

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Benia W, Anzalone P, Harispe E., coord. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Montevideo: OPS, 2016. 119 p.

1. Sistema de Salud. 2. Monitoreo. 3. Uruguay

ISBN: 978-9974-8561-9-6

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA EDICIÓN

Dr. Eduardo Levcovitz
Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano
Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Wilson Benia
Consultor Nacional

CONSULTORES RESPONSABLES DEL DOCUMENTO

Lic. Pablo Anzalone | Lic. Estela Harispe

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.

Contenido

Siglas y Acrónimos	7
Introducción	9
Antecedentes y problemas estructurales	10
La aprobación legislativa del SNIS.....	12
El SNIS en el marco de la construcción de una matriz de protección social	13
1. Contexto del Sistema de Salud.....	17
1.1. Análisis de la situación de salud	17
1.1.1. Análisis Demográfico	17
1.1.2. Situación epidemiológica.....	21
1.1.3. Objetivos del Desarrollo del Milenio.....	42
1.2. Determinantes de la salud.....	47
1.2.1. Determinantes políticos	47
1.2.2. Determinantes económicos.....	49
1.2.3. Determinantes sociales	50
1.2.4. Determinantes medioambientales	56
2. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional.....	59
2.1. Mapeo de la autoridad sanitaria.....	59
2.2. Rectoría sobre el Sistema de Salud	61
2.3. Financiamiento y aseguramiento	68
2.3.1. Modelo de financiamiento del SNIS	68
2.3.2. Gasto en salud.....	74
2.4. Provisión de servicios	75
2.4.1. Oferta y demanda de servicios de salud	75
2.4.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en el sector salud	89
2.4.3. Medicamentos y otros productos sanitarios	96
2.4.4. Equipos y Tecnología	97
2.4.5. Calidad de los Servicios	99
3. Monitoreo de los procesos de transformación del sistema de salud.....	103
Los ejes de la transformación de la salud	103
3.1. Cambios en el modelo de atención	104
3.2. Cambios en el modelo de gestión	107
Conducción del SNIS.....	107
3.3. Cambios en el modelo de financiamiento	108
3.4. Efectos sobre la salud de la población	109
Objetivos Sanitarios Nacionales	109
3.5. La cooperación técnica de la OPS/OMS al Proceso de cambio (2012 – 2015).....	112
Bibliografía.....	118

Siglas y Acrónimos

ACV	Accidente Cerebro Vascular
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ARV	Antirretrovirales
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AVD	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos
AVP	Años de Vida Perdidos
BPA	Buenas Prácticas Alimentación
BPN	Bajo Peso al Nacer
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
CHSCV	Comisión Honoraria Salud Cardiovascular
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad
CIIH	Comité Infecciones Intrahospitalarias
CIPU	Centro Industrial de Panaderos
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CMCT-OMS	Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS
CNHD	Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad
CNV	Certificado Nacido Vivo
COSEPA	Comisión Seguridad Paciente
CP	Cuidados Paliativos
DDSSyRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
DIGESA	Dirección General de la Salud.
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
EMSE	Encuesta Mundial de Salud en Escolares
ENDIS	Encuesta Nacional Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil
ENFRENT	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles
ENT	Enfermedades No Trasmisibles
EO	Enfermedades Oportunistas
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EP	Equipo de proximidad
EPN	Equipo de primer nivel
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FTM	Formulario Terapéutico Medicamentos
GABA	Guías de Alimentación Basadas en Alimentos
HC	Historia Clínica
HCE-O	Historia Clínica Electrónica Oncológica
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
IAE	Intento Autoeliminación
IIH	Infecciones Intra Hospitalarias
IMC	Índice de Masa Corporal
INACAL	Instituto Nacional de Calidad

INAU	Instituto del Niño y Adolescente Uruguay
INCA	Instituto Nacional del Cáncer
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infección Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria Embarazo
JND	Junta Nacional de Drogas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MAC	Medicamentos de alto costo
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NV	Nacidos Vivos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODH	Obesos, Diabéticos , Hipertensos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PAP	Prueba Papanicolaou
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud- Catalogo Prestaciones
PNA	Primer Nivel de Atención
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PPCCU	Programa Prevención Cuello Uterino
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
PUP	Productos Ultra Procesados
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SANEA	Sistema Articulada de Notificación de Eventos Adversos
SC	Sífilis Congénita
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida
SINADI	Sistema Nacional de Información
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
SIRPA	Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
SND	Secretaría Nacional de Drogas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TARV	Terapia Antirretroviral
TEP	Trombo embolismo pulmonar
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
TV	Transmisión Vertical
UCC	Uruguay Crece Contigo
VBGG	Violencia Basada en Género y Generación
VD	Violencia Doméstica
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus Hepatitis C
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

La República Oriental del Uruguay es un país de Sudamérica, situado al este de Argentina y al sur de Brasil, con costas sobre el Río de la Plata y el Océano Atlántico. Posee una superficie de 176.215 km² y un área marítima de 125.057 km². Forma parte de una región biogeográfica caracterizada por una topografía ondulada y un clima subtropical húmedo con precipitaciones anuales mayores a 1000 milímetros. En Uruguay existen diferentes ecosistemas (praderas, costas, humedales, serranías y bosques) con amplio predominio de las praderas. Posee una importante riqueza biológica con aproximadamente 2500 especies vegetales, 400 especies de peces y otro tanto de aves, más de cien especies de mamíferos y varios miles de especies de invertebrados.

De acuerdo al último censo del año 2011 y las proyecciones del Instituto Nacional de estadística al 2016, la población asciende a 3.480.222 habitantes (INE, 2016). Es un país con alto grado de urbanización y una concentración de la población en Montevideo y el área metropolitana. Su población presenta un proceso de envejecimiento pautado por una baja tasa de natalidad y un aumento de la esperanza de vida, habiendo completado la segunda transición demográfica.

En los últimos dos siglos el país ha tenido una forma de gobierno democrático republicana, con tres poderes independientes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial). El régimen democrático se ha mantenido a lo largo del último siglo con una importante ruptura institucional entre 1973 y 1985 período en que se impuso una dictadura cívico-militar. Asimismo, en el período 2000 a 2004 se produjo una grave crisis económica con consecuencias sociales y sanitarias relevantes.

A partir del año 2005 asumió por primera vez el gobierno el Frente Amplio, rompiendo la hegemonía histórica de los partidos Colorado y Blanco, lo que se reiteró en 2010 y 2015. Comenzó en ese período un crecimiento económico muy importante y al mismo tiempo el desarrollo de políticas sociales inclusivas.

Siguiendo los lineamientos del programa de gobierno aprobado por la ciudadanía, se inició en 2007 un proceso de transformación del sistema de salud que conduciría a la construcción del SNIS.

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es un punto de inflexión en las políticas de salud del Uruguay. Se trata de un cambio estructural que modificó los sistemas de relaciones en que se apoya la atención a la salud. De esta forma se abrió un rumbo para encarar de una forma distinta y más eficiente los grandes desafíos que plantea la situación demográfica y epidemiológica del país. La transformación del sistema de salud es una respuesta a las graves deficiencias que tenía el sector salud en el período anterior a la constitución del SNIS, que determinaron una de las crisis más profundas de su historia. La segmentación social en la cobertura, la fragmentación y duplicación de los servicios, el modelo de atención meramente asistencialista, y la crisis de sostenibilidad del sistema han sido los nudos críticos más importantes.

El SNIS constituye un camino para superar estos problemas estructurales, en un proceso largo, gradual y complejo, tanto por la profundidad de los desafíos planteados como por los contextos en los cuales se desarrolla. Falta de sostenibilidad institucional y al mismo tiempo ausencia de calidad y equidad son problemas habituales en los sistemas de salud.

La construcción del SNIS llevó adelante una estrategia gradual y secuencial de los cambios, creando nuevas capacidades pero también reorientando las existentes. Esta estrategia gradualista se apoyó en instituciones preexistentes, rescatando fortalezas, creando otras, para conformar un diseño que respondiera a los principios fundamentales del cambio propuesto. En el armado conceptual del SNIS se diferenció al “Sistema Nacional Integrado de Salud” que refiere a la articulación en redes integrales de servicios públicos y privados y “Seguro Nacional de Salud” para designar al sistema de financiación a través de un fondo común de carácter obligatorio y solidario. La legislación define que en el SNIS deben participar todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean privadas o públicas, integrales o parciales, reciban o no fondos del FONASA en esta etapa.

Una definición fundante fue concebir a la salud como derecho humano esencial, bien público y responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. De esta forma el SNIS asegura a todos los habitantes la cobertura integral de su salud, independientemente de su capacidad de pago (Ley 18211). En este sentido avanzó más allá incluso que las definiciones del art 44 de Constitución uruguaya que todavía restringe la obligación del Estado a la provisión de servicios gratuitos a los sectores carenciados¹.

Este proceso de cambios en el sistema de salud se identifica sustantivamente con la concepción de la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2002) que planteaba: *“Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades”*(OPS, 2002)

Antecedentes y problemas estructurales

No debe perderse como referencia la crisis previa al SNIS, porque ello permite visualizar los problemas estructurales del país en materia de salud.

La historia del país en materia de servicios de salud construyó por un lado una atención pública para la población pobre, con fuerte impronta asistencialista, escasos recursos y baja calidad. Por otro lado las colectividades de inmigrantes fueron generando “sociedades de socorro”, asociaciones mutuales, que brindaron la atención de salud predominante en el sector privado, con un sistema de pre-pago y sin fines de lucro, bajo los principios de la solidaridad y la ayuda mutua. El subsector privado daba cobertura de salud a la mitad de la población y utilizaba un parte sustancial de los recursos humanos y materiales del sector.

La evolución epidemiológica del país, el aumento de la prevalencia de enfermedad vinculada con el envejecimiento, el modelo asistencialista apoyado en el uso acrítico de la tecnología, el incremento de los costos asociado a ese modelo, la fragmentación de los servicios, las presiones corporativas de grupos de poder, el afán de lucro y la mercantilización de la salud, fueron generando un conjunto de desequilibrios, que condujeron a una situación crítica en el sector privado. Al mismo tiempo el sector público sufría una postergación y un deterioro histórico agravados por la crisis económica del año 2002. Estas disfunciones relevantes del sistema de salud se daban simultáneamente con importantes brechas en los indicadores sanitarios cuando se comparaba al país con otros similares de la región.

¹ Constitución de la República Oriental del Uruguay. Art. 44, 1967

La desigualdad atravesaba el sector salud en múltiples aspectos. Desde la distribución del gasto y la inversión entre el sector público y el privado, a las posibilidades efectivas de cobertura y uso de los servicios entre las distintas zonas del país. Existían desigualdades significativas en el aporte de los usuarios para el financiamiento. La accesibilidad, la calidad y sobre todo la integralidad de la atención de salud y su capacidad de resolución, enfrentaban graves problemas. Los resultados sanitarios por lo tanto eran claramente desiguales entre los distintos sectores sociales. La crisis económica del país afectó la sostenibilidad institucional de los servicios de salud. Entre 1985 y 2001 cerraron sus puertas 16 instituciones sanitarias, con más de 170 mil usuarios.

La reducción del rol del Estado en las políticas de salud y el predominio de la lógica del mercado aumentaron las vulnerabilidades del sector hasta llevarlo al borde del colapso. La rectoría y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública se deterioraron. No se regulaban las prestaciones obligatorias y exigibles para alcanzar una atención oportuna y de calidad homogénea para toda la población. En la cobertura asistencial, el aseguramiento y financiamiento, se superponían formas diferentes, desarticuladas entre sí, que generaron importantes procesos de segmentación.

El sector público estaba reducido a una atención de baja calidad destinada a la población de menores recursos, en una lógica aceptada de *“una salud pobre para los pobres”*. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que son el sector privado con mayor incidencia, concentraban su atención en los sectores medios que pagaban de su bolsillo la cuota y los sectores de trabajadores privados (y algunos públicos) cubiertos por DISSE². Por este mecanismo la protección social en salud sólo amparaba al 20% de la población, no incluía cobertura familiar y no permitía elegir a instituciones del sector público como prestador de salud.

Mientras en el sector público la escasa asignación de recursos impedía el cumplimiento adecuado de las prestaciones de salud, en el sector privado mutual la forma de financiación promovía la selección adversa del riesgo, incentivando el ingreso de jóvenes y sanos, trabando la afiliación de adultos mayores y enfermos. La solidaridad intergeneracional y la solidaridad de los sanos hacia los enfermos estaban comprometidas.

La lógica del lucro corporativo incentivó una mayor oferta de servicios para quienes poseían más capacidad de pago, sin tener en todos los casos, comprobación científica sobre su conveniencia. La incorporación no racional de tecnología incrementó los costos de la atención sin por ello mejorar siempre su calidad. El cobro de co-pagos para medicamentos, consultas y análisis se convirtió en una recaudación significativa para las IAMC, a la vez que una barrera para el acceso de los usuarios a esas prestaciones. La segmentación institucional de la cobertura y la exclusión social, así como la fragmentación organizacional y duplicación de los servicios, fueron las características principales del sector salud antes del SNIS.

La crisis económica del año 2002 generó un fuerte incremento de la pobreza, la indigencia, el desempleo y una caída de los salarios, determinando un aumento de la población sin cobertura de salud por la seguridad social. El deterioro en las condiciones socioeconómicas y la pérdida de cobertura de salud, incidieron en un agravamiento de los problemas sanitarios. La atención en el sector público venía sufriendo un descenso en la cantidad de recursos asignados presupuestalmente. Se produjo una quita

² Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad, dependiente del Banco de Previsión Social como modalidad de la seguridad social clásica que brindaba cobertura a los trabajadores del sector privado y algunos públicos.

de 40% en el gasto per cápita en ASSE entre 1999 y 2002 (444 \$ por usuario en 1999 a 256 \$ en 2002). Las inversiones en ASSE bajaron un 80% en ese período, con consecuencias importantes en el equipamiento e infraestructura. (Benia et al, 2010)

Las concepciones del “Estado mínimo”, desregulaciones, privatizaciones y las políticas de ajuste fiscal tuvieron un impacto relevante en el sector salud. El modelo hegemónico de atención a la salud hospitalocéntrico y asistencialista, subestimaba el primer nivel de atención, carecía de estrategias fuertes de prevención y promoción de salud. La atención tenía una baja capacidad de resolución y una tendencia a hipertrofiar la intervención de especialistas, sin mecanismos claros y efectivos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención. La integralidad, continuidad y longitudinalidad de la atención estaban afectadas por este modelo, así como la inclusión del núcleo familiar y la comunidad. El rol de los usuarios se limitaba a un papel de receptor pasivo de tratamientos indicados por la autoridad médica, compradores o “clientes” de servicios en un caso, o beneficiarios del asistencialismo público en otro. No se estimulaba un rol más activo en relación con la salud propia, familiar o de la comunidad, ni un conocimiento mayor de los derechos de los usuarios.

La aprobación legislativa del SNIS

El SNIS se constituyó jurídicamente con la aprobación de cinco leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007. Uruguay llevaba casi 70 años sin legislar sobre el sector salud. En el Presupuesto Nacional (2005-2009), Ley 17.930³ se definieron las líneas programáticas de la transformación de la salud. La creación del Fondo Nacional de Salud (Ley 18.131) y la descentralización de los servicios de salud estatales (ASSE) por Ley 18.161 fueron los siguientes pasos. La creación del Seguro Nacional de Salud se legisló en la Ley 18.211 que a su vez completó la conformación del SNIS⁴. Por último los derechos y deberes de los usuarios, fueron establecidos en la Ley 18.335.

3 Ley No. 17930. Artículo 264.- El Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes. Artículo 265.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el artículo 67 y en la disposición transitoria letra V)** de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Dic. de 2005).

4 Ley No. 18211, Art. 4:

- 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.
- 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.
- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Un elemento destacado del diseño del SNIS fue la separación entre la función de rectoría y conducción del sistema a cargo del MSP y la prestación de servicios de salud por parte del Estado que fue asumida por ASSE y posteriormente por la RIEPS. Dicha separación fue establecida por la ley 18.161 de Descentralización de ASSE.

Posteriormente la ley 18.731 estableció la incorporación al FONASA de jubilados, pensionistas, profesionales sin relación de dependencia y Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales. Esta ley incluyó también una modificación del régimen de aportes personales al Seguro Nacional de Salud estableciendo la devolución de aportes cuando estos superen un tope determinado.

El SNIS en el marco de la construcción de una matriz de protección social

La salud individual y colectiva depende de un conjunto de determinantes sociales, económicos, políticos, culturales, ambientales. En tal sentido importa valorar que la transformación de la salud en Uruguay se inició simultáneamente con el desarrollo de un conjunto de políticas sociales integrales.

