadas, porque todas ocasionan el mismo efecto contra la salud. Este es uno de los pasos significativos en la prevención del tabaquismo, en el marco del Convenio Internacional contra el Tabaquismo que el país firmó en el año 2004.

Las últimas encuestas sobre consumo de tabaco registraron una disminución en la prevalencia al tabaquismo. Sin embargo, los mismos análisis señalan que la población joven está más predispuesta al tabaquismo, en especial las mujeres. Las medidas tomadas a partir de la Ley 18.256 y sus reglamentaciones, apuntan a no estimular la adicción al tabaco. El problema con la adicción a este producto en las mujeres es que adquieren actitudes modélicas en el seno de la familia, por lo tanto actúa como reproductora de costumbres y eso se refleja en las estadísticas internacionales, como en EEUU, donde la primera enfermedad oncológica que afecta a las mujeres es el cáncer de pulmón. Las empresas tabacaleras deben informar trimestralmente, al Ministerio de Salud y a través de la prensa, de todas las emisiones y sustancias producidas por el tabaco que manufacturen.

Por los logros alcanzados en el control del tabaco y el cumplimiento del Convenio Marco, Uruguay recibió en marzo de 2009 el Premio Luther L. Terry al “Liderazgo ejemplar de un Ministerio de Gobierno”, entregado durante la 14° Conferencia Mundial Tabaco o Salud realizada en Bombay (India) por la Asociación Interamericana del Cáncer y la Organización Mundial de la Salud . Estos reconocimientos incluyen la instalación de más de 50 clínicas de cesación distribuidas en todo el país.

En julio de 2009 se lanzó la publicación institucional “Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo”. En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), esta guía tiene como objetivo brindar herramientas basadas en la evidencia científica a nivel mundial, que sirvan de apoyo a todo el equipo de salud, especialmente en el primer nivel de atención, para el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco en los servicios de salud públicos y privados en todo el país. Responde al compromiso que surge de la Ley Integral de Control de Tabaco, No. 18.256, que establece en su Artículo 10: “los servicios de salud públicos y privados incorporarán el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco en sus programas, planes y estrategias nacionales de atención primaria de la salud”.

La Ordenanza Ministerial 466/2009 de setiembre de 2009 significa un nuevo avance en la lucha por el control de tabaco, esta vez relacionada al espacio para los mensajes preventivos en las cajillas. En este sentido, los pictogramas a utilizarse en los envases de productos de tabaco se definen en 6 imágenes combinadas con las correspondientes leyendas (frente y dorso) que deberán ser estampadas en el 80% inferior de ambas caras principales de toda cajilla de cigarrillos. A la vez, una de las dos caras laterales de todo envase, deberá ser ocupada en su totalidad con la leyenda: “este producto contiene nicotina, alquitrán y monóxido de carbono”.

Los niveles de consumo de tabaco bajaron aproximadamente en un 30% en el país. Se espera que la prevalencia haya descendido entre un 4 y un 5%, pero esto se sabrá cuando se den a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de Tabaquismo realizada por el MSP, enmarcada en la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos (EMTA) organizada por la OMS, la OPS y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). La Encuesta Nacional se desarrollará entre el 19 de octubre y el 30 de noviembre de 2009. A través del INE se han seleccionado 6.500 familias de todo el país, que serán visitadas por más de 100 encuestadores encargados de relevar los datos. Los resultados de la encuesta permitirán reperfilear y/o delinear líneas de trabajo en materia de políticas públicas de control de tabaco.

3.3.7. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares en las tasas de morbimortalidad en la población adulta y adulta mayor. Ha habido un descenso en los últimos 18 años de un 14%; 43% a 29% del total de muertes anuales del país (10.000 personas, una muerte cada 50 minutos por día). Este descenso es atribuido fundamentalmente al control de la enfermedad coronaria en el país. Nuevos métodos de diagnóstico tratamientos no invasivos e invasivos, la instalación de Unidades Coronarias fijas y móviles han sido sus principales causas. No ha habido un control y seguimiento adecuado de la hipertensión arterial y su principal complicación el Accidente Vascular Encefálico.

