

**Estrategia de Cooperación País (ECP)
Uruguay 2006-2011**

SALUD EN EL URUGUAY

Y

DESAFÍOS A LA COOPERACIÓN DE OPS/OMS

CON EL PAÍS

BORRADOR

Montevideo, agosto 2005

Los comentarios a este Documento Borrador se agradece sean enviados a:

ccs@uru.ops-oms.org

ÍNDICE

ANTECEDENTES	3
ANTECEDENTES	4
INTRODUCCIÓN	4
PARTE I: RESEÑA DE LA SITUACIÓN DE SALUD	7
I. DATOS DEMOGRÁFICOS	7
II. MORBI-MORTALIDAD	8
III. DATOS SOCIOECONÓMICOS	10
IV. DATOS AMBIENTALES, FÍSICOS Y SOCIALES	12
PARTE II: SISTEMA DE SALUD.	14
I. MODELO DE ATENCIÓN	14
II. MODELO DE FINANCIAMIENTO	15
III. MODELO DE GESTIÓN	16
1. RECTORÍA	16
2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	16
3. GESTIÓN EN MSP-ASSE	17
4. GESTIÓN EN LAS IAMC	18
IV. SISTEMA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	18
PARTE III: RECURSOS HUMANOS EN SALUD.	19
I. ASPECTOS LABORALES	19
II. FORMACIÓN	19
III. CERTIFICACIÓN Y RE-CERTIFICACIÓN	19
PARTE IV: PRODUCCIÓN Y EVALUACIÓN DE INSUMOS PARA LA SALUD.	20
I. INFRAESTRUCTURA E INVERSIÓN	20
PARTE V: CONTEXTO SUBREGIONAL.	21
PARTE VI: COOPERACIÓN INTERNACIONAL.	21
PARTE VII: COOPERACIÓN DE OPS/OMS.	22
I. PROGRAMACIÓN DE LA COOPERACIÓN DE OPS/OMS	22
II. COOPERACIÓN DE LA OMS	23
III. COOPERACIÓN REGIONAL (OPS)	23
CENTRO LATINO AMERICANO DE PERINATOLOGÍA (CLAP)	24
IV. COOPERACIÓN TÉCNICA LOCAL	25
V. RECURSOS FINANCIEROS	26

ÍNDICES	28
I. ÍNDICE DE TABLAS	28
II. ÍNDICE DE DESAFÍOS	28
ANEXO	29
ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL URUGUAY	29
GLOSARIO	30

BORRADOR

ANTECEDENTES

Desde el 7 de enero de 1952 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) viene desarrollando sus cometidos de cooperación técnica en el Uruguay. El Convenio suscrito en esa fecha en Montevideo es el primer documento vinculante entre el Uruguay y la OPS/OMS, al que se agregó luego el Convenio Básico con la OPS suscrito el 22 de julio de 1993.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), centro especializado regional de la OPS, tiene su Sede en Montevideo desde el año 1970, en el marco de un convenio con la Universidad de la República y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Este ejercicio de Estrategia de Cooperación País (ECP) que se está encarando no tiene antecedentes en materia de determinar las características de la cooperación técnica con el Uruguay. Anteriormente los lineamientos se establecían mediante la articulación de reuniones puntuales, cerradas y fragmentadas, con alguna contraparte, con un horizonte temporal mucho más acotado (dos años a lo sumo), y un contexto de consulta temática reducida tanto en su contenido como en el número de participantes en la determinación de la misma.

INTRODUCCIÓN

La ECP es un proceso destinado a adecuar la cooperación técnica (CT) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los requerimientos de los países. Debe ser construida conjuntamente por las partes nacionales y la OPS/OMS.

Su realización está enmarcada en la programación de la CT de la OPS/OMS, y la decisión de llevarla a cabo en este momento fue tomada en marzo de 2005, por acuerdo entre la autoridad sanitaria nacional y la Representación de OPS/OMS en el país.

Los objetivos principales son identificar las características de la demanda de la CT de Uruguay para los próximos años y ajustar su ejecución por parte de la OPS/OMS. Con la ECP se busca definir la forma de trabajo de OPS con y en el país, para un período de mediano plazo, en el caso particular de Uruguay para unos seis años. Esto implica, por tanto, utilizar la información disponible sobre salud y desarrollo del Uruguay para poder construir escenarios futuros con la suficiente flexibilidad que permita crear espacios para cambios

significativos en el futuro, no previstos hasta el momento. Esta cualidad de la ECP la diferencia de un análisis de situación de salud y de desarrollo al permitir, por ejemplo, determinar prioridades y compromisos.

Se considera que este proceso de ECP es una excelente oportunidad en el momento actual ya que coincide con el inicio de nuevas administraciones tanto en el Gobierno del país, para el periodo 2005–2009, como en los municipios de los 19 Departamentos, por igual período de tiempo.

El grupo de trabajo de la OPS/OMS encargado de realizar la ECP está integrado por el equipo local de la Representación, encabezado por su Representante, un consultor de la OMS/Ginebra, técnicos de la Sede de OPS, el jefe de CT del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y el Representante de la Oficina en Chile. Además participa activamente en todo el proceso, el equipo del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la OPS/OMS.

Por parte del Uruguay existe una amplia participación interinstitucional con liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MSP).

El proceso de la ECP comprende:

- Una fase de preparación en la cual el equipo de la Representación de OPS/OMS contacta e intercambia opiniones con las contrapartes nacionales de los diversos sectores implicados en la salud pública nacional;
- El equipo de la Representación de OPS/OMS coordina un proceso de análisis con el propósito de elaborar documentos de trabajo preliminares que sirvan de insumo para la reflexión común;
- Un taller de análisis conjunto entre la contraparte nacional de integración multisectorial y multinstitucional, y el equipo de OPS/OMS en el país;
- Una primera misión internacional que trabajará en el país del día cinco al nueve de septiembre del presente año;
- Las contrapartes nacionales y de la OPS/OMS desarrollarán labores de seguimiento del proceso, que incluye la recolección y análisis de información clave, formulación de propuestas para las discusiones y alternativas estratégicas para el mejor aprovechamiento de la CT de OPS/OMS en el país;
- Una segunda misión, prevista para ocho a diez semanas más tarde, contribuirá en los diálogos y elección de la mejor estrategia;

- Durante estas misiones se prevén realizar entrevistas, reuniones y debates, para intercambiar opiniones con el mayor número posible de actores relacionados con la salud de la población uruguaya: directivos de los distintos niveles políticos, técnicos y administrativos del MSP, y de las Intendencias Municipales; docentes, investigadores y profesionales de Universidades; Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Asociaciones Civiles; Consultores y funcionarios de las Agencias y Organizaciones del Sistema de Naciones Unidas en el país, y otros Organismos de cooperación técnica; directivos de otros Ministerios; y representantes del sector privado;
- Seguirá la fase de redacción del documento final de ECP;
- La OPS/OMS y el País formalizarán su acuerdo con el documento, comprometiéndose a su implementación;
- Finalmente se efectuará el monitoreo y evaluación de la aplicación de la ECP.