En América Latina la pobreza y la indigencia son un problema estructural con múltiples impactos en la situación sanitaria. Es el continente más desigual del planeta. La década de los 90 fue el escenario de un deterioro aún más importante en este plano. Sin embargo en la última década (sobre todo entre los años 2005 y 2012) se registra una caída de la incidencia de la pobreza multidimensional. La intensidad de la pobreza, que indica el porcentaje de privaciones que experimentan los hogares identificados como pobres, también se redujo en el mismo período. Se corrobora la tendencia a la baja del grado de concentración de la riqueza.

Las bajas más notorias tuvieron lugar en Uruguay, Argentina, Brasil, Perú, Chile y Venezuela, y fueron equivalentes a una disminución del 7% o más por año.

En Uruguay algunos elementos determinantes de este proceso fueron las mejoras en la cantidad y calidad del empleo, aumento del salario real en general y en especial del Salario Mínimo Nacional, mayor formalización del empleo, Consejos de Salarios, crecimiento de la organización sindical y mayor protección. Las políticas sociales apuntaron en primer lugar a la emergencia a través del Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES), con programas de transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de obligaciones en educación y salud, programas de inclusión laboral como Trabajo por Uruguay, apoyos alimentarios a través de la Tarjeta Uruguay Social. Y luego avanzaron hacia un Plan de Equidad que procuró crear una matriz de protección social más permanente, con incremento de las asignaciones familiares y readecuación de los programas. Más adelante se incorporaron programas como Uruguay Crece Contigo, Jóvenes en Red y Cercanías (Equipos Técnicos de Atención Familiar) con una metodología de abordaje más próxima a la familia y el territorio.

El resultado de la combinación y armonización de políticas universales y políticas focalizadas ha permitido los avances sociales constatables. Uruguay destaca por el descenso de la pobreza e indigencia. La pobreza medida por ingresos que rondaba el 40% de la población en 2004 llegó a 9,7% en 2014.

Las cifras de INE 2014 señalan un 0,3% de indigencia, es decir 3 de cada mil personas no llegan a los ingresos mínimos para su subsistencia alimentaria.

Sin embargo la infantilización de la pobreza y la indigencia continúa. Los menores de 6 años triplican el promedio nacional de indigencia (0,9%). También continúa la desigualdad del nivel de indigencia

entre hogares con jefatura masculina (1,4% en 2006 a 0,1% en 2014) y femenina (1,6% en 2006 a 0,3 % en 2014). Es decir que los hogares con jefatura femenina aún tienen una indigencia tres veces superior a los de jefatura masculina. (INE, 2014)

También persiste la desigualdad en la pobreza según territorios. Montevideo tiene 8,5% de sus hogares en situación de pobreza frente a 6,4 % del interior en poblaciones con más de 5000 habitantes y 2,2% en la zona rural y la tendencia es a que crezca esta diferencia.

En Montevideo las cifras de pobreza siguen siendo mayores que el promedio nacional con un 13,1 % aunque el descenso ha sido significativo ya que en 2012 estaba 16,6% y en 2013 en 15,7%. El interior con poblaciones mayores a 5000 habitantes tiene un 7,5% de pobreza.

La desigualdad territorial sigue siendo importante dado que las cifras más altas están en Montevideo y en el noreste (Artigas, Rivera, Cerro Largo). Y dentro de Montevideo, en los municipios periféricos A, D y F, llega al 16% de los hogares bajo la línea de pobreza frente a un 0,6 del municipio CH y un 3,1% en el municipio E. La zona del Cerro (comunal 17) dentro del municipio A y Piedras Blancas (comunal 10) en el municipio D, tienen los niveles más altos de pobreza con 20,4% y 19,6% de sus hogares respectivamente.

La concentración de la pobreza en la infancia persiste aunque las cifras siguen bajando. De 2013 a 2014 la pobreza en menores de 6 años bajó de 22,6% a 20,4%, mientras en 2006 estaba en 53,4 %. En relación con los adultos (18 a 64 años) las cifras bajaron a 7,6% y en los adultos mayores de 64 años solo un 2% está en situación de pobreza. Mientras para la totalidad de los hogares del país la pobreza alcanza 6,4%, este porcentaje aumenta al 14,7 por ciento entre los hogares donde residen niños menores de 12 años. Los hogares con mayor cantidad de niños presentan indicadores de pobreza todavía superiores. Mientras 9,5% de los hogares con un único niño son pobres, esta cifra sube a 37,8 % en los hogares con tres o más niños.

Se mantiene la discriminación por género con 5,3% de hogares pobres con jefatura masculina y 8,5% femenina. También hay una desigualdad marcada entre afrodescendientes (20,2% pobres) respecto de los blancos (8,2% pobres).

El empleo creció para los que están sobre la línea de la pobreza (56% a 61%), mientras sigue igual para los pobres (48%). La tasa de desempleo era de 6,6% a nivel nacional en 2014, aunque 18,8% de los pobres son desempleados.

La brecha de pobreza, que muestra cuanto falta para salir de la situación de pobreza se redujo de 8,5% en 2002 a 1,7% en 2014. Sin embargo para Montevideo es 2,4 % en 2014 y era de 10,1% en 2004. La severidad de la pobreza también es mayor en Montevideo (1%) frente a 0,3 del interior rural. (MIDES, 2014)

La desigualdad medida por el índice de Gini disminuyó de 0,455 en 2006 a 0,384 en 2013 y 0,381 en 2014. Mientras que en 2006 el 10% (decil) más rico tenía ingresos 18 veces superiores al 10% más pobre, en 2014 tenía ingresos 12 veces mayores. La desigualdad es superior en algunos departamentos como Montevideo (0,394 en 2014), el norte del país, Canelones, Rocha, Treinta y Tres, Soriano.

Uruguay es el país con menor desigualdad social en América Latina. Sin embargo el 10% de mayores ingresos recibía 45,2% de la renta total, en 2011. Al mismo tiempo el 1% de mayores ingresos obtenía un 14,1% y el 0,1% superior alcanzaba un 4,8% del total de ingresos. Es decir que la concentración es cada vez mayor a medida que se asciende en la pirámide de ingresos.

Sin embargo la tendencia a la baja de las tasas de pobreza y pobreza extrema, se ha desacelerado e incluso revertido en los primeros años de la presente década; este hecho, asociado al crecimiento demográfico, deja como saldo un mayor número de personas en situación de pobreza extrema en 2013.

Este escenario de grandes avances sociales y persistencia de desigualdades por razones de edad, género, etnia/raza, clase social y territorios constituye un desafío para el SNIS, las políticas de salud, la sostenibilidad de una matriz de protección social y la articulación del sector salud en una política pública tendiente a eliminar las desigualdades injustas.

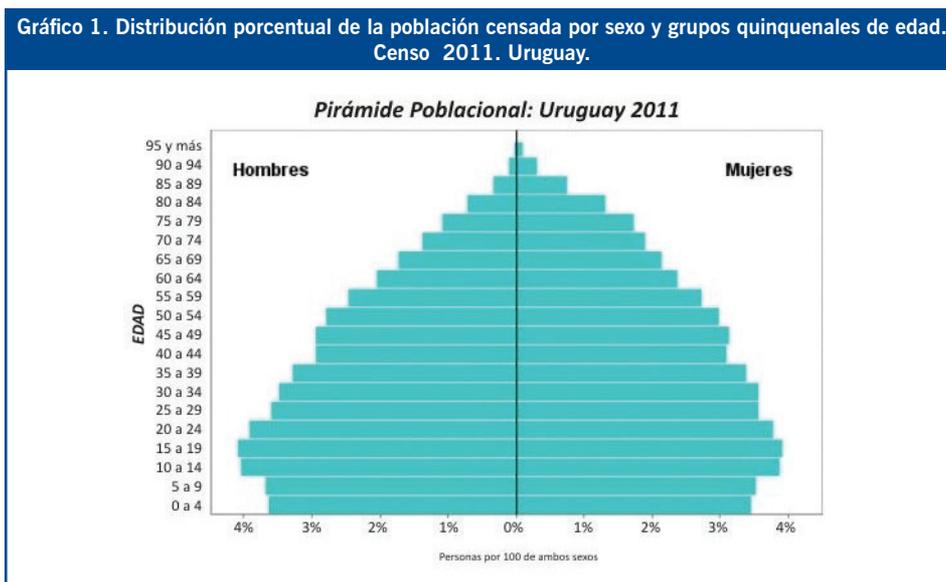
1 CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. Análisis Demográfico

La población total residente estimada del Uruguay, contabilizada a partir del Censo 2011 y la proyección del INE para 2016, es de 3.480.222 personas. (INE, 2011) La densidad de población es de 17.8 habitantes por km². El 40% de la población está concentrada en su capital, Montevideo. La baja densidad poblacional con alta concentración en zonas urbanas, 92.8 %, es una característica de la historia demográfica del Uruguay que se ha ratificado en el último censo. (OPS, 2014)

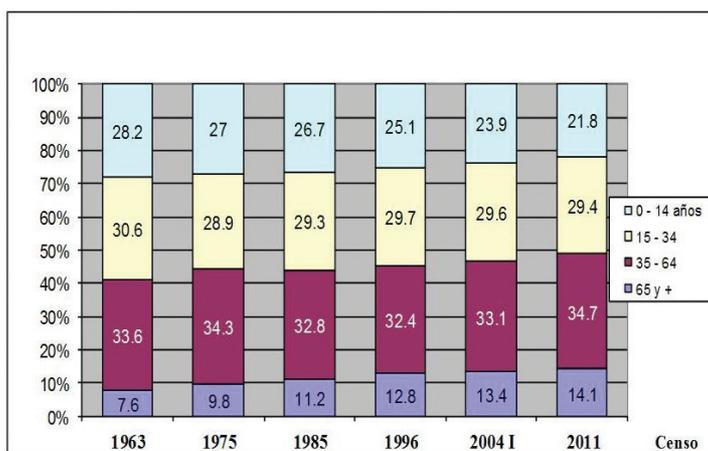
Como se puede observar en el Gráfico 1 la estructura de la población del país muestra el proceso de envejecimiento característico de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados.



Fuente: INE Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad

La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011. A la inversa, en el período 1963-2011 se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar el 28,2% de la población en 1963 a constituir el 21,8% en 2011. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución porcentual de la población censada por grandes grupos de edad. Censos 1963 a 2011.



Fuente: INE Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

La composición de la población por sexo registra una muy leve tendencia al aumento de la población femenina, debido a las mayores ganancias de esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres. El porcentaje de mujeres pasó de 51,7% en 2004 a 52% en 2011. La relación de masculinidad, pasó de 93,4 en 2004 a 92,3 en 2011.

En cuanto a la composición étnico-racial de la población, la mayor parte de la población se auto identifica como blanca. La información del Censo 2011 (que por primera vez integra esta variable de estudio) permitió contabilizar algo más de 255 mil personas que se declararon afrodescendientes y 159.319 que se declararon de ascendencia indígena.

Tabla 1. Población por sexo, residencia y ascendencia étnica racial.

Indicadores demográficos	2004			2011		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Proporción de población urbana (%)	90	93	92	94	96	95
Proporción de población afrodescendiente (%)	S/D	S/D	S/D	8,3	8	8,1
Proporción de población indígena (%)*	S/D	S/D	S/D	4,8	5,3	5,1

Fuente: Elaboración en base a datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censos 2004 y 2011.

* Esta variable se incluyó por primera vez en el Censo 2011, una limitante es que para el 2,5% de la población censada (81.574 personas) se aplicó un cuestionario reducido que no incluyó la indagatoria. El cálculo de proporción se realizó sobre la población indagada 3.142.645

La distribución de la población en el territorio nacional presenta diferencias significativas por departamento en la composición por edad de la población. Los departamentos situados al norte del Río Negro tienen un porcentaje de población menor de 15 años superior al promedio nacional, fruto de un mayor nivel de natalidad que el resto.

La tasa de crecimiento natural muestra una reducción continua dada por un descenso de la tasa de fecundidad y un aumento leve de la tasa de mortalidad. Los procesos migratorios de saldo negativo, han acentuado este descenso a partir de la mitad del Siglo XX. Desde el año 2009, por primera vez en 10 años, el saldo migratorio ha sido positivo.

La fecundidad de las uruguayas se ha reducido históricamente con un marcado descenso en el período 1996-2000, franqueando en el 2005 el umbral de reemplazo por primera vez en la historia. En los últimos años la reducción de la natalidad y de la fecundidad se ha desacelerado. Los nacimientos también muestran un estancamiento ubicándose a partir del 2005 en el entorno de los 47.000 nacimientos anuales.

“Considerando las tendencias de largo plazo, es esperable que el país mantenga tasas de crecimiento cercanas a cero en los próximos años, aun cuando puedan observarse ciclos puntuales de mayor aumento de las tasas.” (Cabella, 2012)

El comportamiento reproductivo uruguayo muestra brechas sociales y territoriales en las pautas de fecundidad. Varios estudios han señalado que estas brechas están relacionadas con los grupos sociales ubicados en los dos extremos del nivel socioeconómico y educativo. También hay indicios de diferencias relacionadas con la ascendencia étnica dada por una mayor y temprana fecundidad en las mujeres afro descendientes que en las mujeres blancas. (Naciones Unidas Uruguay, 2015).

Las mujeres con nivel socioeconómico y educativo más bajo presentan un modelo reproductivo cuya descendencia supera la media nacional, con patrones característicos de la primera transición demográfica (edad media del primer hijo a edades tempranas). Otro sector de mujeres, asociado a nivel socioeconómico y educativo alto, presenta patrones propios de la segunda transición demográfica (con niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y aplazamiento del calendario reproductivo). (Cabella, 2012)

Es interesante considerar también la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad efectiva. Según un estudio de Peri y Pardo (2008) un sector de las mujeres uruguayas tiene menos hijos que los deseados. Esto se manifiesta en las mujeres con mayores niveles educativos, invirtiéndose dicho fenómeno en las mujeres con menores niveles educativos, que declaran al final de su ciclo reproductivo que tuvieron más hijos que los deseados.

Otro aspecto de la fecundidad que en los últimos años ha generado preocupación en el país es la fecundidad de las adolescentes. Tradicionalmente presentaba un nivel significativamente más bajo respecto al promedio de los países de la región. Sin embargo ha aumentado su valor relativo, a pesar de una reducción fluctuante de la tasa que pasa de 71 a 60‰ entre 1996 y 2004. La preocupación por este fenómeno está justificada por el hecho de que son las adolescentes de los sectores más desfavorecidos las que dan cuenta de la casi totalidad de la fecundidad adolescente. En general la maternidad en este período de la vida se asocia con la falta de estímulos para permanecer en el sistema educativo determinando finalmente una menor inserción en el mercado de trabajo y con ingresos más bajos.

En todos los escenarios potenciales, se estima que el tamaño y proporción de la población mayor de 65 años seguirá aumentando como consecuencia de los niveles de natalidad proyectados y del incremento de la esperanza de vida de hombres y mujeres. Si bien es de esperar cierta estabilidad el volumen de población en edad de trabajar, en el largo plazo esto puede variar como consecuencia de la eventual continuidad en la reducción de la fecundidad. De esta manera, se presentaría un escenario con una relación creciente de dependencia de la vejez y procesos de cambio en la transición de la juventud a la adultez, retraso en la emancipación del hogar y postergación del inicio de la fecundidad, retroalimentando los bajos niveles de fecundidad.

En la estructura de hogares está perdiendo peso la estructura tradicional biparental dando paso a una mayor diversidad y complejidad de los arreglos familiares. Esto es más visible en la población por encima de los niveles de pobreza y en menor medida en los sectores en situación de pobreza, debido, probablemente, a la menor capacidad de estas últimas familias para financiar una emancipación del hogar. (Naciones Unidas Uruguay, 2015).