La Comisión Honoraria para la Salud Cardio Vascular que representa al grupo de entidades científicas oficiales y no oficiales de la especialidad, ha desarrollado un programa de control de las mismas que ponen énfasis en:

1. Promoción de Salud y prevención cardiovascular tanto a nivel de escolares, liceales como grupos de riesgo. Como ejemplo a destacar es el desarrollo de la Semana del Corazón, que cada año involucra a mayor cantidad de entidades y población.
2. La creación y desarrollo de un laboratorio de Genética Cardiovascular (primero en el país), que ha permitido estudiar diferentes enfermedades congénitas así como grupos familiares involucrados en las mismas. Con reconocimiento nacional e internacional de sus estudios de investigación.
3. Estudio de la mortalidad cardiovascular por el equipo de epidemiología y estadísticas de la Comisión que ha permitido publicar en forma bianual resultados actualizados fundamentalmente de la mortalidad cardiovascular.
4. Proyecto de Intervención Uruguayo para la Reducción de las Enfermedades Cardiovasculares (PIUREC), que se desarrolla desde hace más de 3 años en la ciudad de Florida. Se estimula la alimentación saludable, la no exposición al humo del tabaco y el desarrollo de actividades físicas en la población. Se comenzó con actividades a nivel escolar y su comparación con otros grupos que no han tenido esta intervención.
5. En el momento actual se está iniciando el Programa de Nacional de Reanimación Cardíaca en cinco diferentes etapas que permitirán abatir entre 3 a 5 mil muertes por año por paro cardíaco. La centralización telefónica de toda comunicación de cada episodio ocurrido, la coordinación de las Unidades Coronarias Móviles para la llegada en el menor tiempo posible tanto en Montevideo como en el interior ante el episodio detectado, la coordinación de servicios de cardiología altamente especializados para el diagnóstico clínico, paraclínico y/o hemodinámico de los pacientes allí derivados. La compra de equipamiento de desfibrilador electrónico automático (DEA), en lugares públicos con mas de mil personas que circulen por día, en lugares alejados sin asistencia médica con más de 200 personas que vivan en ellos, en transportes aéreos, fluviales o terrestres con más de 80 personas, en sanatorios, hospitales, ambulancias de traslados, empresas, fábricas, instalaciones deportivas y/o culturales. Se ha realizado la suscripción de convenios entre la Comisión Honoraria y diferentes instituciones públicas y/o privadas para la capacitación en resucitación cardíaca básica y manejo de los desfibriladores. Se deberán adiestrar en el período de 5 años a más del 50% de los trabajadores que tengan un DEA en su lugar de trabajo. Con posterior actualización permanente de los mismos. El Consejo Nacional de

Reanimación del Ministerio de Salud Pública controlará y supervisará estas tareas.

Estos son algunos de los avances realizados que han permitido abatir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Hay estudios parciales de los factores de riesgo que la desencadenan pero aún no se ha desarrollado el estudio de la morbilidad cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

- Calvo JJ, Las necesidades básicas insatisfechas en Uruguay. Montevideo: Universidad de la República; 2005.
- La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. MSP.
- INE Estimaciones de pobreza por método de ingreso. Montevideo: INE; 2004.
- INE (2007). Los uruguayos y la salud: situación, percepción y comportamientos. http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_versi%F3n_final.pdf.
- INE (2007). Perspectiva de Género.
<http://www.ine.gub.uy/enha2006/Informe%20Genero%20final.pdf>.
- INE (2007). Perfil sociodemográfico según ascendencia racial.
<http://www.ine.gub.uy/enha2006/Informe%20final%20raza.pdf>
- Panorama Social 2002-2003, CEPAL.
- JNS (2008). Programa de trabajo de la JNS. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia_1637_1.html.
- FCS (2008). Censo de RRHH del MSP. Informe Final. UVISAP.
- OPS (2007). La Renovación de la APS en las Américas. Declaración de Montevideo. Disponible en: http://www.ops-oms.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf.
- Presidencia de la República (2008). Registro de Leyes, Decretos y Resoluciones. Disponible en: http://www.presidencia.gub.uy/_web/pages/legal.htm#ley.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio, Documento para el debate del informe país 2008.
- Programa/plataforma electoral, Frente Amplio-Encuentro Progresista-Nueva Mayoría, 2004.



SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (HSS-SP)

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**