Este proceso se realiza en un contexto particular: Uruguay ha avanzado con éxito en la "*doble transición*" que encaró recientemente.

Por un lado, la *transición económica*, luego de la crisis del 2002 se comenzó a verificar una reversión de la misma desde mediados de 2003, alcanzando en el 2004 un crecimiento del 12,3% del PBI y proyectándose para el 2005 un crecimiento del 6%.

Por otro lado, la *transición política*, que culminó con la asunción del nuevo Gobierno el 1° de marzo de 2005, y que se desarrolló por intermedio de un proceso de transferencia de poder en forma ejemplar. Actualmente las nuevas autoridades están trabajando con ahínco en la consolidación de las nuevas políticas en las distintas áreas de gobierno. Se reconoce de como de particular importancia la Ley de Presupuesto Quinquenal.

El presente documento pretende ser un insumo para realizar un análisis prospectivo de carácter estratégico que permita establecer los principales problemas y escenarios posibles en el futuro¹. Constituye una primera aproximación, que pretende contribuir a una reflexión que permita identificar los principales desafíos de la cooperación técnica de OPS/OMS en el Uruguay para los próximos años.

Esta forma de abordaje intenta conducir a la identificación de los nuevos desafíos, diferentes a los del pasado, y que por ello necesitan de nuevas respuestas por parte del país y de la Organización, manteniendo los logros históricos del sistema de salud uruguayo.

¹ OPS. *Marco referencial y lineamientos metodológicos para el desarrollo de la Estrategia de Cooperación con el País (ECP-CCS)*. 15 julio 2004. Washington DC: OPS. Documento de trabajo. (Inédito)

PARTE I: Reseña de la situación de salud

Se presentan algunos indicadores relevantes de la situación de salud de la población del Uruguay y algunos de sus determinantes demográficos, socio-económicos y ambientales.

1. Datos demográficos

Algunos datos demográficos relevantes son ⁽²⁾:

Tabla 1. Indicadores demográficos seleccionados, Uruguay, 2003 y 2004.

Población Total ^{&}	3.241.003
Esperanza de vida al nacer:	75,38 años
Tasa Bruta de Natalidad:	15,72 ‰
Tasa Bruta de Mortalidad:	9,35 ‰
Tasa de Analfabetismo:	3,1 %
Tasa global de fecundidad:	2,17
Tasa anual de crecimiento poblacional	0,6 %

[&] Censo 2004, Fase I y revisados al 25 abril 2005
Fuente: INE, 2005. <http://www.ine.gub.uy/>

Tabla 2. Distribución de la población por grupos etarios. Uruguay. 2004.

Grupo etario	% ^{&}
0-4	7,5
5-19	24,4
20-64	54,8
65 y +	13,4
Total	100

[&] Sobre el total población país
Fuente: INE, 2005. <http://www.ine.gub.uy/>

Se destaca que el grupo de 80 y más años de edad representa el 3,2 % del total de la población del Uruguay.

Estos datos, analizados junto las principales causas de muerte (ver más adelante), reafirman lo que actualmente se reconoce: Uruguay ha completado el proceso de transición demo-epidemiológica³. Sin embargo, el incremento de la población en situación de pobreza, especialmente en los grupos de menor edad, plantea la posibilidad de un incremento en la

² Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. [en línea] 2005. [fecha de acceso 4 de agosto de 2005]; URL disponible en: <http://www.ine.gub.uy/>

³ Omran, A. *The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change.* 49(4 part 1):509-538. *Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1971

incidencia de enfermedades tradicionalmente vinculadas a la pobreza, como ser las infecciosas y parasitarias.

II. Morbi-mortalidad

Las principales causas de mortalidad infantil son las relacionadas con la prematuridad y las enfermedades congénitas, lo que determina que la tasa de mortalidad neonatal sea mayor que la postneonatal en forma sostenida.

Tabla 3 Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. Uruguay. 1990, 2000-2004*.

AÑO	Tasa mortalidad infantil	Tasa mortalidad neonatal	Tasa mortalidad postneonatal	Tasa mortalidad en menores de 5 años de edad
1990	20,4	11,5	8,9	23,6
2000	14,06	7,89	6,16	
2001	13,88	7,95	5,93	16,3
2002	13,62	7,94	5,67	
2003	15,02	8,29	6,73	14,0 #
2004	13,20	7,73	5,47	

* Tasas por mil nacidos vivos

Fuentes: 1990, 2000-2003: Uruguay. Instituto Nacional de Estadística.

2004: Uruguay. MSP. Unidad de Estadística. Datos provisorios.

Banco Mundial., 2005, <http://www.undp.org.uy/datospais.asp>

Habiéndose Uruguay comprometido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), parece necesario acelerar el proceso de disminución de la tasa de mortalidad infantil, considerando que se pretende reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a la tercera parte de la de 1990 para el año 2015.

En un marco de desarrollo con equidad, es bueno recordar que éste es uno de los pocos ODM con indicadores generales, por lo tanto existe la posibilidad de alcanzarlo sin que se logre un beneficio para los sectores mas desprotegidos⁴, por lo cual el desafío consistirá no solamente en disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad, sino también en disminuir las diferencias de la misma entre diferentes grupos de población.

A pesar de que no existen datos confiables de morbilidad, en la población infantil la infección respiratoria y la diarrea aguda constituyen las principales causas de consulta y egresos hospitalarios entre los mayores de un mes de edad.

⁴ Davidson R. Gwatkin. *Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health?* HNP: The World Bank, Dec. 2002.

Tabla 4: Las principales causas de muerte, Uruguay, 2003*.