Tabla 2. Tendencias demográficas, Uruguay. 1996-2015

Indicadores demográficos	Períodos - Valores promedios							
	1996 - 2000		2001 - 2005		2006 - 2010		2011 - 2015	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total	1.605.210	1.702.992	1.619.497	1.726.570	1.628.894	1.742.035	1.662.837	1.777.164
Proporción de población menor de 15 años	25,9	23,6	25,4	22,9	24,3	21,8	22,7	20,3
Proporción de población mayor de 65 años	10,0	13,9	10,3	14,5	10,5	14,9	10,7	15,2
Tasa de crecimiento anual %	0,64		0,01		0,26		0,39	
Tasa de crecimiento natural %	0,78		0,59		0,47		0,39*	
Tasa global de fecundidad (TGF)	2,3		2,1		2,0		1,9	
Tasa bruta de natalidad x 1.000 habitantes (TBN)	17,1		15,4		14,1		13,5	
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes (TBM)	9,3		9,4		9,4		9,6	
Esperanza de vida al nacer	70,4	78,4	71,5	78,9	72,3	79,7	73,2	80,2

Fuente: elaboración en base a datos de INE Estimaciones y Proyecciones 1996 - 2050. Revisión 2013

*INE no presenta para este período datos migratorios, por lo que la tasa de crecimiento anual coincide con la natural

1.1.2. Situación epidemiológica

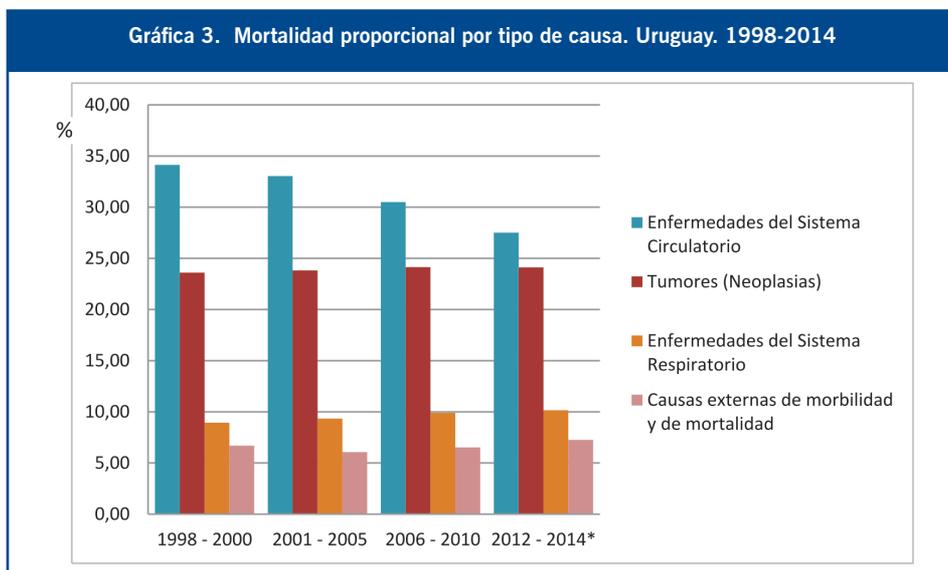
En Uruguay la tasa de mortalidad general se ha mantenido en las últimas décadas en valores próximos a 9,5 muertes cada 1.000 (Tabla 2). Pasó de 9,3‰ habitantes para el período 1996 al 2000 y de 9,6‰ habitantes en el período 2011 - 2015. Como puede observarse en la Tabla 3, hace más de una década las primeras cuatro causas de muerte acumulan aproximadamente el 70% y están vinculadas a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y a causas externas. Las enfermedades del sistema circulatorio son desde hace varias décadas la principal causa de muerte del país seguidas por las enfermedades tumorales, enfermedades del aparato respiratorio y causas externas (accidentes y violencia).

Tabla 3. Mortalidad proporcional según causa de muerte. Uruguay 1998-2014

Grandes Grupos según CIE 10		1998 - 2000	2001 - 2005	2006 - 2010	2012- 2014*
		Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa %	Frecuencia relativa %
Enfermedades del Sistema Circulatorio	(I00-I99)	34,13	33,04	30,5	27,51
Tumores (Neoplasias)	(C00-D48)	23,60	23,82	24,14	24,12
Enfermedades del Sistema Respiratorio	(J00-J99)	8,93	9,34	9,9	10,16
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	(V01-Y98)	6,70	6,06	6,52	7,26
Enfermedades del Sistema digestivo	(K00-K93)	4,00	3,84	4	4,08
Enfermedades del Sistema Nervioso	(G00-G99)	2,60	3,82	4,2	3,74
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	(E00-E90)	2,77	2,98	3,12	3,56
Enfermedades del sistema genitourinario	(N00-N99)	1,67	1,92	2,44	3,08
Trastornos mentales & del Comportamiento	(F00-F99)	2,80	2	2,1	2,19
Enfermedades Infecciosas & Parasitarias	(A00-B99)	2,07	2,08	2,1	2,16
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	(M00-M99)	0,43	0,4	0,54	0,77
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	(P00-P96)	1,17	0,88	0,58	0,54
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	(L00-L99)	0,43	0,64	0,52	0,53
Malformaciones congénitas, deform & anomalías cromosómicas	(Q00-Q99)	0,73	0,7	0,54	0,53
Enfermedades de la sangre & los Órganos Hematopoyéticos	(D50-D89)	0,47	0,5	0,44	0,51
Embarazo, parto & puerperio	(O00-O99)	0,00	0,04	0,02	0,02
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	(H60-H95)	0,00	0	0	0,00
Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte	(R00-R99)	7,47	7,78	8,26	9,25
Total		100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos publicados por el MSP 1998-2014

Esta distribución de las causas de mortalidad si bien se ha mantenido estable, presenta un sostenido descenso relativo de las enfermedades del sistema circulatorio y un leve aumento relativo de las otras tres causas (Gráfica 3).



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos publicados por el MSP 1998-2014

La distribución por sexo muestra que las causas más frecuentes son comunes a ambos sexos, pero todas tienen mayores tasas en los hombres, observándose la mayor diferencia en las causas externas (accidentes y violencia). Entre las enfermedades del sistema circulatorio predomina el grupo de coronariopatías en los hombres, en quienes también es más precoz su aparición. En las mujeres las patologías cerebrovasculares predominan a partir de los 75 años. (Fernández y Benia, 2014)

La Tasa bruta de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en menores de 70 años (por 100.000) pasó de 85,2 en el 2001 a 60,3 en el 2014. (MSP, EV 2015)

El descenso estuvo determinado por la disminución de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares, sin embargo ambas presentan tasas altas comparadas con los valores de la región.

Para Uruguay la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón fue en 2014 de 75,3 cada 100.000 habitantes en comparación con 48,9 en Argentina y 45,6 en Chile. Para los países de América del Norte esta tasa fue superior promediando 119,2 cada 100.000 habitantes para el mismo año.

Para las enfermedades cerebrovasculares la tasa de mortalidad en Uruguay fue 83,7 cada 100.000 habitantes en el 2014, para Argentina 44,5 y para Chile 51,7. El promedio de los países de América del Norte fue 41,2 para estas enfermedades.

La segunda causa de mortalidad del Uruguay son las neoplasias con indicadores muy superiores a los de la Región y a los de América del Norte. Según datos 2014 la tasa de mortalidad por tumores (neoplasias) cada 100.000 habitantes es en Uruguay 220,6, en Chile 140,0 y en Argentina 144,2. En América del Norte esta tasa es 186,8 por 100.000 habitantes. (OPS/OMS, 2014). No obstante, las tasas por esta causa en Uruguay están disminuyendo ligeramente en los últimos años.

Con la excepción del cáncer de piel no melanoma, los 4 tipos de cáncer más frecuentes en el Uruguay son los mismos que se observan en los países desarrollados: el cáncer de mama (femenino), de próstata, de colo-recto y de pulmón.

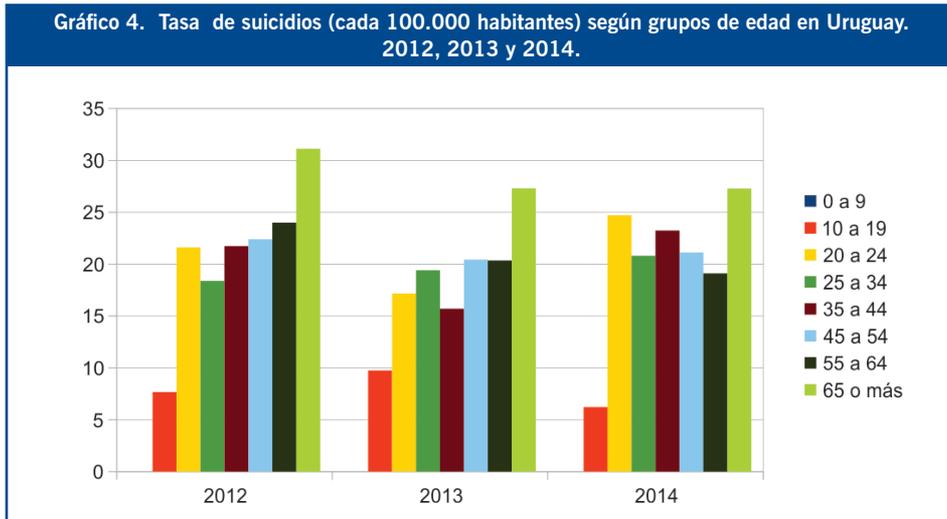
En mujeres, por lejos, el cáncer de mama es el que posee la mayor tasa de incidencia y también de mortalidad. El cáncer de colo-recto ocupa el segundo lugar en incidencia seguido en el tercer lugar por el cáncer de pulmón y en el cuarto lugar por el cérvico-uterino. En la mujer, el descenso leve pero sostenido de la mortalidad por cáncer en general, es consecuencia fundamentalmente del descenso notorio del cáncer de útero (todos los subsitios uterinos reunidos) y del cáncer de mama en las dos últimas décadas. Además, muy recientemente parece observarse una tendencia descendente de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Como contrapartida se observa un ascenso marcado de la mortalidad por cáncer de pulmón. El número anual de muertes por cáncer de pulmón en mujeres duplica actualmente, el número de muertes por cáncer de cuello de útero, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas.

El aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer es paralelo al incremento en la tasa de tabaquismo, con una latencia de aproximadamente 20 años entre el incremento en la incidencia de fumadoras y el incremento en las muertes por cáncer de pulmón. Esta observación coincide con lo que ocurre a nivel mundial.

En hombres, sigue siendo el cáncer de pulmón la causa de muerte más importante, seguida por cáncer colo rectal y cáncer de próstata. A pesar del franco y sostenido descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres, que se observa desde hace más de 20 años, aún se mueren anualmente más de mil uruguayos por esta causa (947 hombres y 271 mujeres en 2012) . (MSP, 2015)

Respecto a las enfermedades respiratorias podemos observar que las principales causas de mortalidad son la Influenza (gripe) y neumonía y las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC). Esta última es una causa mayor de mortalidad y morbimortalidad a nivel mundial y su morbimortalidad sigue en aumento relacionado fundamentalmente con el consumo del tabaco.

En relación a la mortalidad por causas externas Uruguay también presenta cifras elevadas respecto a los países de la región a expensas de los suicidios y los accidentes de tránsito. Los homicidios presentan tasas inferiores a las de la mayoría de los países de América del Sur. De las cuatro causas de muerte ésta es la que presenta una diferencia mayor en relación al sexo, afectando mayoritariamente a hombres.



Fuente. MSP, 2015. Objetivos Sanitarios Nacionales.

El suicidio es un problema de salud preocupante en Uruguay ya que tiene las tasas más altas del continente, 16,2 cada 100.000 habitantes en el 2012 (OPS/OMS 2014) y 17,4 en 2014 (MIDES, 2015).

Según la última actualización de OMS (2011) se ubica en el lugar N° 21 respecto a la totalidad de países con relación al Suicidio, y en el N° 1 en América.

En relación a la distribución por edades, dentro de las poblaciones más afectadas en nuestro país, se destacan los adultos mayores, que representan 1 de cada 3 suicidios consumados, y los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años (MSP, 2009), para los cuales el suicidio es muy relevante entre las muertes por causas externas. Respecto a la distribución por sexo, se suicidan 4 veces más hombres que mujeres, 27,9 y 7,6 cada 100.000 habitantes respectivamente. En cuanto a la distribución territorial ocurre en su mayoría en el interior del país (67%). (MSP, 2015)

Los accidentes de tránsito son la segunda causa de muertes violentas con una tasa de 16,8 muertes cada 100.00 habitantes en el 2014, situándose también como una de las más altas del continente. En ese año se registraron 538 muertes por esta causa, correspondiendo casi el 80% a hombres. Respecto a la edad se puede observar que en los accidentes de motociclista (272 fallecidos) predominan los menores de 40 años (62,2%) en tanto en los accidentes que involucran a peatones (93 fallecidos), predominan las personas adultas mayores.

En los últimos años ha habido un intenso trabajo en torno a la seguridad vial y si bien las tasas de mortalidad han descendido levemente, se puede constatar una disminución de la razón de mortalidad por vehículo. Esta promedió en el período 2010 – 2014 una razón de 2.96 muertes cada 100.00 vehículos, alcanzándose en el 2014 su menor valor histórico. A diciembre de 2015 existió una disminución del 6,5% del total de fallecidos en siniestros de tránsito en todo el país, con un total de 473 fallecidos en dicho período. (UNASEV, 2015)

Respecto a los homicidios, estos se dan aproximadamente 4 veces más en los hombres que en las mujeres.

Por otro lado la violencia hacia las mujeres ha sido un tema de preocupación en el país en los últimos años, debido a que las denuncias por violencia doméstica (VD), representan más de la mitad de los delitos contra la persona y es el segundo delito en importancia luego de los hurtos. Entre noviembre 2013 y octubre 2014, hubo 24 asesinatos de mujeres por violencia doméstica y 15 intentos de asesinato (la mayor parte fue perpetrado por la pareja o ex pareja) Se recibió un promedio de 68 denuncias por VD por día. Esto significa que, cada 9 días se mató o intentó matar a una mujer por VD y cada 21 minutos se realizó una denuncia por este hecho. (MI, 2014)

Si bien es razonable atribuir en parte a mejoras del sistema de registro, es alarmante el aumento del número de denuncias del casi 400% entre el 2005 y el 2013⁵.

Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Las ECNT (incluyendo a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas) junto con las causas externas de muerte, son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales.

En Uruguay las ECNT son responsables del 60% de todas las muertes y 62% de las muertes entre los 30 y los 69 años (mortalidad precoz).

El primer Estudio de Carga Global de Enfermedad (Tabla 4) muestra que en la población de 20 a 64 años, entre las primeras 15 patologías causantes de Años de Vida Perdidos (AVP), 10 de ellas corresponden a ECNT y entre las primeras 15 patologías que son causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD), figuran 5 de estas enfermedades, de las cuales 3, ocupan los primeros lugares. (MSP, PPENT, 2015).

⁵ El Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior profesionalizó y tecnicizó el relevamiento de los datos en general. Cambió también el sistema de registro procurando que esta problemática quede correctamente identificada y no invisibilizada bajo "otros delitos".

Tabla 4. Indicadores de años de vida perdidos según causas

Ubicación en el ranking	Enfermedad	Total
AVP		
1	Siniestros transporte	15433
2	Heridas Autoinflingidas	14913
3	Cáncer de Pulmón	14032
4	Otros Neoplasmas Malignos	12389
5	ACV	11639
6	Isquémica Aguda del Corazón	10353
7	Isquémica Crónica del Corazón	7934
8	Cáncer de Mama	7213
9	Cáncer Cólon y Recto	6425
10	VIH	6232
11	Violencia	5620
12	Diabetes	4905
13	Cáncer de Estómago	4267
14	Neumonía	4151
15	Cáncer de Páncreas	4072
AVD		
1	EPOC	23728
2	Isquémica Crónica del Corazón	10280
3	ACV	6817
4	Osteoartritis	5038
5	VIH	4713
6	Depresión Mayor	4141

Uruguay ha desarrollado estudios a diferentes niveles para comprender y actuar sobre los factores que inciden en la elevada prevalencia de ENT. Los datos preliminares de la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles (ENFRENT) 2013, muestran en general una alta prevalencia de los 8 factores de riesgo prevenibles comunes a estas enfermedades (Tabla 5) en la población de 25 a 64 años.