Causa de muerte	Tasa
Cardiovasculares	309,15
Cáncer	229,82
Accidentes	22,03
Suicidio	20,60

* Tasas por 100.000 habitantes

Fuente: INE, 2005. <http://www.ine.gub.uy/>

Este perfil muestra la importancia de los factores vinculados a estilos de vida así como al envejecimiento de la población. Si bien los principales factores de riesgo de varias de estas enfermedades son conocidos y prevenibles no se han logrado cambios significativos en su control. La promoción en salud tiene aquí un amplio campo de acción. En un Taller sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública realizado en Montevideo en el 2002, se identificaron debilidades en las acciones de promoción de salud en el Uruguay.¹⁹

Por otra parte, los años de vida saludable perdidos por grandes capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades número 10 (CIE-10) en el año 1991 (único dato disponible)⁵ mostró que las primeras cinco causas para los hombres eran enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, lesiones accidentales, enfermedades neuropsiquiátricas y afecciones neonatales. Para las mujeres las tres primeras fueron iguales, mientras que el cuarto y quinto lugar se debieron a anomalías congénitas y enfermedades neuropsiquiátricas respectivamente.

Estos datos muestran la importancia de los problemas de la salud mental en el Uruguay.

En referencia a las enfermedades transmisibles, Uruguay posee buenas condiciones de prevención, vigilancia y control, con altos porcentajes de cobertura de inmunoprevención, éxito en el control de patología regional (Chagas e Hidatidosis) y acciones dirigidas al terreno de las enfermedades emergentes (hantavirus, leptospirosis, etc.) y potencialmente introducibles (dengue/*Aedes aegypti*, encefalitis) ó reintroducibles (rabia). Si bien las patologías transmisibles no figuran hoy entre las principales causas de mortalidad, pueden efectivamente incidir negativamente en la morbilidad y contribuir al descenso en la calidad de vida, fundamentalmente en aquellas poblaciones que se reconocen como de riesgo.

⁵ Caracha O & Tonto V. *Peso de enfermedad. Informe final*. Gerencia de Programación. Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS). Montevideo: MSP; 1991.

Uruguay es un país productor de alimentos y sus fortalezas económicas residen fundamentalmente en áreas directa o indirectamente vinculadas al tema (agricultura, ganadería, elaboración de alimentos, turismo, etc.), es por ello que varios sectores y resultados de la tarea de los mismos vinculados a esta actividad son decisivos para el país:

- Uruguay país libre de aftosa con vacunación
- Alto nivel de control y capacidad de vigilancia en zoonosis
- Desarrollo de los mecanismos y procedimientos de inocuidad de alimentos para el mercado interno y la exportación, en un país con baja incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos
- Generación de criterios de calidad en la producción de alimentos (“de la granja a la mesa”)

DESAFÍO 1: Respuesta del sector salud a la transición demo-epidemiológica.

Dar respuesta desde el sector salud a la doble carga consistente en la coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles y a la creciente dificultad por parte de las familias de cuidar a sus enfermos y ancianos.

DESAFÍO 2: Respuesta social a la transición demo-epidemiológica.

Fortalecer la infraestructura y capacidades institucionales para la aplicación de las estrategias de promoción de la salud, adecuadas a cada área.

III. Datos socioeconómicos

Tabla 5 Evolución PBI per cápita y Tasa de desempleo. Uruguay 2000-2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
PBI per cápita (US\$)	6.043.-	5.553.-	3.652.-	3.309.-	4.078.-
Desempleo (% sobre PEA)	13,6	15,3	16,9	16,9	13,1

Fuentes: Banco Central del Uruguay (BCU) e Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tal como surge de la tabla anterior, la economía del país sufrió una caída importante con la crisis del 2002, no obstante es posible afirmar que se está en proceso de recuperación. Sin embargo, aún considerado a nivel global, el PBI per cápita se encontraba en el 2004 a valores de aproximadamente dos tercios de los del año 2000.

A este empobrecimiento se debe agregar el hecho que -según el Banco Mundial- ya en el período 1998-2002 había aumentado la desigualdad de ingresos entre grupos de población, lo que ejerció un significativo efecto negativo sobre la pobreza.⁶

A lo largo de la década de 1990 Uruguay se situó en los lugares 37 y 40 de los 174 países ordenados por su Índice de Desarrollo Humano (IDH) y descendió al lugar 46 en el 2002.⁷ No se dispone de información más actualizada.

La situación del Uruguay en términos de población con Necesidades Básicas Insatisfechas es la siguiente: el 38,7% del total de la población del Uruguay presentaba al menos una carencia crítica en 1996 (último dato disponible referente a seis años antes de la crisis económica referida arriba).⁸ En el último trimestre del 2003, el 33,6% de los habitantes de los centros urbanos de más de 5 mil habitantes se encontraban en situación de pobreza. Si se considera por algunas edades, el 56,5% de los niños menores de seis años y el 50,5% de los menores de 18 años viven bajo la línea de pobreza.⁹

Si bien el sector agropecuario representa el 9,5% del PBI, contribuye con el 63% aproximadamente de las exportaciones totales del Uruguay. Esto da la pauta de la importancia de los temas de sanidad animal y vegetal para la economía uruguaya.¹⁰

Según datos de 1998 el gasto en salud en el sector público ascendía a pesos uruguayos¹¹ 4:793.890.000¹² (con una cobertura del 39,7% del total de la población¹³) mientras que el sector privado gastó pesos uruguayos 19:208.600.000¹¹ de los cuales pesos uruguayos¹¹ 11:265.580.000¹² correspondían a las Instituciones de Asistencia de Medicina Colectiva (que cubrían al 46,6% del total de la población 13).

Continuando un proceso de años, en el que el sector salud se vio especialmente afectado, el gasto del sector público siguió contrayéndose, de acuerdo a las exigencias de organismos internacionales de crédito por alcanzar las metas fiscales comprometidas.

⁶ Banco Mundial. "Estrategia de Asistencia al País para la República Oriental del Uruguay. 2005-2010". Montevideo: Oficina del Banco Mundial; 10 de mayo 2005.

⁷ UNDP. *Desarrollo Humano en Uruguay 2005*. Montevideo: PNUD; 2005.

⁸ Calvo J J. *Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. [en línea] 2005. [fecha de acceso 16 de agosto de 2005]; URL disponible en: <http://www.elabrojo.org.uy/pmapa.htm>.

⁹ Datos del Instituto Nacional de Estadística. [en línea] 2005. [fecha de acceso 16 de agosto de 2005]; URL disponible en: http://www.uruguaysolidario.org.uy/spip/article.php3?id_article=1713

¹⁰ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. [en línea] 2005. [fecha de acceso 29 de agosto de 2005]; URL disponible en: <http://www.bcu.gub.uy/autoriza/peecn/eecn03d0605.pdf>

¹¹ Pesos uruguayos constantes a precios de 1998.

¹² Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Cuentas nacionales en salud en el Uruguay*. Montevideo: MSP-FISS; abril 2002.

¹³ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. *Censo nacional de población y vivienda*. Mayo 1996. Montevideo: INE; 1999.

DESAFÍO 3: Aumento de necesidades en salud y disminución de recursos.

Revertir la tendencia de aumento de las necesidades en salud vinculadas a la pobreza con disminución paralela de los recursos destinados a la salud de los sectores más carenciados.

IV. Datos ambientales, físicos y sociales

Uruguay posee una situación ambiental que en términos generales es estable y privilegiada para los parámetros de América Latina y el Caribe.

Se destacan las siguientes fortalezas:

- Cobertura de agua potable de alta calidad: 98% de los hogares.
- Cobertura de servicios de alcantarillado y eliminación de excretas: 95%.
- Establecimiento de una nueva política nacional de conservación, gestión y manejo del recurso hídrico.
- Establecimiento de una gestión de salud ambiental, con participación intersectorial e interinstitucional, a nivel nacional y departamental.
- Alto porcentaje de cobertura de los hogares con provisión de energía eléctrica.

Entre los principales problemas cabe señalar los siguientes:

- Un 9,8% de los hogares presenta déficit de acceso a algún servicio básico, existiendo condiciones de hacinamiento en un 5% de los mismos, con un déficit de viviendas del 7%¹⁴.
- Aumento de la incidencia de la pobreza 17,8% a 32,1% del total de las personas de áreas urbanas del país, para 2000 y 2004, respectivamente.¹⁵
- Crecimiento del número de hogares en asentamientos irregulares y ubicados en ambientes insalubres.

¹⁴ Calvo JJ & Giraldez C. *Las necesidades básicas insatisfechas en el Uruguay de acuerdo al Censo de 1996*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR); 1998.

¹⁵ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. *Estimaciones de pobreza por método de ingreso*. Montevideo: INE; 2004. [en línea]. [fecha de acceso 29 de agosto de 2005]; URL disponible en: [fecha de acceso 16 de agosto de 2005]; URL disponible en: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/ECH_2004_Pobreza.pdf

- Aumento del número de personas dedicada al reciclado de basura, con los riesgos a la salud que esto conlleva.
- Erosión de los suelos y necesidad de conservación y uso racional del recurso hídrico superficial y de acuíferos profundos.
- Déficit en la disposición final adecuada, eficaz y eficiente de residuos sólidos urbanos.
- Carencias en la gestión, manejo y disposición final de residuos industriales y especiales (de establecimientos de salud, radiactivos, etc.).
- Contaminación focal o de mayor extensión por: metales pesados, plaguicidas y otras sustancias químicas, sin evaluaciones contundentes de su impacto crónico.
- Dificultades en la prevención y reducción de daños resultantes de desastres naturales o de otra naturaleza, coordinación a mejorar entre los organismos relacionados con esta área.

Otros problemas del ambiente social de especial significación son:

- Percepción de inseguridad por parte de la población, con el consiguiente riesgo de aislamiento social de algunos grupos especialmente vulnerables, como por ejemplo los ancianos.
- Violencia doméstica: una mujer moría cada nueve días como resultado de violación o violencia doméstica¹⁶.
- Discriminación contra minorías.
- Persistencia del trabajo infantil.
- Aumento del consumo problemático de sustancias, especialmente preocupante el caso del consumo de pasta base en los jóvenes.
- Nacimientos de madres en el grupo etario de 15-19 años del 15,8% del total de nacimientos en el Uruguay.¹⁷

DESAFÍO 4: Generar políticas de desarrollo sustentables.

Desarrollar políticas y gestión del desarrollo sustentable con protección del ambiente y de la salud humana.

¹⁶ Uruguay. Comisión nacional de seguimiento. Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía. *Plan Nacional de lucha contra la violencia doméstica*. 2004-2010. [En línea] 2005 [fecha de acceso 16 de agosto de 2005]; URL disponible en: <http://www.chasque.net/frontpage/comision/>

¹⁷ OPS. CLAP. *El embarazo adolescente*. [En línea] 2005 [fecha de acceso 29 de agosto de 2005]; URL disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm

PARTE II: Sistema de salud.

Las características del sistema de salud del Uruguay son conocidas por todos los intervinientes en este Taller, por lo que no parece necesario describirlas aquí.

Sin embargo, se considera relevante señalar que, aunque el país dedica aproximadamente un 11% del PBI al sector salud, lo que significa que se encuentra entre los valores relativos más elevados a nivel mundial⁶, los resultados que se obtienen no satisfacen las expectativas de la población; existe una dualidad de sub-sistemas discriminados según niveles de ingreso que, a su vez, presentan diferencias importantes en la calidad, confort y disponibilidad de insumos, cumpliéndose la “ley de atención inversa” identificada por Julian Tudor Hart hace más de 30 años.¹⁸

Los trabajadores de la salud también se encuentran divididos entre los del sector público y privado con condiciones laborales y salariales diferentes. Separación esta que también se da a nivel gremial.

DESAFÍO 5: Equidad en el sistema de salud.

Avanzar en la transformación del sistema de salud con énfasis en la equidad.

1. Modelo de atención

Con la asunción del nuevo Gobierno, el sistema de salud del Uruguay ha cobrado especial relevancia en el discurso político. Son frecuentes las referencias al mismo por el Presidente de la República así como las apariciones en los medios de comunicación de los jefes del MSP.

Autoridades del MSP han señalado que la salud es un derecho fundamental, no obstante reconocen que el sistema de servicios de salud se caracteriza por su inequidad, gestión ineficaz y falta de sustentabilidad a mediano y largo plazo.

En lo referente al modelo de atención, las nuevas autoridades plantean basar su estrategia en la Atención Primaria de Salud (APS), fortaleciendo la atención en el primer nivel. Asimismo, identifican la necesidad de fortalecer el segundo y tercer nivel de atención y racionalizar los servicios de urgencia y emergencia.