Tabla 5. Prevalencia de factores de riesgo de ENT según 2ª ENFRENT, Uruguay

INDICADOR	VALOR
Prevalencia de fumadores diarios	28,8% (26,6-30,9)
Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (binge drinking)	9,5% (7,3-11,7)
Prevalencia de consumo < a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras	90,9% (89,9-91,9)
Prevalencia de nivel bajo de actividad física ¹	27,3% (25,2-29,4)
Prevalencia de presión arterial elevada ² (hipertensión arterial)	36,6% (34,4-38,8)
Prevalencia de sobrepeso y obesidad ³	64,9% (62,2-67,3)
Prevalencia de glucosa en sangre elevada ⁴ (diabetes)	7,6% (6,4-8,9)
Prevalencia de colesterol en sangre elevado ⁵	21,5% (19,5-23,5)

¹ <600 MET-min/semana | ² PAS ≥ 140mmHg y/o PAD ≥ 90mmHg y/o en tratamiento por HTA | ³ IMC ≥ 25 kg/m²
⁴ ≥ 126 mg/dl y/o en tratamiento por diabetes | ⁵ ≥ 200 mg/dl y/o en tratamiento por colesterolemia elevada

Estilos de vida: sedentarismo y malnutrición

Uruguay posee índices altos de sedentarismo. De acuerdo a la Segunda ENFRENT realizada por el MSP, 27,3% de la población uruguaya es considerada sedentaria. En la Primera Encuesta se constataba que el 57% de la población tenía sobrepeso u obesidad, cifra que aumentó a 64,9 % en el año 2013. Un incremento importante en un período breve de tiempo. Diversas estrategias están planteadas para promover la actividad física: instalación amplia de gimnasios al aire libre, mayor utilización de bicicletas para la movilidad personal, creación de espacios públicos utilizables para ese fin, promoción del deporte, entre otras. La instalación de gimnasios al aire libre se inició en el año 2012 y al 2014 superaban los 150, concitando una utilización importante de la población y muy escaso vandalismo. La creación de ciclo vías y bici sendas tuvo un impulso en la capital del país, como una forma de movilidad más saludable y amigable con el medio ambiente. Diversos proyectos en este sentido han sido promovidos con respaldo creciente de la sociedad civil (presupuesto participativo). El surgimiento de más organizaciones sociales vinculadas a esta actividad es un síntoma de cambio cultural en este plano.

Malnutrición y consumo de alimentos ultra procesados

Uruguay presenta un perfil nutricional con problemas importantes de malnutrición por déficit como la anemia, el retraso de talla, y por exceso como el sobrepeso, obesidad y otras enfermedades no transmisibles vinculadas a la alimentación y a los estilos de vida de forma integral. El patrón alimentario se caracteriza por un consumo excesivo de sal, grasas saturadas, grasas trans y azúcares refinados. Es asimismo una dieta escasa en fibra y pobre en vitaminas esenciales, sustancias bio-activas provenientes de frutas, hortalizas y granos, y minerales (especialmente hierro, calcio y zinc).

El consumo creciente de productos ultra procesados es uno de los fenómenos con mayor incidencia en este patrón alimentario. El crecimiento en las ventas de estos productos aumentó 68,4% en Uruguay entre 2000 y 2013. (OPS/OMS, 2015) Existe una gran concentración y transnacionalización de este mercado, controlado a nivel internacional por oligopolios. Snacks, bebidas azucaradas, cereales para el desayuno, dulces y caramelos, comida rápida, son algunos ejemplos de productos con muchas calorías y muy bajo aporte nutricional. Tal como señalan trabajos recientes, este tipo de consumos genera riesgos mayores de enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico en adolescentes, obesidad en niños y adultos y dislipemias en niños. El consumo de sodio ha sido estimado en 9,7 gr por habitante/día, lo que duplica las recomendaciones internacionales. En Uruguay no existen hasta el momento restricciones a los alimentos con grasas trans.

Al mismo tiempo el Informe Situación SAN (2015) destaca que Uruguay posee suficiencia plena de energía y proteínas (2887 Kcal/persona/día, y 86 g. de proteínas/persona/día). De acuerdo a estimaciones oficiales el país produce y exporta alimentos para más de 28 millones de personas y tiene una baja dependencia externa en la demanda interna de alimentos (menos de 10% de las calorías son importadas).(INDA, 2015)

Consumos problemáticos de drogas

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante y la causa de aproximadamente el 22% de las muertes mundiales por cáncer, incidiendo también en forma significativa en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y patología respiratoria crónica. Constituye un importante factor de riesgo común para las enfermedades crónicas no transmisibles.

Las acciones a realizar a partir de la Ley Integral de Control de Tabaco N° 18.256 (2008), que incorpora las medidas establecidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, han mostrado ser efectivas para enfrentar esta epidemia.

Las diferentes encuestas nacionales realizadas para evaluar la prevalencia del consumo de tabaco, muestran una tendencia descendente del mismo aunque sigue siendo un grave problema de salud pública. La ENFRENT realizada por MSP en 2006 y 2013, muestra un descenso estadísticamente significativo de fumadores diarios entre ambas mediciones, de 32.7% a 28.8%, en población de 25 a 64 años. La Encuesta Continua de Hogares (INE) muestra un 23.9% de fumadores en 2011 y 22.2% en 2014, en la población de 15 años y más.

Es en la población más joven donde parece haber habido mayor impacto de las medidas según dos encuestas realizadas. La Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (JND) realizada en jóvenes escolarizados de 13 a 17 años mostró un descenso de 30.2% en 2003 a 9.2% en 2014. El porcentaje de fumadores es más elevado en las mujeres (9.8%) que en los varones (8.5%). Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) realizada en 2006 y 2014 hubo un descenso de 20.2% a 8.2% entre ambas mediciones, en población escolarizada de 13 a 15 años.

El consumo problemático de alcohol es otro de los problemas importantes de salud del Uruguay. Se cuenta con diversas investigaciones que dan cuenta de la morbi-mortalidad asociada a los distintos patrones de consumo de alcohol con los siguientes indicadores de relevancia: el alcohol es la droga más consumida por los uruguayos; la mitad de los uruguayos lo consumen habitualmente; casi 230.000 uruguayos presentan un consumo problemático de alcohol (intoxicación y/o dependencia). (JND, 2011)

El alcohol es la droga que presenta la edad de inicio más baja. En el total de estudiantes, la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12,8 años. El 14% de los jóvenes experimentó con esta sustancia antes de ingresar al ciclo secundario, previo a cumplir 12 años; en tanto que al llegar a los 13 años casi el 44% lo hizo. Dentro del colectivo de los estudiantes, el 75% piensa que el consumo ocasional de alcohol no tiene riesgos o que estos son leves, siendo éste el grupo poblacional en donde la percepción del riesgo es menor.

En otro orden, a partir de la última encuesta nacional de hogares se estima que entre los usuarios problemáticos de alcohol, sólo el 10% ha buscado ayuda profesional en centros especializados.

Finalmente, teniendo en cuenta el último informe de la UNASEV de junio de 2015, existe una muy clara correlación entre el aumento de la presencia de alcohol y la gravedad del siniestro vial. Mientras que el porcentaje general de conductores con presencia de alcohol en siniestros es del 6%, en los siniestros graves llega al 7% y se supera el 15% en los que tuvieron resultado fatal.

Dentro de las listas de sustancias consideradas “prohibidas” o de circulación restringida por Naciones Unidas, el cannabis es en el mundo entero y también en Uruguay la droga con mayor prevalencia de consumo. En Uruguay, esta sustancia tiene una prevalencia de vida⁶ de un 20% en la población entre 15 y 65 años, según la Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (2012).

⁶ Prevalencia de vida, se considera al consumo al menos una vez en la vida.

Más específicamente, según la Sexta Encuesta Nacional con Estudiantes de Enseñanza Media (2014), la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población entre 13 y 17 años (17%) supera, por primera vez, a la de consumo de tabaco (15,5%). Esto evidencia la legitimidad creciente que está teniendo el consumo de cannabis en determinados sectores del mundo adolescente - juvenil, fenómeno que se repite también en el mundo adulto. Según la Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (2012), habría en Uruguay un estimado de 21.100 usuarios problemáticos de cannabis.

Es importante destacar que Uruguay ha comenzado desde el año 2013 (a través de la aprobación de la Ley 19.172) un proceso único en el mundo, tendiente a la construcción de un mercado regulado del cannabis, con un enfoque de salud pública y de derechos, el cual está teniendo y tendrá implicancias a múltiples niveles.

La regulación estatal del cannabis prevé el autocultivo, la creación de clubes cannábicos y la compra topeada para consumo individual. Junto con la regulación del mercado se está implementando una campaña de prevención que alerta frente a los riesgos del consumo problemático de cannabis así como de alcohol y tabaco. Desde el punto de vista de la salud pública el control de la comercialización por parte del Estado, amplía las posibilidades de trabajar en la reducción de los daños al garantizar la calidad del producto. También procura disminuir el consumo problemático de marihuana gracias a una mayor cercanía con los usuarios. La experiencia de Uruguay con la regulación del tabaco y las políticas de cesación del tabaquismo son una referencia cercana sobre las posibilidades de actuar en relación con una droga legal (y letal) y obtener una reducción significativa de su consumo con amplio respaldo ciudadano. En un contexto de debate mundial respecto a las políticas de drogas, que tiene en UNGASS⁷ 2016 una instancia clave, Uruguay junto con otros países y un conjunto amplio de organizaciones y personalidades está promoviendo un cambio en las concepciones y estrategias predominantes hasta el momento. Para ello fundamenta que las lógicas prohibicionistas y su correlato en la estrategia de “guerra contra las drogas” han fracasado en sus objetivos de reducir el consumo y el tráfico y, por el contrario, dejan hoy una secuela de violencia y crímenes mucho peores que los efectos perjudiciales de las drogas. El camino de la regulación estatal parece abrir mejores posibilidades. Diversas experiencias en varios países van en ese sentido.

Morbimortalidad Infantil

Uruguay mantiene, hace décadas, una tendencia descendente de la mortalidad infantil y post-infantil, siendo en la actualidad uno de los países con los mejores indicadores de América Latina y el Caribe. Con una Tasa de Mortalidad Infantil de 7.8 para el 2014, es luego de Chile el segundo mejor posicionado en el Cono Sur.

En Uruguay el 9% del total de nacimientos se producen prematuramente (2014) y el 1% del total de nacimientos del país son recién nacidos con peso al nacer menor de 1500 g.

⁷ UNGASS: Sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas.

Tabla 6. Tasa de Mortalidad Infantil y Post-Infantil por 1.000 nacidos vivos. Uruguay 1990 - 2014

Períodos	Mortalidad Infantil			
	Neonatal	Post Neo	TMI	Post-Infantil
	Menores a 7 días	Entre 7 y 28 días	Menores a 1 año	Menores a 5 años
1990 - 1994	11,5	8,4	19,9	22,7
1995 - 1999	9,3	7,6	16,9	19,5
2000 - 2004	8,0	6,0	14,0	16,2
2005 - 2009	6,2	4,9	11,1	13,1
2010 - 2015	5,1	3,4	8,5	

Fuente: Elaborado en base a datos del MSP

La **prematuridad** conforma una de las principales causas de mortalidad neonatal, que es el componente más duro de la mortalidad infantil. A nivel mundial se ha registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. En los últimos años, en Uruguay, las principales causas de mortalidad neonatal se han mantenido, siendo las afecciones del periodo perinatal vinculadas a la prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. Se destaca además que el 60% de las muertes neonatales ocurre en el período neonatal precoz.

Si consideramos la mortalidad post-neonatal, existe un importante porcentaje de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21,4%) y enfermedades respiratorias (13%). Siendo la prematuridad la principal causa de mortalidad en el primer mes y primer año, para mantener la tendencia decreciente de la mortalidad infantil, se hace necesario mantener el foco de acción en los grupos de mayor riesgo, como los prematuros severos.

Respecto al estado nutricional de los niños, el **retraso de crecimiento** (talla baja para la edad) es un problema prevalente en la primera infancia en Uruguay⁸.

Recientemente fue presentado el primer informe de la Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS, 2015), que brinda información sobre los niños entre el nacimiento y los 3 años.

El 5% de los niños encuestados de 0 a 3 años presentó retraso de talla para la edad, aunque relevamientos anteriores llegaban al 10,9%. Si se excluyen del análisis los niños menores de dos años que nacieron prematuros, en el entendido que es el tiempo de lograr alcanzar al resto para situarse en condiciones óptimas y lograr el crecimiento normal, el valor de retraso de talla baja a 4,5%.

Al analizar el retraso de talla según los ingresos del hogar, se observa que los niños que viven en hogares bajo la línea de pobreza presentan una prevalencia mayor (6,7%) respecto a los niños pertenecientes a hogares sobre línea de pobreza (3,8%) lo cual pone de manifiesto la inequidad existente.

Se hallaron diferencias por sexo, siendo mayor el retraso de talla entre los varones.

En el estudio sobre el estado nutricional de los escolares y las políticas alimentarias, realizado en tres instancias de mediciones antropométricas y relevamiento de datos socio-económicos, se observa un 4% de retraso de la talla en los niños que asisten a las escuelas públicas del país. (Amarante et al, 2007)

⁸ Retraso del crecimiento, definido como valores menores a 2 desviaciones estándar (DE) de la distribución de talla en niños o niñas de la misma edad según el estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006)

Si bien aparentemente la prevalencia desciende a medida que aumenta la edad, y es sensiblemente más baja en estos grupos en relación a los menores de 2 años, continúa representando casi el doble del porcentaje esperado para una población bien nutrida (2,3%).

La Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia (2011), representó el primer estudio de alcance nacional que permitió conocer la prevalencia de la **anemia** en el Uruguay, en niños de entre 6 y 23 meses que concurren al control de salud. El promedio de hemoglobina fue de $11,4 \pm 1,1$ g/dl.

La prevalencia de anemia (hemoglobina < 11 g/dl) fue de 31,5% con un intervalo de confianza de 28,1% a 34,9%. El 23,3% de los niños presentó anemia leve (10 a 10,99 g/dl hemoglobina) y el 8,1% anemia moderada (7 a 9,99 g/dl).

Ningún niño presentó anemia grave (hemoglobina < 7,0 g/dl).

Se evidenció la estrecha asociación entre la anemia y los factores sociales asociados a la pobreza.

La ENDIS constató que la **inseguridad alimentaria**⁹ severa que implica padecimientos de hambre llega al 4,3% de los niños menores de 4 años, la moderada 8,9% y leve 28,3%. Estas cifras aumentan en los hogares pobres a 10,7% la inseguridad severa, 18,3% la moderada y 38,7 la leve.

La reciente Encuesta Alimentación y Bienestar (Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar, UDELAR-INDA, 2014) en Montevideo y el área metropolitana, aporta datos todavía más preocupantes. Las cifras de inseguridad alimentaria severa (vinculada con sentir hambre pero no poder comer) fueron de 11% para los adultos y 6,1% para los menores de 18 años. (UDELAR, 2015)

En relación a la **malnutrición por exceso**, en el 2015, el 9,6% de los niños menores de 2 años presenta **sobrepeso u obesidad**. Los niños de 2 a 4 años mostraron en la ENDIS una prevalencia aún mayor, de 11,3%.

En ambos casos, niños menores de 2 años y entre 2 y 4 años, la proporción de niños afectados es prácticamente cuatro veces mayor a la observada en la población de referencia.

Los niños pertenecientes a hogares no pobres (por encima de la línea de pobreza) mostraron una prevalencia mayor (10,4%) que los niños pobres (8,4%) y los niños que viven en Montevideo presentaron mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (11,6%) respecto a los que viven en el Interior (9%). El país no cuenta con encuestas nacionales que estudien la prevalencia de los problemas nutricionales en escolares, pero estudios realizados en base al seguimiento de una cohorte de niños escolares entre los años 2004 y 2009, mostraron una prevalencia de obesidad de 16,7% a los 6 años, y 21,2% a los 11 años. Los datos presentados sugieren que el sobrepeso y la obesidad se incrementan a lo largo del ciclo de vida. (Colafranceschi et al, 2013; Arim et al, 2013)

Considerando la importancia del desarrollo en la primera infancia y los problemas detectados en esa población, Uruguay tiene aún escaso desarrollo de estudios que permitan identificar factores de riesgo y actuar sobre ellos, no obstante lo cual se reconocen importantes avances como la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA), el programa Uruguay Crece Contigo¹⁰ y el impulso de la formación de especialistas médicos a través de la Facultad de Medicina.

⁹ Inseguridad Alimentaria se define como: suficiente cantidad de alimentos, calidad adecuada, seguridad y predictibilidad en la adquisición de alimentos, aceptabilidad social en la manera de adquirirlos y seguridad alimentaria en el hogar para adultos y niños.

¹⁰ Programa Nacional que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y de los niños y niñas uruguayas menores de 4 años, en particular los más desfavorecidos, con una visión que garantice el desarrollo integral con una perspectiva de derechos, de equidad, justicia social y de desarrollo humano integral. Surge como espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo que viene desarrollando el Estado para atender las necesidades de dicha población

Salud materna

La razón de **mortalidad materna** es de las más bajas en el contexto regional. En 1991 era de 38 por 100.000 nacidos vivos, para el año 2008 se ubicó en 15 por 100.000 y en 2011 fue su punto más bajo con 8,6 por 100.000 nacidos vivos, subiendo en el 2013 a 16.4¹¹.