¹⁸ Julian Tudor Hart “The Inverse Care Law”. The Lancet, 27 Feb. 1971, pp 405-12.

Si bien la Administración de Servicios de Salud del Estado (MSP-ASSE) y el Banco de Previsión Social (BPS) han tenido históricamente una estructura fuertemente descentralizada, en donde la estrategia de APS es fácilmente aplicable, la situación es diferente en el subsector privado de la salud. La estructura de este subsector se halla fuertemente centralizada (y, en el caso de Montevideo, concentrada en una pequeña área geográfica) mientras que sus usuarios se distribuyen de manera bastante dispersa en todo el territorio nacional.

DESAFÍO 6: APS

Desarrollar la estrategia de APS tanto en el sistema público como en el privado.

II. Modelo de financiamiento

La creación del Seguro Nacional de Salud es uno de los componentes más visibles de las transformaciones propuestas. Se está trabajando en el diseño del mismo partiendo de algunos principios básicos: integralidad de la atención, equidad en la contribución económica, pagos del seguro a los efectores (públicos y privados) mediante un sistema de capitación ajustado por riesgo.

Su implementación implicará una serie de decisiones, por ejemplo:

- Mecanismos legales para la implementación del Seguro;
- Modelo de estimación de riesgo para el pago ajustado al mismo por el Seguro;
- Ajustes en los presupuestos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que hoy reciben un monto per cápita mayor que los efectores públicos;
- Determinación de los grados de independencia en la toma de decisiones de las instituciones privadas, en el mediano y largo plazo, existiendo un único financiador y una única cobertura;
- Mantener uno o dos seguros públicos de salud a largo plazo (Seguro Nacional y el Fondo Nacional de Recursos);
- Monitoreo de la calidad de los efectores del Seguro.

DESAFÍO 7: Seguro Nacional de Salud.

Implementar un Seguro Nacional de Salud que sea equitativo en la contribución de los individuos y hogares y garantice el acceso a la atención integral, oportuna y de calidad para toda la población del Uruguay.

III. Modelo de gestión

1. Rectoría

En el taller sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el Uruguay¹⁹, se identificaron varias debilidades en la función de rectoría por parte del MSP. Entre ellas se señalaban: la falta de capacidad para hacer cumplir la normativa, la escasa capacidad de respuesta a los riesgos para la salud colectiva, y la dificultad para la definición de estándares de calidad.

El nuevo Gobierno ha optado por un modelo de gestión participativa, en el cual los distintos actores tienen varios ámbitos de expresión. De esta manera, se han integrado representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Federación Médica del Interior (FEMI), así como de la Universidad de la República, las instituciones de asistencia médica colectiva y trabajadores de la salud, a distintos niveles de decisión en el MSP.

Si bien esta estrategia es un avance democrático del sistema de salud uruguayo, también plantea desafíos, especialmente al rol de rectoría que debe ejercer el MSP corriéndose el riesgo de diluir los límites entre administrador y administrado. Por otra parte, se agrega el desafío de lograr una integración auténtica y representativa de los usuarios del sistema, ya que de una u otra manera los grupos arriba mencionados son prestadores de servicios.

DESAFÍO 8: Fortalecimiento de la rectoría.

Mantener la separación entre administrador y administrado integrando a los usuarios del Sistema en la toma de decisiones.

Fortalecer la capacidad de respuesta del MSP a los riesgos en salud colectiva.

2. Sistemas de información y vigilancia epidemiológica

En los últimos años, el MSP procura fortalecer su sistema de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, existen carencias en el tipo de información necesaria para un Ministerio de Salud que orienta su gestión hacia una mayor equidad. No existe información que permita identificar diferenciales en el estado de salud según clase social (o proxy), condiciones de salud vinculadas a la actividad laboral o nivel de ingreso, etc. Desde hace años no se realizan mapeos de riesgo laboral ni ambiental en el Uruguay.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. *El desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en el Uruguay*. Montevideo: OPS, 2002.

DESAFÍO 9: Información.

Actualizar la concepción y el desempeño del sistema de información epidemiológica como base para la toma de decisiones en salud.

Disponer de información sobre costos de atención por patologías y grupos etáreos, así como por riesgo.

3. Gestión en MSP-ASSE

En los años anteriores se han hecho esfuerzos para el mejoramiento de ASSE. Entre ellos corresponde señalar los siguientes:

- “Proyecto de Transferencia de Tecnología en Gestión Hospitalaria”, (convenio entre el MSP-ASSE y la Universidad de Montreal) cuyo objetivo fue fortalecer el proceso de descentralización.
- Elaboración de un instrumento informatizado para la recolección y procesamiento primario de los indicadores de producción y utilización de servicios de todas las Unidades Ejecutoras que permitiera obtener datos e información más detallada del desempeño de las mismas a través de los indicadores de gestión seleccionados.
- Puesta en funcionamiento de un Sistema de Identificación de Usuarios, con instalación de equipamiento, software y cursos de capacitación de los funcionarios.
- Centralización de los procesos de licitaciones de precios en varios rubros (medicamentos; material médico; reactivos de laboratorio; suministro de oxígeno; estudios médicos de diagnóstico y tratamiento; etc.).

El nuevo Gobierno, por su parte, ha centrado su atención en el ordenamiento de los aspectos funcionales y salariales del recurso humano de ASSE.

También ha jerarquizado el rol de los servicios de ASSE como parte del Plan de Emergencia, por lo que además del énfasis en la APS que ya se ha mencionado, surgen desafíos de gestión relacionados a la oportunidad de atención, la existencia de listas de espera, la accesibilidad de servicios para un número de usuarios potencialmente mayor que el actual, etc.

4. Gestión en las IAMC

Con relación al sector privado, se ha concentrado la atención en la definición de una paramétrica de ajuste de la cuota mutual de acuerdo a los costos reales del sistema, lo mismo sucede con relación a la cobertura y financiamiento de medicamentos de alto costo.

Tratándose de empresas privadas independientes, aunque fuertemente reguladas, los desafíos de gestión, vistos desde el MSP, pasan más por ajustes de los sistemas de información, así como por la instauración de mecanismos de control de la calidad de los servicios prestados.

IV. Sistema de investigación en salud

La investigación brinda el sustento científico a las acciones de cualquier sistema de salud. En la Cumbre Mundial sobre Investigación en Salud que tuvo lugar en México el año 2004, los Ministros de Salud presentes señalaron la importancia de la investigación como base para la toma de decisiones informadas dentro de los sistemas de salud, y la necesidad de fortalecer el vínculo entre quienes producen y utilizan el conocimiento.

Algunos de los problemas detectados en el campo de la investigación en salud en el Uruguay son:

- Escasa coordinación entre las agendas o temas de investigación definidas por los investigadores y las necesidades sentidas por los tomadores de decisión en el sector salud;
- Baja utilización de los resultados de las investigaciones en las toma de decisión política o programas de salud;
- Dificultades en el acceso a la información en salud;
- Existencia de un número muy limitado de Comités de Ética de la Investigación, y falta de apoyo a los mismos;
- Fuerte presencia de la industria del medicamento como financiadora de la investigación clínica;
- Falta de continuidad en las fuentes de financiamiento de la investigación en el área de la salud pública, sea epidemiológica o de investigación en sistemas de salud;
- Escasos recursos disponibles para investigación.

DESAFÍO 10: Investigación en salud.

Fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud en el Uruguay, con especial énfasis en los aspectos éticos y de investigación en salud pública.

PARTE III: Recursos humanos en salud.

I. Aspectos laborales

A partir de una consultoría realizada por la OPS en julio de 2005, se decidió concentrar la cooperación en recursos humanos en un proyecto de desarrollo del personal dependiente de MSP-ASSE como elemento estratégico para la implementación del nuevo modelo de atención. Ello implica una revisión de los mecanismos de contratación, escalas salariales, descripción de funciones, etc.

II. Formación

Dada la importancia asignada a la APS en el nuevo modelo, se replantea la necesidad de cooperar con los organismos formadores de recursos humanos, que hasta el momento han optado por seguir las leyes de mercado para las especialidades médicas.

El número de médicos de familia entrenados, con residencia completa, es muy pequeño, y la opción de equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención, viable en Montevideo, es dudosa para la población rural.

El número de Licenciados en Enfermería continúa siendo escaso para las necesidades del Uruguay. Es necesario discutir cuál es el nivel de integración óptimo de otro personal de salud, como odontólogos, químicos-farmacéuticos, trabajadores sociales, veterinarios, etc., en el nuevo modelo de atención y las modificaciones curriculares que ello demandaría.

Otro tipo de actores sociales con relevancia en la salud pública es el constituido por los comunicadores sociales y educadores. Su capacitación debe ser considerada como una necesidad de la salud pública en el Uruguay.

III. Certificación y re-certificación

La certificación y recertificación periódica de los médicos ha sido una preocupación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República desde hace varios años. Si bien existe un proceso de fortalecimiento de la educación médica continua y permanente, no existen mecanismos alternativos para verificar la actualización de conocimientos de los profesionales de la salud, con el riesgo que esto conlleva para los usuarios del sistema.

DESAFÍO 11: Recursos humanos en salud

Adecuar el recurso humano en calidad y cantidad al modelo de atención propuesto.

PARTE IV: Producción y evaluación de insumos para la salud.

En los últimos años, y en el marco de los acuerdos MERCOSUR, Uruguay ha incorporado normativa relacionada al control de calidad de medicamentos y otros insumos para la salud. Es de especial relevancia lo vinculado al fortalecimiento de las buenas prácticas de manufactura, para cuyo control se han realizado cursos, y a cuyo financiamiento ha contribuido OPS.

Dos elementos han sido identificados como clave por el nuevo gobierno:

- La evaluación de tecnologías sanitarias para una incorporación racional y sustentable a la cobertura del sistema de salud, y
- El acceso a medicamentos de calidad y precio adecuado a las necesidades y recursos del país. Vinculado a este punto es de especial relevancia el tema de medicamentos genéricos, sobre el cual se encuentra trabajando el MSP.

DESAFÍO 12: Medicamentos y tecnología en salud.

Contribuir en forma sistemática y sostenida en el tiempo al desarrollo de la política de medicamentos y a la evaluación de tecnología en el país.

1. Infraestructura e Inversión

Por la Ley 17.788, del 16 de junio del 2004 se aprobó el Memorando de Entendimiento entre la República Italiana y la República Oriental del Uruguay referido a las condiciones y modalidades de concesión de un crédito de ayuda para un programa de apoyo al Sistema Sanitario Público del Uruguay por un monto total 15 millones de euros.

Para apoyar la ejecución de dicho crédito se firmó un Acuerdo Técnico entre la Dirección General de la Cooperación al Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores del Gobierno de Italia y la OPS/OMS.

Se estima que dicho crédito será la mayor inversión en equipamiento que esta Administración realice durante su período de gobierno.

PARTE V: Contexto subregional.

En función de su tradición democrática, nivel de desarrollo socio-económico, posición geográfica y liderazgo, Uruguay mantiene relaciones diplomáticas con un gran número de países y tiene una intensa participación en el desarrollo de negociaciones internacionales. Estos aspectos han propiciado que el país fuera elegido como sede de diversos e importantes Organismos e instituciones del mecanismo de integración subregional, como la Asociación Latino Americana de Integración (ALADI) y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR).

Es muy importante el volumen y relevancia de las acciones que en áreas relacionadas con la salud se desarrollan en el seno del MERCOSUR, en el que ocupan particular significación las actuaciones de los diferentes Grupos de Ministros, y los Sub Grupos de Trabajo (SGT 11, de Salud; SGT 8. de Agricultura, y SGT 6, de Ambiente).

DESAFÍO 13: Integración subregional.

Coordinar acciones de integración intersectorial y con las distintas instituciones subregionales.

PARTE VI: Cooperación internacional.

Actúan en Uruguay un elevado número de instituciones y organismos de cooperación internacional, en especial agencias del Sistema de las Naciones Unidas (NNUU) y del Sistema de la Organización de los Estados Americanos (OEA), incluyendo el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, muchas agencias de cooperación de otros países actúan en Uruguay.

Varias de estas agencias mantienen activa participación en el contexto de la colaboración con el país, y en particular en el campo de la salud. Esta cooperación no siempre se realiza con la deseada coordinación e integración entre todos los actores, nacionales e internacionales.

DESAFÍO 14. Coordinación cooperación internacional.

Coordinación de la cooperación internacional con las diversas instancias nacionales e internacionales.

PARTE VII: Cooperación de OPS/OMS.