Uruguay tiene hace décadas una alta proporción de partos hospitalizados y atendidos por personal capacitado, presentando en el 2014 indicadores de 95.5% y 99.6% respectivamente. (OPS, MSP 2014)

Desde 2005, a partir de las políticas con enfoque de género y derechos, se implementaron mejoras de la calidad de los cuidados y controles en el embarazo, parto y puerperio. La **cobertura de métodos anticonceptivos** gratuitos (inclusive a adolescentes) determinó en el 2009 la utilización de métodos anticonceptivos en el 77% de las mujeres. Respecto a la salud reproductiva hubo tres avances consecutivos que han posicionado al país en un lugar de vanguardia en la región. La implementación de la Ordenanza 369/04 del MSP con estrategia de reducción de daño en abortos en condiciones de riesgo¹² en el 2004, posteriormente la ley de defensa de la salud reproductiva (Ley 18.426) y la reciente ley (18.987) que habilita la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas por la sola voluntad de la mujer.

La gestación, maternidades y/o paternidades en adolescentes es una situación social y de salud de relevancia para el país, generador de inequidades que limita el ejercicio de derechos, con grave riesgo para la salud integral de adolescentes y de su hija/o/s. El porcentaje de nacimientos de madres adolescentes se mantiene en la misma proporción desde 1996 hasta la fecha. Según los datos estadísticos del país ha estado durante 18 años en el entorno del 16%.

En relación a la **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)** es pertinente señalar que en el período diciembre 2013 – noviembre 2014 hubo 8.499 casos de IVE en todo el país. De las mismas, el 17,8% correspondieron a mujeres adolescentes menores de 20 años¹³. La implementación de la normativa de la IVE ha sido un hito relevante para avanzar en la agenda de DDSSyRR que se ha impulsado en el país y para abatir los índices de mortalidad materna. Sin embargo es aún un campo de tensiones. Es un desafío analizar cómo las decisiones individuales de los profesionales pueden comprometer, bajo el paraguas de una supuestamente legítima objeción de conciencia, el desarrollo de las políticas públicas, pues las socavan desde la micro gestión y la construcción de barreras a prestaciones de IVE. Es un desafío a asumir colectivamente y dejar explícitos, los soportes de la legitimidad de la objeción de conciencia, cuando está fundada en las creencias profundas de los individuos, aquellas opciones esenciales de corte religioso o axiológico, que definen sus identidades, sus horizontes de sentido vital y su modo de estar en el mundo. Asimismo debe ser públicamente condenada la utilización espuria y adulterada de la “objeción de conciencia”, cuando detrás de ella se esconden intereses de poder corporativo, fines de lucro y una defensa ideológica de los postulados del patriarcado que se resiste a la autonomía de las personas sobre sus cuerpos y sus decisiones reproductivas. Ha sido necesario desmentir categóricamente la asociación entre estos móviles inaceptables para la sociedad uruguaya, con una supuesta defensa de la vida, cuando hay evidencias sobradas de que ni el poder-dominación, ni el mercado, ni el patriarcado son defensores de la vida.

11 Las variaciones que se observan en Uruguay en esta tasa son propias del bajo número de casos anuales registrados.

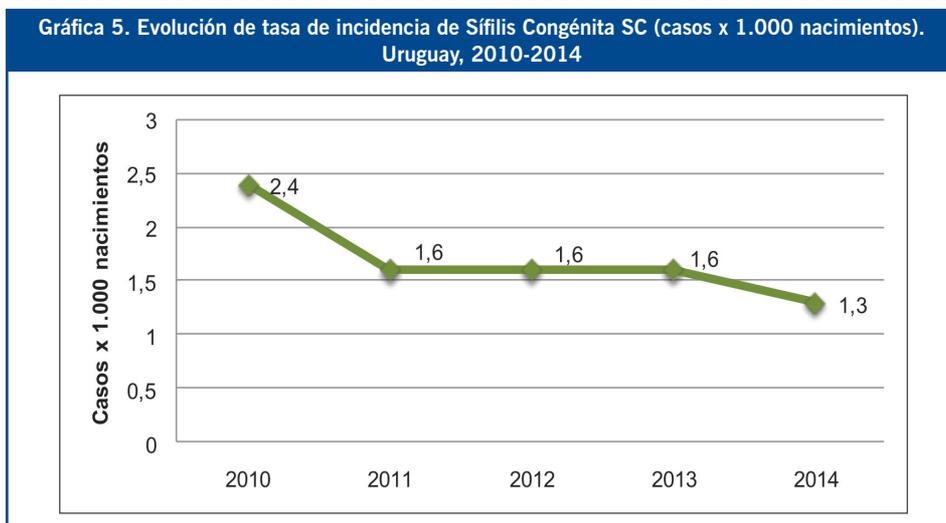
12 El “modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro” fue seleccionado en 2012 por la OPS/OMS como mejor práctica que incorpora la perspectiva de equidad de género en salud.

13 Fuente: MSP – Área programática de Salud Sexual y Reproductiva

La OPS/OMS en Uruguay ha contribuido con su CT, desde la profunda convicción que el diálogo entre los diferentes actores es el camino para asegurar las mediaciones históricas para garantizar la salud sexual y reproductiva integral de todas las personas, y contribuir a profundizar los componentes sociales el desarrollo democrático inclusivo, que solo es posible sostener desde el profundo respecto de los Derechos Humanos.

El incremento de la **sífilis gestacional (SG)** y la **sífilis congénita (SC)** en Uruguay se puso de manifiesto a través del análisis de la base de datos del Sistema Informático Perinatal SIP del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), entre los años 2004 y 2008. El aumento en el número de pruebas reactivas no treponémicas de sífilis en sangre de cordón umbilical, si bien no es la definición precisa de SC, puso en alerta al sistema de salud como medida indirecta de un aumento en la incidencia de SC. Esta constatación determinó que en la última década la SC se haya colocado en la agenda como problema de Salud Pública.

De acuerdo a los casos notificados al MSP se muestra en la Gráfica 5 la tasa de incidencia entre el 2010-2014.



Fuente: Casos remitidos por Notificación Obligatoria a MSP entre 2010 - 2014

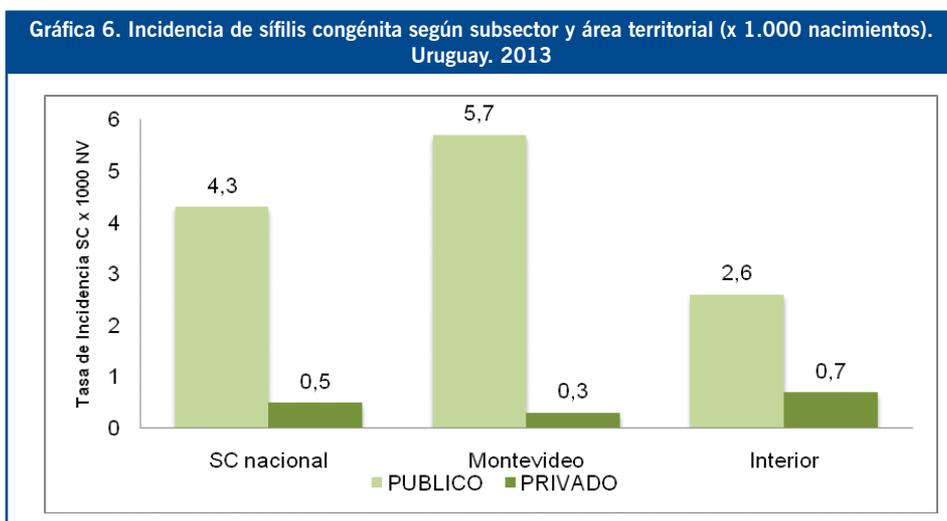
Se estima que la prevalencia de SG se sitúa a nivel mundial en 1.5% (entre 0,05 a 5%) y una incidencia de SC cercana a 1/1.000 nacimientos (entre 0,03 a 2,6/1.000).

De acuerdo a los resultados de las auditorías que se comenzaron a implementar en el 2013 de todo caso de mujer embarazada con prueba de sífilis reactiva (independientemente de la técnica) y de todo recién nacido con prueba reactiva en el cordón (ordenanza 447/12), la incidencia de SC fue de 2,08 casos/1.000 nacimientos a nivel nacional, 4,3 en el subsector público y 0,51 en el privado. Lo que significa que en el subsector privado se encuentra cercano a la meta de eliminación (0,5/1.000 nacimientos), y es un marcador que pone de manifiesto las condiciones de vulnerabilidad de las usuarias del sistema público.

Tabla 7. Incidencia de sífilis congénita según subsector público y privado. Uruguay, 2013.	
Subsector de cobertura de la madre	Incidencia Sífilis Congénita (casos x 1.000 nacimientos)
Público	4.3/1.000 (84/19542)
Privado	0.47/1.000 (13/27632)
Total	2/1.000 (97/47174)

Fuente: MSP.

También se encontraron diferencias según nacimientos en Montevideo o en el interior del país.

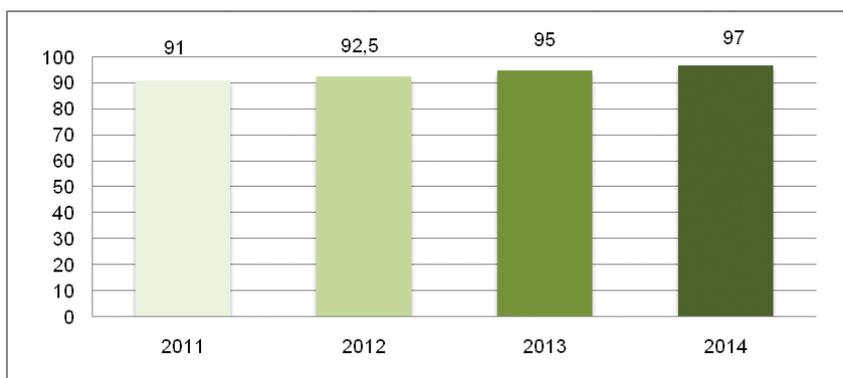


Fuente: MSP. Resultados de auditoría de casos.

En el análisis de las auditorías se encontraron como factores asociados a SC: menos de 5 controles en el embarazo, captación tardía del embarazo, realización de la prueba y diagnóstico de sífilis más tardío en el embarazo, no tratamiento de la pareja y reinfecciones.

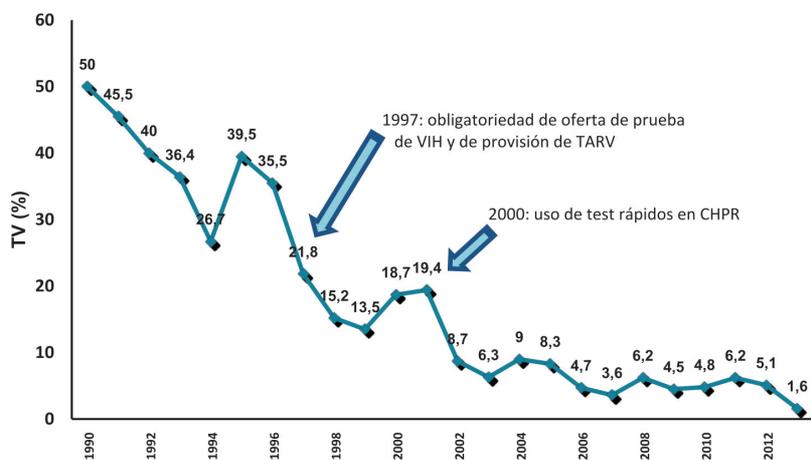
Respecto a la **transmisión materno-infantil (TV) del VIH**, Uruguay ha implementado medidas tempranas en la historia de la enfermedad, logrando que algunos indicadores cumplan con las metas acordadas en compromisos internacionales (cobertura de prueba de VIH \geq a 95%).

Gráfica 7. Evolución de la proporción de mujeres que reciben una prueba de tamizaje de VIH durante el embarazo. Uruguay, 2011-2014



Si bien hubo un rápido descenso de la TV de VIH, a partir del año 2005 las tasas oscilaron entre valores de 3,6% a 6,2% logrando descender, en el año 2013, por debajo del límite de la meta de eliminación (< 2%).

Gráfica 8. Evolución de la Transmisión Vertical de VIH. Uruguay. 1990-2013.



Nota: En el año 1997 se estableció la obligatoriedad de oferta de la prueba de VIH y de la provisión de TARV. En el año 2000 se implementó el uso de test rápidos en el Centro Hospitalario Pereira-Rosell. Fuente: (OSN 2020. MSP. 2015)

En los casos de 2 RN que adquirieron la infección en el año 2013 (los dos en el subsector público), se destaca que los factores que contribuyeron a la transmisión estuvieron vinculados a brechas asistenciales, factores que ya han sido identificados en años anteriores.

Enfermedades transmisibles

El esquema de vacunación vigente en el Uruguay incluye 13 vacunas para prevenir 15 enfermedades, siendo uno de los más completos de América. Su carácter universal, gratuito y obligatorio para todos los habitantes del país, ha logrado hace años, una cobertura del entorno del 96%. La provisión de vacunas se realiza a través del Fondo Rotatorio de la OPS, movilizando un promedio anual de 9.726.000 dólares.

Las **enfermedades infecciosas**, que en la década del 50 eran responsables de casi el 10% de las muertes, representan actualmente solo el 2%. En el siguiente cuadro se muestra el número de casos y tasas de enfermedades de notificación obligatoria del 2014.

Cuadro 1			
ENFERMEDADES Y EVENTOS SANITARIOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA. URUGUAY 2014			
Enfermedades		NUMERO DE CASOS	Tasas por 100.000 hab.
Enfermedad meningocócica		15	0,4
Meningitis aguda bacteriana	Meningitis neumocócica	29	0,8
	Meningitis por H. influenza b	4	0,1
	Meningitis bacteriana a otro germen	13	0,4
	Meningitis a germen sin identificar	31	0,9
Meningitis y encefalitis virales		16	0,5
Inmunoprevenibles	Hepatitis A*	18	0,5
	Tos Convulsa*	213	6,2
	Parotiditis*	243	7,0
	Varicela*	1386	40,1
	Tétanos	1	0,0
	Sarampión	0	0,0
	Rubeola	0	0,0
Transmitidas por vectores (casos importados)	Dengue	5	0,1
	Chikungunya	4	0,1
	Malaria	2	0,1
Zoonosis	Hantavirus	19	0,6
	Leptospirosis**	169	4,9
	Carbunco	0	0,0
	Brucelosis	3	0,1
	Fiebre Q	1	0,0
Infecciones de transmisión sexual	Hepatitis B	255	7,4
	Hepatitis C	258	7,5
	Sífilis adquirida	2006	58,1
	Infección VIH	824	23,9
Otros	Sífilis congénita	54	1,6
* corresponde a casos notificados, no confirmados por laboratorio.			
** A partir del año 2014, se modificó la definición de caso confirmado			
Fuente de datos DEVISA-División Epidemiología-DIGESA			

Hace ya varios años no hay nuevos casos de **Sarampión y Rubéola**, habiéndose logrado en 2015 la certificación de la OPS/OMS de la eliminación de estas enfermedades en el país. El Tétanos se ha reducido con la obligatoriedad de vacunación para niños y adultos, con un solo caso en 2014. No hay Difteria desde 1975. Se redujo la **Hepatitis B** al incluirla en 1999 en el Certificado Esquema de Vacunación, al igual que la **Hepatitis A**. La **Tos convulsa**, que registró en 2009 y 2010 una treintena de casos, en 2012 configuró un problema relevante con 588 casos. En el 2014 se registraron 213 casos.

No obstante los avances mencionados, algunas enfermedades emergentes y reemergentes preocupan a las autoridades sanitarias. El **Dengue** es un grave problema de salud pública en la región. En 1997 reingresó al país el mosquito *Aedes aegypti*, su agente vector y los primeros casos de Dengue autóctono surgieron en febrero de 2016 en Montevideo, con un brote circunscripto que no superó los 20 casos. Las intensas campañas desarrolladas habían mantenido al Uruguay libre de casos de Dengue autóctono, configurando una excepción en la región de las Américas, aunque existían habitualmente casos de personas con Dengue contraído en otros países. Desde el año 2014 el virus **Chikungunya** transmitido por el mismo vector, ha generado algunos casos importados en Uruguay. Recientemente el virus denominado **Zika** también ha comenzado a expandirse con rapidez en América, pero no se han registrado casos autóctonos en Uruguay.

El país ha desarrollado una estrategia de prevención intersectorial y comunitaria desde hace varias décadas. El Levantamiento de Índices Rápidos de *Aedes aegypti* (LIRAA) comenzó a implementarse desde el año 2010 para medir el nivel de infestación por *Aedes* en cada municipio, y ha implicado la realización de actividades educativas y descacharrización. La medición de los niveles de infestación permite concentrar esfuerzos y líneas de acción en las zonas de mayor riesgo¹⁴. En aquellas zonas como Montevideo donde la estrategia de prevención se desarrolló plenamente, se lograron descensos sistemáticos de los niveles de infestación en particular en aquellos barrios con mayor índice de riesgo¹⁵.