La cooperación técnica (CT) de OPS/OMS en el Uruguay se conforma con la participación de la OMS, desde Ginebra, la Regional (OPS), desde Washington y la de sus Centros Panamericanos (como el CEPIS, PANAFTOSA, INPPAZ, BIREME y el CLAP).

La Representación de la OPS/OMS en el país quien tiene la responsabilidad de aplicar las directrices emanadas de los Cuerpos Directivos de la OPS a nivel de la cooperación técnica en el país.

El proceso de programación de la CT debe ser participativo y aprovechar las instancias formalmente existentes a nivel nacional, en la Organización, en la Región y en las Subregiones. El foco central de la CT debe ser el país.

A continuación se presenta esquemáticamente los niveles de programación de la CT de OPS/OMS, que varía con el escenario y la agenda a atender (inconclusa, de preservación de los logros y emergente).

I. Programación de la cooperación de OPS/OMS

<i>Alcance</i>	<i>Referencia</i>	<i>Naturaleza y orientación (características)</i>	<i>Plazos de vigencia</i>
Global (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asamblea Mundial de la Salud ▪ Objetivos del Milenio (ODM) ▪ Programa General de Trabajo de OMS 	<ul style="list-style-type: none"> - Global - Mandatoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Largos - Medianos (mayor continuidad y compromiso colectivo)
Regional (OPS/OMS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromisos globales ▪ Conferencia Sanitaria Panamericana ▪ Consejo Directivo de OPS ▪ Acuerdos Regionales ▪ Identificación de prioridades regionales y de países 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mandatoria para la Región (contrato) ▪ Complementaria a la Global (añadir para completar) ▪ Suplementaria (suplir alguna carencia específica de grupos especiales de países) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Largos ▪ Medianos <p>(más continuidad y compromiso colectivo regional)</p>
Subregional (OPS/OMS) <i>desarrollo reciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas y acuerdos subregionales en salud (MERCOSUR, CAN, otros) - Acuerdos bilaterales 	<ul style="list-style-type: none"> - Complementaria (a las demás) - Suplementaria - Integracionista 	<ul style="list-style-type: none"> - Medianos - Cortos <p>(mayor compromiso de los países involucrados)</p>
País (OPS/OMS)	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas de Estado - Políticas Gubernamentales - Perfil de la salud de la población y riesgos específicos - ECP 	<ul style="list-style-type: none"> - Autóctona <p>Atendiendo a asuntos y compromisos bilaterales, subregionales, regionales y mundiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medianos - Cortos <p>(mayor compromiso del nivel nacional)</p>

II. Cooperación de la OMS

La CT de la Sede de la OMS es transmitida al país, generalmente, por vía indirecta, por medio de recursos y aportes que se redistribuyen por la Oficina Regional (en nuestro caso la OPS), en acuerdo con los mandatos recibidos de los países. Todavía, frecuentemente también se reciben apoyos directos, que no siempre siguen una programación acordada y previamente programada con las autoridades en el país.

III. Cooperación Regional (OPS)

Por CT Regional se debe entender aquella recibida de todas las unidades de ámbito Regional de la Organización, ubicadas en Washington D. C., en Estados Unidos de América, en sus diferentes Centros Especializados y, más recientemente, de otras unidades descentralizadas para los países.

En general la CT recibida de la Región atiende a solicitudes originadas en el país, por medio de la Representación. Estas solicitudes de CT relacionadas a la participación en eventos internacionales y la capacitación, requieren de una mayor coordinación.

Se cumplieron un total de 57 visitas técnicas de personal de nivel regional. Por área programática se recibieron:

1. Apoyo a la Gestión y Coordinación de Programas: 4 (7%)
2. Promoción de Salud: 10 (17,5%)
3. Prevención y Control de Enfermedades: 22 (38,5%)
4. Salud y Ambiente: 2 (3,5%)
5. Funciones Esenciales de la Salud Pública: 19 (33,5%)

Los propósitos de las consultorías recibidas, por área, han sido:

- Apoyo a la Gestión y Coordinación de Programas
- Promoción de Salud
- Fortalecimiento integral del Programa Nacional de Inmunizaciones y en áreas específicas de la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles y de la investigación epidemiológica y económica.

a. Apoyo a los Programas prioritarios del MSP en el campo de la salud del adulto mayor y de la atención de la salud mental.

- Capacitación de recursos nacionales y regionales en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Promoción de los planes de acción y de capacitación para el control de los factores multifactoriales de las enfermedades no transmisibles.
- En el área de la Prevención de accidentes y desastres cuatro misiones con carácter regional visitaron al país en los cuales se discutieron y fortalecieron planes de acciones nacionales y subregionales.
- Prevención y Control de Enfermedades
 - atender aspectos de control de zoonosis y de fiebre aftosa
 - atender demandas nacionales o municipales en inocuidad de alimentos
 - revisión del RSI
 - coordinación de cooperación técnica internacional
 - atender demandas en materia de enfermedades emergentes
- Salud y Ambiente:
 - atender aspectos de control de calidad en laboratorio ambiental
- Funciones Esenciales de la Salud Pública: fortalecimiento de la rectoría en Salud Pública

Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP)

- **Sistema Informático Perinatal (SIP)**

Una parte importante de la cooperación técnica al Uruguay por parte del CLAP es el Sistema Informático Perinatal (SIP) y la elaboración de las normas clínicas que lo sustentan. La consolidación de datos supera el 80% de los nacimientos del país en 2003. Desde 1996 el CLAP ofrece todos los meses un Taller para el uso del SIP al cual asisten unas 150 personas por año, que provienen de todas las instituciones públicas y privadas que usan el SIP en el país. Se dictan al inicio de cada año lectivo Talleres del SIP para los Residentes de Gineco-Obstetricia de primer año. En 2005, mediante acuerdo con la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina, se imparten 5 Talleres SIP para todas las alumnas de la Escuela de

segundo y tercer año. Desde 1990 a 2001, el CLAP publicó, cada dos años, las estadísticas perinatales del Uruguay. Una nueva edición está programada para 2005.

- **Sistema Informático del Adolescente**

Entre 2001 y 2004 el CLAP cooperó con la Intendencia Municipal de Montevideo en la difusión del Sistema Informático del Adolescente (SIA) en todas sus centros de salud con una amplia participación de instituciones públicas y privadas de todo el país. Esta actividad estaba destinada a ampliarse a nivel nacional en 2005, tarea aún pendiente.