La capacidad del país para generar barreras epidemiológicas también se expresó en la década de los 90 con el **Cólera**.

La **Leptospirosis** es endémica, con brotes epidémicos, con carácter predominantemente ocupacional y distribución focal: zonas de ganadería lechera y cultivo de arroz, y áreas de contexto socioeconómico crítico, con infraestructura precaria y en zonas inundables. En 2014 hubo 169 casos, para una incidencia de 4,9 por 100.000 habitantes.

Desde su emergencia en el año 1997 en el Uruguay, la **Hantavirosis** es endémica, predomina en hombres, está ligada a tareas rurales y a residencia en zonas suburbanas y rurales al sur del Río Negro, con una incidencia de 16 casos en 2013 y 19 casos en 2014.

La **Hidatidosis** es endémica en áreas rurales ganaderas, centros poblados pequeños y asentamientos precarios urbanos. En humanos el tamizaje ecográfico en áreas de riesgo detecta una prevalencia de imágenes quísticas de 1 a 2%. El programa de control se encuentra en la órbita de la Comisión Nacional de Zoonosis (Ley 17.930 del 2005).¹⁶

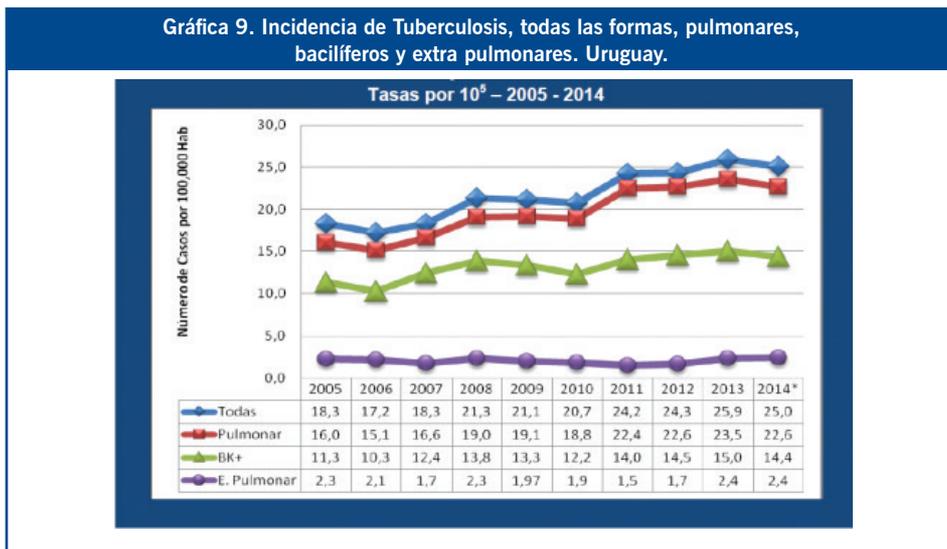
14 Según parámetros de OMS cifras de infestación menores a 1% de las viviendas constituyen riesgo bajo, entre 1 y 4% riesgo moderado y por encima del 4% riesgo alto.

15 Ejemplo evolución del Índice de Infestación Predial en el municipio G en Montevideo que bajó de 6.3 % en 2011 a 1.4 % en 2014.

16 Comisión Nacional de Zoonosis. Plan estratégico 2006-2009, 2010.

La incidencia de **Tuberculosis** registró en el 2014 un leve descenso respecto al año anterior según informe de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP)¹⁷. En el año 2014 se registró un total de 852 casos de tuberculosis (TB), 25 casos por 100.000 habitantes. De ellos 789 fueron casos nuevos (tasa 23,2 x 100.000) y 63 casos previamente tratados (tasa 1,85 x 100.000). Luego de un marcado aumento de las tasas de incidencia de tuberculosis a partir del año 2011, en el 2014 parece haber alcanzado una estabilización.

La actual tasa de incidencia registrada coloca al país en una etapa de control de la endemia, aunque aún lejos del objetivo de eliminación de la TB como problema sanitario.



Fuente: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP). Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Informe año 2014. (Cifras Provisorias al 21.01.2015).

Montevideo es el departamento que presenta reiteradamente cifras significativamente superiores a la media nacional. Los casos del departamento fueron casi el 60% de la incidencia nacional.

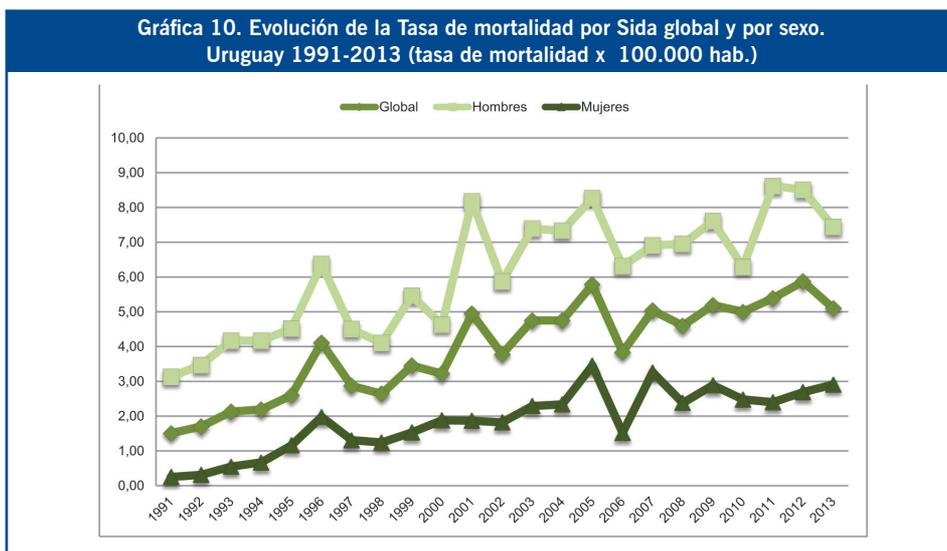
Se registra el mayor número de casos en los grupos de 25-34 años y de 35-44, en tanto disminuye en las edades más avanzadas. El mayor número de casos ocurre en el sexo masculino (relación M/F = 2,18/1). En relación a los grupos de riesgo, los contactos de pacientes tuberculosos continúan conformando un grupo de importante participación en la incidencia de TB, aunque por debajo de los pacientes portadores de VIH y las personas que permanecen en establecimientos de reclusión. La participación de casos VIH positivos en la incidencia sigue siendo alta. Esto hace imperiosa la continuación y perfeccionamiento de las acciones coordinadas con el Área Programática de VIH-Sida del MSP. Es importante destacar que se han redoblado los esfuerzos para la detección de casos, con una notoria mejoría de los resultados de tratamiento, con cifras de éxito terapéutico satisfactorias y abatimiento de las tasas de abandono y letalidad.

¹⁷ Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Informe año 2014. (Cifras Provisorias al 21.01.2015)

En Uruguay la **epidemia de VIH** es de tipo concentrada¹⁸. Las acciones a nivel nacional mantienen una baja prevalencia en la población. W

El mecanismo de transmisión de los casos de VIH notificados en 2015, fue por vía sexual en el 94%, la vía sanguínea se declaró en el 6% de las notificaciones correspondiendo la totalidad a usuarios de drogas inyectables; y solo 2 casos de transmisión vertical (madre al recién nacido).

El país tuvo un rápido acceso a los primeros fármacos antirretrovirales (ARV) y tempranamente se implementó la estrategia de TARV de alta eficacia. Sin embargo este acceso al TARV no ha tenido un impacto significativo en la mortalidad por Sida, resultado que es evidente en otros países¹⁹.

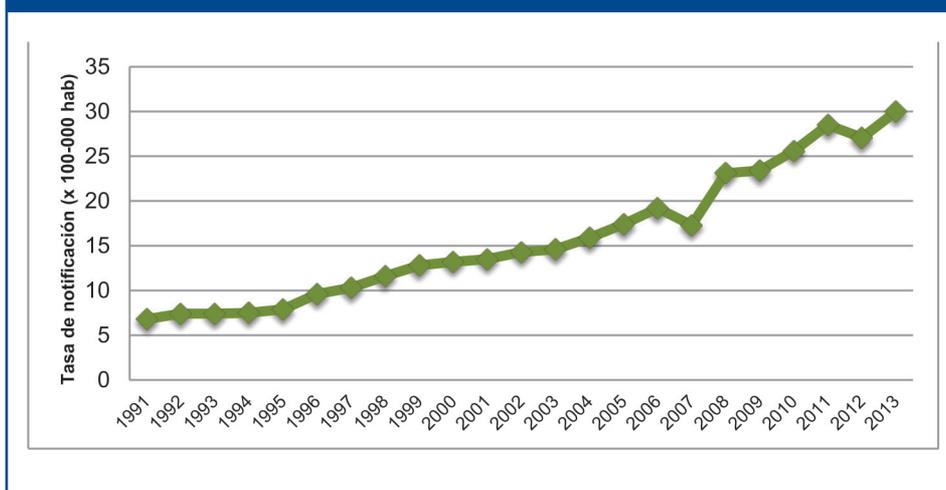


Se identifican como componentes del problema, el acceso al diagnóstico de VIH, el estigma y discriminación como obstáculos al acceso a los servicios de salud, la cobertura de TARV, la adherencia al TARV y el seguimiento de los pacientes en tratamiento. Esto resulta en aproximadamente 30% de personas con VIH no diagnosticadas y más de 40% de personas con VIH con diagnóstico tardío.

¹⁸ Epidemias concentradas son las que presentan baja prevalencia en población general (cifras inferiores al 1%) y alta prevalencia de VIH (superior a 5%), en poblaciones específicas. El dato de prevalencia que se presenta proviene del estudio de seroprevalencia en población general, mayor de 15 años, de alcance nacional, realizado en 2008 por el equipo del Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DLSP) del MSP.

¹⁹ Tasas de mortalidad x 100.000 habitantes en países de la región y otros. Argentina 2012: total, 3.3; varón 5.0; mujeres 2.0. Brasil 2009: 6.0. Chile 2011: total, 2.2; varón, 4.5; mujer, 1.5. España 2010: total, 2.21; varón 3.58; mujer 0.89. Fuente: MSP, 2015.

Gráfica 11. Evolución de la tasa de notificación de VIH (x 100.000 hab). Uruguay 1991-2013



La tasa de notificación de nuevos diagnósticos aumentó sostenidamente desde 2001 a 2011 de 13,2 a 37,8 nuevos casos por año cada 100.000 habitantes, descendiendo luego hasta 30 en 2014. (MIDES, 2015)

La tasa de nuevos diagnósticos no representa tasa de incidencia de nuevas infecciones. Sin embargo este indicador es sensible a la accesibilidad a la prueba. El comportamiento de la infección, que puede pasar asintomática por largos períodos de tiempo, dificulta acceder al indicador de incidencia de nuevas infecciones.

La estimación de la prevalencia en población general de 15 a 49 años utilizando Spectrum (ONUSIDA)²⁰ para el año 2015 fue de 0.5 %, cifra similar a la obtenida mediante el software Dismod II en el estudio de carga global de enfermedad La aplicación del modelo de proyección Spectrum estima el número de personas con VIH en el 2015 en algo más de 12.000. El número de personas notificadas con VIH era de 10.000 a diciembre del 2015. Por lo que la brecha entre personas diagnosticadas y personas sin diagnosticar se sitúa entre 20%. (MSP. 2015)

Por otra parte, existe una proporción de diagnósticos tardíos conociéndose a través de la notificación epidemiológica que al menos 17% de las personas con VIH son diagnosticadas en estadio Sida.

La tasa de mortalidad por VIH pasó de 4 cada 100.000 habitantes en el 2000 a 5,3 en 2014, con oscilaciones. La edad promedio de los fallecidos en la población masculina es de 45 años, y de 44 años en la femenina.

La posibilidad de interrumpir la circulación viral cuando las personas reciben el tratamiento retroviral adecuado incrementa la importancia del diagnóstico temprano, la adhesión a los tratamientos y el seguimiento de los pacientes.

²⁰ Herramientas que permiten realizar estimaciones de incidencia de infecciones de VIH, así como de prevalencia (número de personas con VIH) y de esta manera estimar la brecha entre número de personas con VIH y número de personas diagnosticadas

Salud Bucal

Las enfermedades y trastornos bucales son un problema de salud pública en el país.

Según un informe de la Facultad de Odontología en adolescentes escolarizados de 12 años el 51,1% tiene o ha tenido caries de acuerdo a los criterios de la OMS -1987. En la zona nordeste del país se constatan los valores más altos (61,9%), mientras en Montevideo están los índices menores (44,2%). (UDELAR, 2014)

Se ha demostrado una relación directa entre el nivel socioeconómico y la presencia de caries. En el nivel socioeconómico más alto la proporción de niños sin caries es de 64,5% mientras en el más bajo es de 45,3%. El Índice de Caries Significativo (SIC) del tercio más afectado de la población es de 3,15 (Angulo et al, 2015). Los valores de la patología caries son más alentadores en la infancia ya que a los 12 años los valores de CPOD²¹ han declinado en los últimos 20 años (actualmente es de 1,23). Sin embargo la gingivitis en la misma población tiene una prevalencia de 93%. (Angulo et al., 2015).

El relevamiento nacional realizado en la población joven y adulta entre 2010-2011, mostró que la prevalencia de caries medida en promedio de CPOD es 4,15 (IC 95%: 3,8 – 4,5) para la población joven, de 15,2 (IC 95%: 14,2 – 16,2) para los adultos y 24,1 (95% IC: 23,2 – 25,1) para los adultos mayores. En relación a problemas periodontales en adultos y adultos mayores el 21,8% (IC95%: 17,9 - 26,3) presentan enfermedad leve/severa y 9,12% (IC95%: 6,8 - 12,1) enfermedad severa.

El 56,4% de adultos entre 35 a 44 años y de 65 a 74 años han perdido 10 o más dientes. Un 70% de los adultos necesitan algún tipo de prótesis y el 18% de los adultos mayores necesitan algún tipo prótesis completa. La presencia de facetas dentarias de desgaste parafuncional, como indicador de padecer o haber padecido bruxismo tiene una prevalencia de 71,95% en Montevideo y de 62,17% en el interior (UDELAR, 2014).

La situación epidemiológica descrita plantea la necesidad impostergable del desarrollo de políticas en promoción de la salud y prevención que integren el componente bucal y la incorporación en el SNIS de las prestaciones odontológicas que atiendan las necesidades hoy presentes en la población. (UDELAR, 2014)

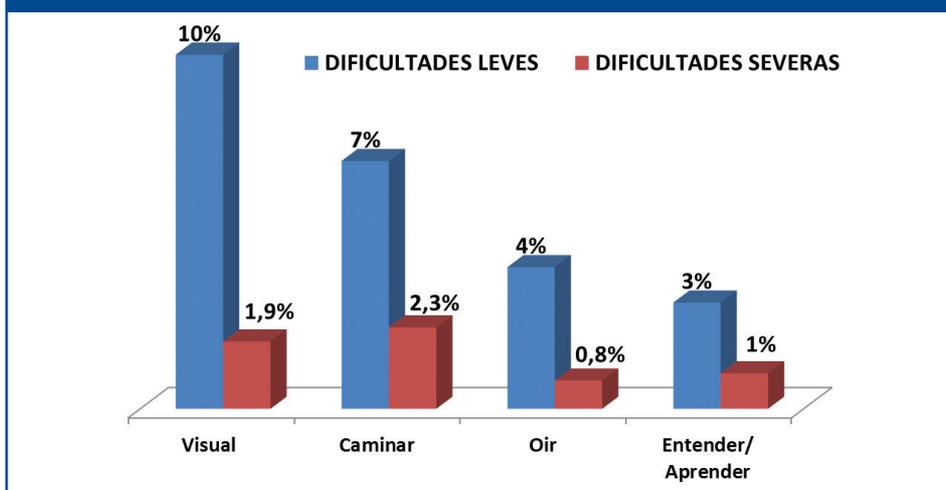
Discapacidades

El último censo realizado en Uruguay en el 2011 incluyó en el cuestionario preguntas específicas para relevar la condición de discapacidad con el objetivo de identificar a estas personas, según tipo de limitación y grado de severidad.

El censo mostró que el 17% de la población total declara tener al menos una discapacidad, lo que significa 517.771 personas (1 de cada 6 personas). De éstas, un 70,5% declaran tener una discapacidad leve, un 25% una discapacidad moderada y un 4,5% una discapacidad severa (23.433 personas). En la Gráfica 12 se especifican los tipos de discapacidad analizadas y el grado de dificultad.

21 CPO-D Índice Odontológico que contabiliza los dientes cariados, perdidos o restaurados. Total de dientes cariados, perdidos y obturados en población examinada / Total de personas examinadas

Gráfica 12. Distribución de los tipos de limitación y grados de severidad en Uruguay, 2013.



Fuente: Objetivos Sanitarios Nacionales. MSP. 2015

Con respecto a la distribución por sexo, se observa al igual que en el resto del mundo, que las mujeres están globalmente más afectadas (60% de esta población). Esta situación es independientemente del grado de deficiencia, siendo más notoria la diferencia por sexo en la deficiencia de grado moderado (63% de varones y 37% de mujeres).

1.1.3. Objetivos del Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho objetivos que abarcan una amplia gama de problemas y propone mejorar las condiciones de vida y el ejercicio de los derechos de todos los habitantes del mundo; se han convertido en la columna vertebral del trabajo de la comunidad internacional, principalmente del Sistema de Naciones Unidas definiendo la dirección de diferentes acciones y programas desde el 2000 hasta el 2015.

Aunque hubo un acuerdo a nivel mundial, algunos países (en particular aquellos que ya presentaban indicadores avanzados como Uruguay) decidieron establecer sus propias metas, más exigentes y adaptadas a cada realidad nacional.

Finalizando el período establecido para los ODM, los indicadores muestran avances importantes en Uruguay. Los promedios muestran, por ejemplo, que son menos las personas pobres, que aumentó y mejoró el empleo y que se redujeron considerablemente las muertes maternas e infantiles.

Sin embargo datos medios positivos, especialmente en el contexto de América Latina, muchas veces esconden tras de sí desigualdades importantes por cuestión de clase social, edad, género, etnia/raza o lugar de residencia. Aprender estas desigualdades permite mejorar la eficacia de las políticas públicas y enfocar los esfuerzos para superarlas. En la siguiente tabla se muestran los logros alcanzados y en la sección de Determinantes sociales de la salud se analizan con mayor nivel de profundidad diversos aspectos de los mismos.

Cuadro 2. Objetivos del Milenio. Metas y Logros. Uruguay 2015.

ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre		
Meta Mundial	Metas Nacionales	Logros
<p>1.A Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean menores a 1 dólar por día.</p>	<p>1.A Erradicar la indigencia y reducir a la mitad el porcentaje de personas pobres para el año 2015</p>	<p>1.A Considerando los ingresos de los hogares, la pobreza se redujo a menos de la mitad respecto al año base 1990 (28,2), habiéndose superado la meta: alcanzó a 9,7 % de las personas en todo el país, en 2014. Por su parte la indigencia se ha reducido a niveles mínimos (0,3 % de las personas en todo el país en 2014). Se puede afirmar que esta meta está siendo alcanzada. Estos logros son particularmente significativos si se tienen en cuenta los guarismos de pobreza e indigencia registrados en el año 2004 (39,9 y 4,7 respectivamente).(INE, 2014)</p>
<p>1.B Alcanzar pleno empleo productivo y trabajo decente para todos, incluyendo las mujeres y los jóvenes.</p>	<p>1.B Reducir la tasa de desempleo global y femenina a menos del 9%; y la tasa específica de desempleo de los trabajadores del 1er. quintil y de los jóvenes a menos del 15%.</p> <p>Reducir la falta de cobertura de la seguridad social entre el total de ocupados a menos del 25% y la de los ocupados del 1er. quintil a menos del 50%</p>	<p>1.B Considerando las tasas de desempleo global en el 2012 se alcanzó y superó la meta propuesta con una tasa de desempleo de 6,6 (5,1% en hombres y 8,6% en mujeres). Aunque recientemente se registra un leve aumento que llegó a 8,04% en septiembre del 2015. (INE, 2015)</p> <p>Tomando en cuenta a la población por debajo y por encima de la línea de pobreza el desempleo se ubicó 18,8 por ciento y 5,7 por ciento respectivamente¹.</p> <p>La falta de cobertura de la seguridad social entre el total de la población se redujo en el 2014 a 24,9 y la de la población por debajo de la línea de pobreza a 69,9%. El país está realizando el proceso de formalización del empleo más grande de toda su historia. Los esfuerzos están ahora enfocados en profundizar la reducción de la informalidad en algunas actividades específicas y entre los ocupados de baja calificación.</p>
<p>2. Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que sufren de hambre</p>	<p>2. Reducir el porcentaje de niños menores de cinco años con déficit nutricional a sus valores mínimos.</p>	<p>2. La información disponible, correspondiente a los menores de 2 años, muestra avances, aunque lentos, en los dos indicadores. Uruguay tiene sus mayores problemas en la obesidad y el retraso de talla y no presenta dificultades en lo que refiere a déficit de peso y emaciación (delgadez extrema). (MIDES, 2013)</p> <p>A pesar de los avances se han constatado cifras de inseguridad alimentaria severa de 4,3% en los menores de 4 años y 8,9 % inseguridad alimentaria moderada.</p>

22 Con datos 2014 ECH 16,5% de los jóvenes de 14 a 29 años no estudian ni trabajan, 31,9 % estudia y no trabaja, 39% trabaja y no estudia, 12,3% estudia y trabaja.

ODM 2. Lograr la enseñanza primaria universal		
Meta Mundial	Metas Nacionales	Logros
<p>3. Asegurar que para 2015, todos los niños y niñas tengan la posibilidad de culminar un ciclo completo de enseñanza primaria.</p>	<p>3. Universalizar la educación inicial y la educación media obligatoria y expandir la educación media superior</p>	<p>3. Entre niños de entre 3 y 5 años la asistencia es de 85,4 % y entre 6 y 11 años es de 99,3. (INE, 2014) La asistencia de niños de 4 y 5 años a educación inicial es prácticamente universal (INEEd, 2014). Por otra parte se logró disminuir la repetición en primaria de 10,3% en 2002 a 5,4% en 2013. Respecto a la educación secundaria se destaca la mejora de los registros tanto en educación media básica como media superior. Se llegó según la última encuesta de hogares (2014) a 91% de hombres y 93% de mujeres de 14 años que declaran estar estudiando y en el grupo de 15 a 17 años a un 76% para los hombres y 84% para las mujeres. A su vez mejoraron en los dos niveles de educación media los índices de finalización. La proporción de jóvenes de 21 a 23 años que finalizó el ciclo básico pasó de 67,3% en 2006 a 71,5 en el 2013. La proporción de jóvenes de entre 24 y 29 años que finalizó media superior pasó de 33,8% en 2006 a 39,3% en 2013, para todo el país. Si bien han mejorado, las tasas de finalización de la educación media básica y superior siguen siendo muy bajas, sobre todo cuando se las analiza en el contexto regional.</p>
ODM 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer		
Meta Mundial	Metas Nacionales	Logros
<p>4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines del 2015.</p>	<p>4. Eliminar las disparidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados</p>	<p>4. Se están verificando avances importantes en la materia con una tendencia positiva, reduciéndose la brecha entre hombres y mujeres a los menores valores registrados en las tasas de actividad, en las tasas de desempleo y en los niveles de remuneración. (MIDES, 2013) A pesar de estas mejoras persisten aún importantes brechas de género. Las tasas de actividad de las mujeres se mantienen por debajo de las de los hombres en aproximadamente veinte puntos porcentuales y los niveles de desempleo femenino continúa siendo superior a los masculinos (8,4% vs. 5,1% para el año 2014). Hubo una leve mejoría en la participación en cargos políticos electivos con la aplicación de la denominada “Ley de cuotas” a partir de 2014, pasando de 14% de representación parlamentaria a 18,5% (9 mujeres en la cámara de senadores en un total de 31 y 15 en diputados en un total de 99). Sin embargo la participación femenina en los niveles de representación y gestión político-institucional sigue siendo muy baja.</p>

ODM 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años		
Meta Mundial	Metas Nacionales	Logros
5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	5. Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años	5. La mortalidad infantil (menores de 1 año) y la mortalidad de los menores de 5 años se han reducido en forma significativa. La tasa de mortalidad infantil se situó en el 2014 en 7,8 por mil. Aunque no se logró la meta para la mortalidad en niños menores a 5 años, la tasa pasó de 23,4 en 1990 a 10 cada mil en el 2014.
ODM 5. Mejorar la Salud Materna		
Meta Mundial	Metas Nacionales	Logros
6.A Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	6.A Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.	6.A La Mortalidad Materna del país es la más baja de la Región y mantiene una tendencia descendente con variaciones importantes debidas a un pequeño número de casos. La razón pasó de 42 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 16 cada 100.000 en el 2014.
6.B Alcanzar para 2015, acceso universal a la salud reproductiva	6.B Cobertura y acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de equidad para hombres y mujeres.	6.B Uruguay proporciona cobertura total a mujeres y hombres en esta materia como uno de los objetivos logrados de la reforma del sistema de salud. Sin embargo, el acceso aún no se ha universalizado, como muestran algunos indicadores relevantes tales como la captación de embarazos según trimestre de gestación (MIDES, 2013). La Ley de Salud Sexual y Reproductiva y la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, han sido avances en materia de derechos.
ODM 6. Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras		
Meta Mundial	Metas Nacionales	Logros
7.A Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	7.A Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA.	7.A A partir del año 2007 Uruguay muestra signos de haber comenzado a revertir la expansión del SIDA, no así el número de casos notificados de VIH positivos que continúa en aumento.
7.B Alcanzar a 2010 acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.	7.B Lograr para 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten.	7.B A partir de la creación del SNIS existe una nueva política nacional de medicamentos que ha contribuido al logro de la meta en materia de cobertura de tratamiento anti-retroviral.

<p>8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del Paludismo y otras Enfermedades graves.</p>	<p>8. Detener y comenzar a revertir la incidencia de la Malaria y otras enfermedades importantes.</p>	<p>8. Se han reducido en forma sostenida los casos de Quiste hidático a lo largo de todo el período y los de hepatitis, especialmente en los últimos años; por su parte, los casos de Tuberculosis se mantienen bajo control. (MIDES, 2013) El país logró detener hasta el momento la existencia de casos de Dengue y Chikungunya autóctonos y de brotes epidémicos de estas enfermedades.</p>
<p>ODM 7. Garantizar la sustentabilidad ambiental</p>		
<p>Meta Mundial</p>	<p>Metas Nacionales</p>	<p>Logros</p>
<p>9.A Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.</p>	<p>9.A Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.</p>	<p>9.A Uruguay ha firmado y ratificado todos los convenios internacionales en materia de desarrollo sostenible y ha incorporado explícitamente estos principios en su marco legal y en sus políticas públicas, en una gran diversidad de áreas, cumpliendo así con la meta definida. En la política energética el país está avanzando en forma sostenida en la incorporación de energías renovables y en la diversificación de su matriz energética. En materia de gestión de los residuos sólidos urbanos, Uruguay está implementando la ley de envases, instalando plantas de reciclado y ha iniciado un proceso tendiente a conformar un Sistema Nacional de Gestión Integral de Residuos. En lo que respecta a las emisiones de gases de efecto invernadero, Uruguay ha ampliado su condición de captor de carbono. En la protección de la capa de ozono, ha logrado cumplir con el objetivo de eliminar las importaciones de CFC al 1° de enero de 2010.</p> <p>Existe una preocupación creciente por un conjunto de problemas ambientales vinculados a la contaminación del agua.</p>
<p>9.B Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida.</p>	<p>9.B Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida.</p>	<p>9.B Uruguay en los últimos años ha desarrollado marcos legales ambientales cuyas normas brindan una plataforma para avanzar en la conservación de la biodiversidad y en los valores culturales asociados, destacándose el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SNAP). El avance de la frontera agrícola y la consiguiente reducción del área de pradera natural plantea nuevos retos en la materia.</p>
<p>10. Reducir a la mitad para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.</p>	<p>10. Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable, y reducir a la mitad aquella sin acceso al saneamiento.</p>	<p>10. Uruguay cuenta con agua potable de calidad en todo el territorio nacional. Su disponibilidad por cañería en el interior de las viviendas es casi total, reduciendo esta carencia a niveles mínimos (1,6 % de las personas), por lo que es una meta lograda por el país. La cobertura de las redes de saneamiento ha avanzado, reduciéndose la proporción de hogares de localidades de 5 mil y más habitantes sin conexión a red de saneamiento del 40% en 1991 al 30% en 2012. El país está realizando importantes inversiones en dirección al logro de la meta (20%). En el último período se han incrementado las preocupaciones respecto a la afectación de algunas fuentes hídricas del suministro de agua.</p>

<p>11. Haber mejorado considerablemente para el año 2020 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.</p>	<p>11. Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas residentes en condiciones habitacionales precarias (cantegriles, tugurios, asentamientos irregulares)</p>	<p>11. Uruguay continúa realizando importantes esfuerzos para la reducción de la cantidad de personas residentes en condiciones habitacionales precarias. Entre 2006 y 2011 disminuyó</p> <p>8% la cantidad de personas residentes en asentamientos irregulares y 11% la cantidad total de asentamientos en el país. En cuanto a las situaciones de hacinamiento, éstas han disminuido en forma constante a lo largo de todo el período, encontrándose muy próximas a la meta. En los hogares con niños menores de 4 años persiste una fuerte prevalencia del hacinamiento, con 1 de cada 4 hogares viviendo en estas condiciones.</p>
---	--	---

1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

La salud individual y colectiva depende de un conjunto de determinantes, políticos, sociales, económicos, culturales y ambientales. A continuación se analizarán los aspectos destacados de los mismos en el Uruguay.

1.2.1. Determinantes políticos

Desde la restauración democrática en 1985, Uruguay ha mantenido una estabilidad democrática con rotación de partidos políticos en el gobierno, destacándose en la región por su alta participación ciudadana en los procesos electorales que garantizan resultados transparentes. Tiene uno de los porcentajes más altos de satisfacción con la democracia como forma de gobierno (PNUD, 2014). De acuerdo a un informe reciente del Banco Mundial, Uruguay ha avanzado en eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado y se ubica entre los países mejor evaluados de América Latina en ese plano. Se ubica también entre los primeros lugares de la región en relación con diversas medidas de bienestar, como el Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Oportunidad Humana y el Índice de Libertad Económica.

El país se encuentra cursando el tercer período de gobierno consecutivo del Frente Amplio que por primera vez asumió esta responsabilidad en el año 2005. Esto marcó un hito histórico de la vida política del país, que durante décadas había alternado el gobierno entre los dos partidos tradicionales, Partido Colorado y Partido Nacional.

La confianza de la ciudadanía en las instituciones políticas en Uruguay (partidos políticos, Parlamento, Estado) es relativamente alta comparada con el resto de los países de la región, así como la prevalencia de vínculos de representación construidos a partir de orientaciones programáticas, y no de otras formas de tipo clientelar. Esto se traduce en la expectativa de que el programa político se materialice a través de la implementación de políticas públicas, mediante mecanismos institucionalizados (PNUD, 2014).

Desde el 2005 la agenda legislativa ha sido muy visible en términos de la aprobación de nuevas leyes que consagran derechos como la de matrimonio igualitario, despenalización del aborto, ley de cuotas, discriminación positiva para población afro descendiente en la administración pública.

No obstante el país exhibe brechas de representación, fundamentalmente en términos de participación política de las mujeres. Las mujeres uruguayas han tenido una representación históricamente baja en la vida política del país. En la legislatura 2010-2014 la representación fue sólo del 14,1% (Naciones Unidas Uruguay, 2014). A pesar de la entrada en vigencia de la Ley N° 18.476 (2009)²³, su aplicación en el 2014 solo logró la elección de 9 mujeres en la cámara de senadores (en un total de 31) y 15 en diputados (en un total de 99).

En lo que refiere a la participación de los jóvenes, los datos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud, 2008 muestran que la misma se concentra en temáticas específicas. El tipo de organizaciones en que participan los jóvenes incluyen: las artísticas, culturales o educativas en un 43% de los casos, en segundo lugar las organizaciones de tipo religioso con un 25 % y deportivas o recreativas con un 22%. En último lugar están las organizaciones con fines humanitarios con un 17% y otros como sindicatos, partidos políticos, organizaciones ambientalistas y asociaciones de profesionales con un 12% (INJU, 2013).

El voluntariado se presenta como una herramienta creciente en el país.

Algunos temas políticos han concitado una mayor participación de los jóvenes. En particular puede destacarse la participación juvenil en los debates sobre una propuesta de reforma constitucional para bajar la edad de imputabilidad penal de 18 a 16 años, que fue finalmente rechazada por un Plebiscito Nacional con el voto en contra del 53% de la ciudadanía. Ha sido un ejemplo de la capacidad de los jóvenes uruguayos para movilizarse e ingresar en la agenda nacional con temas que les resultan relevantes.