- **Sistema Informático del Niño**

En diferentes oportunidades las autoridades sanitarias nacionales han solicitado el concurso del CLAP para el estudio y análisis de instrumentos de registro clínico pediátrico normalizado. Algunas instituciones del Uruguay, como el CASMU, el Centro de Salud de Melo, el Hospital de Tacuarembó entre otros, utilizan el Sistema Informático del Niño (SIN) por decisión propia y con el apoyo del CLAP. Este sistema, declarado obligatorio en el decreto 410/90 de diciembre de 1990 no fue reglamentado y aun no cuenta con instancias de capacitación que lo vuelvan una opción útil para el seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños y como base para la toma de decisiones en salud pediátrica.

DESAFÍO 15: Cooperación técnica y coordinación OPS/OMS

Coordinación de la cooperación de OPS y OMS con foco en el país.

Aportar CT en forma coordinada por todos los niveles de OPS/OMS.

Utilización de las capacidades del Uruguay para brindar CT con otros países.

IV. Cooperación Técnica Local

Existen diversas modalidades de cooperación técnica:

1. La movilización de recursos, siendo este el componente más importante de la cooperación técnica de OPS.
2. Disseminación de información que incluye la recopilación de información generada en los países, su procesamiento y análisis, para elaboración de diagnósticos situación y tendencia a nivel regional y subregional.

3. Capacitación: Fortalecimiento de las instituciones nacionales en la elaboración de sus planes y currículo, para la formación de personal en respuesta a las necesidades locales de los países. Preparación de materiales de capacitación seminarios cursos, etc.
4. Desarrollo de políticas planes y normas
5. Promoción de la Investigación en Salud Pública.
6. Asesoría Técnica directa en temas específicos para trabajar con las contrapartes nacionales

V. Recursos financieros

En materia de recursos principales de financiamiento, se reconocen como origen:

1. Representación en Uruguay:

1.1 – Recursos Regulares

1.2 - Recursos Extra-presupuestarios

2. Regionales y Otros:

Sede, Centros, recursos financieros ubicados en programas específicos (como Asesoría Regional en Control de Enfermedad de Chagas, Hidatidosis, Control del VIH-SIDA y otros).

Abajo se indican valores totales para los últimos bienios.

BORRADOR

Tabla 6 Recursos financieros por origen. Representación de OPS/OMS-Uruguay.

BIENIOS	Presupuesto Regular Representación OPS/OMS - Uruguay	Recursos Extra-presupuestarios OPS/OMS Uruguay	Otros Recursos	Total Fondos
2000-2001	864.518	41.602	820.786	1:726.906
2002-2003	953.169	56.549	785.425	1:795.143
2004-2005 (1)	771.992	103.456	753.241	1:628.689

(1) Cifras a agosto/2005

DETALLE OTROS RECURSOS

BIENIOS	Sede	INPPAZ (1)	PANAFTOSA (2)	Visitas Técnicas (3)		Otros	Total
				OPS	OMS		
2000-2001	573.314	25.464	125.794	---	---	96.214	820.786
2002-2003	612.649	10.729	106.889	---	---	55.158	785.425
2004-2005 (4)	480.401	4.296	59.206	107.229	42.016	60.093	753.241

(1) Instituto Panamericano para la Protección de Alimentos y Zoonosis

(2) Centro Panamericano de Fiebre Aftosa/Proyecto de Erradicación de la Fiebre Aftosa en la Cuenca del Plata

(3) Montos estimados

(4) Cifras a Agosto/2005

ECP-Uruguay, Agosto/2005

BORRADOR

ÍNDICES

I. Índice de Tablas

TABLA 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS SELECCIONADOS, URUGUAY, 2003 Y 2004.	7
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS. URUGUAY. 2004.	7
TABLA 3 MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL. URUGUAY. 1990, 2000-2004*.....	8
TABLA 4: LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, URUGUAY, 2003*.	9
TABLA 5 EVOLUCIÓN PBI PER CÁPITA Y TASA DE DESEMPLEO. URUGUAY 2000-2004.	10
TABLA 6 RECURSOS FINANCIEROS POR ORIGEN. REPRESENTACIÓN DE OPS/OMS-URUGUAY.....	27

II. Índice de Desafíos

DESAFÍO 1: RESPUESTA DEL SECTOR SALUD A LA TRANSICIÓN DEMO-EPIDEMIOLÓGICA.	10
DESAFÍO 2: RESPUESTA SOCIAL A LA TRANSICIÓN DEMO-EPIDEMIOLÓGICA.....	10
DESAFÍO 3: AUMENTO DE NECESIDADES EN SALUD Y DISMINUCIÓN DE RECURSOS.	12
DESAFÍO 4: GENERAR POLÍTICAS DE DESARROLLO SUSTENTABLES.	13
DESAFÍO 5: EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD.....	14
DESAFÍO 6: APS.....	15
DESAFÍO 7: SEGURO NACIONAL DE SALUD.	15
DESAFÍO 8: FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA.....	16
DESAFÍO 9: INFORMACIÓN.	17
DESAFÍO 10: INVESTIGACIÓN EN SALUD.	18
DESAFÍO 11: RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	19
DESAFÍO 12: MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍA EN SALUD.....	20
DESAFÍO 13: INTEGRACIÓN SUBREGIONAL.	21
DESAFÍO 14. COORDINACIÓN COOPERACIÓN INTERNACIONAL.	21
DESAFÍO 15: COOPERACIÓN TÉCNICA Y COORDINACIÓN OPS/OMS	25

ANEXO

Estrategia de promoción de la salud en el Uruguay

BORRADOR

GLOSARIO

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BCU	Banco Central del Uruguay
BID	Banco Interamericano del Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
CIE-10	Clasificación internacional de Enfermedades Nº 10
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CT	Cooperación Técnica
ECP	Estrategia de Cooperación con el País
FEMI	Federación Médica del Interior
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INE	Instituto Nacional de Estadística
INPPAZ	Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MSP	Ministerio de Salud Pública
NNUU	Sistema de Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PANAFTOSA

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

PBI

Producto Bruto Interno

PEA

Población Económicamente Activa

SMU

Sindicato Médico del Uruguay

Los comentarios a este Documento Borrador y otras sugerencias, se agradece sean enviados a:

ccs@uru.ops-oms.org