Uruguay exhibe bajos porcentajes de percepción de corrupción en los índices internacionales (Transparencia Internacional, Barómetro Global de Corrupción de Transparencia Internacional), situándose primero en la región y tercero en el conjunto de los países americanos. Cuenta con un órgano de control en la materia, la Junta de Transparencia y Ética Pública.

Un avance sustantivo en materia de Derechos Humanos fue la creación de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDHH) por la Ley N° 18.446, el 24 de diciembre de 2008, que posibilita el monitoreo independiente de la situación de los derechos humanos en el país.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) creado en 2005 se ha convertido en el principal organismo responsable de las políticas de igualdad de género.

La discriminación por razones de orientación sexual sigue existiendo afectando a los colectivos LTBG tanto en el plano laboral como social. Desde el MIDES se ha promovido políticas afirmativas para la inclusión laboral de los travestis procurando revertir la exclusión en este sector. La movilización creciente de estos colectivos ha ido generando mayor respaldo ciudadano. Un avance significativo y simbólico en la agenda de derechos fue la aprobación parlamentaria de la ley 19.075 de matrimonio igualitario que reconoce como legítimos los matrimonios entre personas del mismo sexo.

²³ Ley N° 18.476, 2009. Estableció por única vez la obligación de incluir personas de ambos sexos en cada terna de candidatos de las listas electorales de los comicios

1.2.2. Determinantes económicos

En los últimos años Uruguay ha tenido los mejores resultados económicos de su historia contemporánea, en el marco de una coyuntura internacional favorable hasta el 2008 y en una situación de crisis internacional desde esa fecha. En julio de 2013, el Banco Mundial clasificó a Uruguay como un país de renta alta con un ingreso nacional bruto per cápita de US\$16.640 al 2014. Con un crecimiento promedio anual del 5,2 % entre 2006 y 2014, el buen desempeño económico de Uruguay ubica al país como una de las economías latinoamericanas que más creció en el período y la de mayor renta per cápita de Sudamérica.

Uno de los rasgos distintivos del crecimiento fue el dinamismo de la **inversión**. El incremento de la tasa de crecimiento promedio de la Formación Bruta de Capitales Fijo (FBKF) pasó de 5,2% en el ciclo 1990-1998 a 9,9% en los últimos 10 años²⁴.

En lo que respecta a Inversión Extranjera Directa (IED), Uruguay ha mejorado sustancialmente respecto a sus registros históricos, lo que permitió posicionarse entre los primeros receptores de IED en América del Sur en la última década (5,6 % del PBI en promedio anual) (Uruguay XXI, 2015).

Este crecimiento se explica no solo por el dinamismo de las inversiones sino también por un aumento de la **productividad** que según se verifica en la Productividad Total de los Factores (PTF) que pasó de 1,4% en el período 1990-1999 a 3,6% en el período 2005-2014, explicando más de la mitad del aumento del PBI para esos períodos.

El crecimiento del mercado interno resultante de los aumentos del **salario real**, las políticas redistributivas y de desarrollo social han sido un factor importante para el crecimiento económico, y también para los avances en desarrollo humano, aun en el periodo posterior a la crisis internacional de 2008.

En cuanto a los mercados de **exportación**, estos se han diversificado con el fin de reducir la dependencia de sus principales socios comerciales y actualmente el 77% de las exportaciones se dirigen a 15 mercados distintos.

Uruguay es históricamente un país de alta **inflación** aunque la misma se mantiene por debajo del 10% anual. Según el BCU, el déficit fiscal de Uruguay alcanzó 3,5% del PBI en 2014 (Naciones Unidas Uruguay, 2014).

Existe un amplio acuerdo entre los analistas acerca de que el contexto internacional será menos favorable para el país en los próximos años. Algunos de los factores que se deben tomar en cuenta son la reducción de los precios de los bienes exportados, el aumento de la tasa de interés en EEUU y la previsión de que la región presentará escaso dinamismo. Entre las fortalezas que tiene Uruguay para enfrentar este contexto están el buen perfil de la deuda pública, la obtención del grado inversor, la reducción de la dependencia de la región en su relación con los mercados internacionales y el crecimiento del mercado interno por el mayor poder adquisitivo de la población.

²⁴ Proyecto de Ley presupuestal 2015 presentado por el Poder Ejecutivo

Cuadro 3. Principales indicadores económicos 2009 - 2014

Indicadores	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PBI (Var % Anual)	4,2%	7,8%	5,2%	3,3%	5,1%	3,5%
PBI (Millones US\$)	31.661	40.285	47.962	51.385	57.525	57.471
Población (Millones personas)	3,38	3,40	3,41	3,43	3,44	3,45
PBI per Cápita (US\$)	9.372	11.860	14.054	14.996	16.722	16.640
Tasa de Desempleo - Promedio Anual (% PEA)	7,7%	7,2%	6,3%	6,5%	6,5%	6,6%
Tipo de cambio (Pesos por US\$, Promedio Anual)	22,6	20,1	19,3	20,3	20,5	23,2
Tipo de cambio (Variación Promedio Anual)	7,7%	-11,1%	-3,7%	5,2%	0,8%	13,5%
Precios al Consumidor (Var % acumulada anual)	5,9%	6,9%	8,6%	7,5%	8,5%	8,3%
Exportaciones de bienes y servicios (Millones US\$)	8.711	10.719	12.868	13.398	13.638	13.595
Importaciones de bienes y servicios (Millones US\$)	8.191	10.089	12.779	14.685	14.848	14.511
Superávit / Déficit comercial (Millones US\$)	520	630	89	-1.287	-1.210	-917
Superávit / Déficit comercial (% del PBI)	1,6%	1,6%	0,2%	-2,5%	-2,1%	-1,6%
Resultado Fiscal Global (% del PBI)	-1,6%	-1,1%	-0,9%	-2,7%	-2,3%	-3,5%
Formación bruta de capital (% del PBI)	18,7%	19,1%	19,1%	22,2%	21,8%	21,4%
Deuda Bruta (% del PBI)	72,6%	59,4%	56,3%	60,6%	57,6%	60,5%
Inversión Extranjera Directa (Millones US\$)	1.529	2.289	2.504	2.536	3.032	2.731
Inversión Extranjera Directa (% del PBI)	4,8%	5,7%	5,2%	4,9%	5,3%	4,7%

Fuente: Inversión Extranjera Directa en el Uruguay. 2015. Uruguay XXI

1.2.3. Determinantes sociales

La transformación de la salud en Uruguay se inició conjuntamente con el desarrollo de políticas sociales integrales.

En ese plano se produjo una respuesta a la emergencia social a través del PANES, Plan de Emergencia Social, avanzando luego con el Plan de Equidad hacia la construcción de una matriz de protección social.

Esta reforma social incorporó políticas universales en las principales áreas de la cuestión social, combinándolas con políticas focalizadas en sectores prioritarios y generando vínculos transversales y armónicos entre las mismas.

Pobreza e indigencia

El Estado uruguayo aumentó en forma sostenida los recursos para las políticas sociales. En 2004 el gasto social representaba el 19,5% del PBI mientras que en el 2011 esa cifra llegó a 24,1 % de un PBI que creció sustantivamente en los últimos doce años (una variación anual promedio de 5%).

Esta jerarquización de las políticas sociales tuvo su traducción institucional en la creación del Ministerio de Desarrollo Social y del Gabinete Social que articulan los diferentes lineamientos sectoriales.

El Plan de Emergencia Social y el Plan de Equidad desarrollaron un conjunto de programas sociales entre los que pueden mencionarse las transferencias no contributivas vinculadas al cumplimiento de condiciones en materia de salud y educación (asignaciones familiares y salario ciudadano para familias con niños en situación de indigencia), tarjeta alimentaria para responder a las necesidades nutricionales

básicas, promoción de trabajo juvenil y femenino, universalización de la educación inicial y educación física.

Uruguay logró abatir **la pobreza medida por ingresos** de 39,9% de la población urbana en 2004 a 9,7% en 2014, casi un millón de personas salieron de la pobreza. Según la línea de pobreza de CEPAL (que es más baja que la del INE) la pobreza en áreas urbanas bajó de 20,9% en 2004 a 5,7 % en 2013.

Influyeron en este proceso las mejoras sustantivas en el empleo, con un descenso de la tasa de desempleo a niveles nunca alcanzados desde que se llevan registros (6%) y un incremento en la formalización del empleo con mayor acceso a la Seguridad Social. La reinstalación de los Consejos de Salarios, el incremento relevante del Salario Mínimo Nacional (80 U\$S en 2005 y 334 U\$S en 2015), el aumento del Salario Real Promedio (47% en la década) contribuyeron a ese descenso de la pobreza. La **indigencia o pobreza extrema** descendió de 4,7% en 2004 a 0,3% en 2014.

Más allá de los importantes avances mencionados, subsisten notorias asimetrías entre los distintos grupos de edad y contingentes étnico-raciales.

Uruguay continúa siendo el país con mayor asimetría de América Latina entre los hogares con **niños y adolescentes** y el resto de la población. Un tercio de los niños menores de 3 años está en condición de pobreza aún hoy. Niños y adolescentes son la cuarta parte de la población uruguaya pero son casi la mitad de las personas en situación de pobreza (49,6%). La pobreza en niños menores de 15 años es 14 veces más alta que en los mayores de 65 años, según datos de CEPAL 11,5% y 0,8% respectivamente. La concentración de la pobreza en la infancia se traduce en peores indicadores en el desarrollo y en la salud. Aunque algunos indicadores como la mortalidad infantil (7,8 en 2014) son muy buenos, otros como la desnutrición crónica, el sobrepeso y obesidad, la anemia, la sífilis connatal, los estímulos al desarrollo en la primera infancia, son problemas críticos del país como se señaló en el apartado de análisis epidemiológico.

La pobreza infantil constituye el principal problema social del Uruguay de hoy, con vínculos transversales con la problemática de la educación, la salud, la alimentación, el hacinamiento, los espacios públicos, la violencia doméstica, la convivencia y más en general, del desarrollo del país.

Con relación a las **desigualdades étnico-raciales** se debe señalar que entre las personas que se declaran afrodescendientes la incidencia de la pobreza está 12 puntos porcentuales por encima de la observada entre quienes se declaran de ascendencia blanca.

Si bien las **brechas de género** con respecto a la incidencia de la pobreza no son significativas en Uruguay (9.4% en varones y 9.9% en las mujeres para 2014), éstas aumentan en el tramo de 18 a 49 años, vinculado a la etapa reproductiva femenina. Este hecho da cuenta que las mujeres son más vulnerables a la pobreza que los varones, como resultado de las inequidades asociadas a la función y las tareas reproductivas. No obstante, cabe señalar que al comparar los datos de 2009 y 2013 se advierte una disminución de esas brechas (INMUJERES, 2013a). La propuesta del Sistema de Cuidados se plantea como una oportunidad para reducir estas diferencias entre mujeres y varones generando mayor equidad. Esta propuesta también representa una oportunidad para mejorar la situación de los hogares con niños y niñas pequeños.

Los indicadores de **desigualdad en la distribución del ingreso** también muestran una tendencia positiva pero en menor proporción que los de pobreza e indigencia. Tomando en cuenta la evolución del Coeficiente de Gini, Uruguay ha logrado en los últimos años los niveles más bajos de desigualdad de las últimas dos décadas: 0.379 en 2012 y 0.381 en 2014 frente al 0.455 de 2006 (INE, 2015 pág. 42). Otros indicadores de desigualdad muestran una evolución similar. En 2014 el decil de menores ingresos de la población se apropia del 2.7% del ingreso total mientras el decil más rico captura 27.2%, mientras en 2006 captaban, respectivamente, 2.2% y 32.4% (INE, 2014 pág.42). Investigaciones del Instituto de Economía de la Udelar (basadas en datos DGI) mostraron una menor captación de los ingresos del capital en la metodología utilizada (ECH) para elaborar el Índice de Gini, lo que implica que los niveles de desigualdad son mayores que los registrados por esa vía. En particular la participación del 1% de mayores ingresos en el conjunto no desciende sino que se mantiene constante (12 a 14% del ingreso total) a lo largo del período (Burdín et al, 2014).

Si se toman otras formas de medir la pobreza como las **Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)**, el último Censo (2011) muestra que 34% de la población tiene por lo menos una necesidad básica insatisfecha. La mejora en los ingresos no ha resuelto por sí sola, las carencias críticas de la calidad de vida de la población, gestadas durante muchos años y drásticamente agravadas en el período de crisis. La fractura social que significa la segregación territorial continúa. Mientras Montevideo presenta un 26,8% con NBI en Artigas la cifra sube a 54%. Dentro de la capital, los barrios de la costa y el centro tienen indicadores de NBI sustancialmente menores que los de la periferia.

Violencia

La **inseguridad** preocupa a la opinión pública uruguaya, desde hace ya varios años. Si bien el país mantiene una posición privilegiada en la región con una de las tasas de homicidios más bajas, existen indicadores que preocupan al gobierno y a la sociedad en su conjunto ya que parece existir una tendencia al crecimiento de los delitos violentos. Esto se observa tanto en el aumento de las rapiñas como en el crecimiento de las denuncias por violencia doméstica.

Esta última es considerada en Uruguay el delito más frecuente después del hurto.

En el país casi 7 de cada 10 mujeres han vivido violencia basada en género en algún momento de sus vidas (física, sexual, psicológica y/o patrimonial) (MIDES, INMUJERES, 2013). La violencia de género afecta mayormente a las mujeres jóvenes, en particular a quienes tienen entre 19 y 29 años; es mayor en las mujeres que declaran ascendencia afro y en quienes viven en la región sureste del país. Se manifiesta en todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos.

Los **niños y las niñas son víctimas de violencia** como testigos de la violencia familiar y como víctimas de la violencia directa en su contra. La violencia directa hacia los niños y niñas es un fenómeno muy extendido en el Uruguay. Según un estudio realizado por UNICEF, el 54,6 % de los adultos ejerció algún tipo de violencia hacia sus niños, 50.1% violencia psicológica, 25% violencia física y casi el 3% violencia física severa (UNICEF, 2014). Las historias de violencia explican buena parte de las separaciones e internaciones judiciales de los niños (41,7% entre los niños de 6 y 11 años – Observatorio Sistema Judicial, 2013).

El número de niños y niñas bajo tutela del INAU es muy significativo; aproximadamente 4.000 niños y niñas se encuentran en hogares de 24 horas, colocando a Uruguay en cuarto lugar en la región con relación al número de niños y niñas institucionalizados por protección, cada 100.000 niños.

La **explotación sexual infantil** es otro tema que preocupa a las autoridades, de acuerdo a los datos del Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia (CONAPEES), durante el 2014 el Programa de Atención a Situaciones de Trata y/o Explotación Sexual atendió 110 casos en todo el país. El 91% son niñas, entre las cuales el 35% son menores de 14 años.

En el sistema penal juvenil los datos del Poder Judicial muestran un uso excesivo de la **privación de la libertad**, como medida preventiva y como sanción definitiva, y un muy escaso desarrollo de las penas alternativas. Una situación similar existe en relación con la población adulta. Por otra parte, si bien el sistema de responsabilidad penal juvenil viene realizando esfuerzos por adecuar sus instalaciones para la privación de libertad, en un número aún importante de casos las condiciones de reclusión no se adecúan a los estándares mínimos de derechos humanos (Naciones Unidas Uruguay, 2014).

Una campaña para reformar la Constitución bajando la edad de imputabilidad juvenil a los 16 años fue rechazada por la ciudadanía, entre otros argumentos por estigmatizar a los jóvenes asociándolos al delito y por no constituir una verdadera solución al problema de la inseguridad.

Desde el gobierno se procuró replantear el tema de la inseguridad desde una perspectiva más integral, sin reducirlo a un problema policial, a través del lanzamiento de la estrategia por la vida y la convivencia. Esta iniciativa recolocó el tema desde una perspectiva que incluye las distintas formas de violencia que existen, la doméstica, la de género, la del deporte, la del tránsito, convocando a una transformación cultural y social que construya una convivencia diferente. El desarrollo de esta estrategia se tradujo en el “Plan 7 zonas”, que impulsó un cambio en los contextos de la convivencia en barrios priorizados de Montevideo y Canelones, logrando descender los niveles de violencia en ellos y generando diversas iniciativas que mejoraron la calidad de vida.

Educación

La Educación es una de las áreas centrales en la que es necesario hacer intervenciones para generar una mejora del desempeño. La preocupación gubernamental ha estado acompañada por un aumento del presupuesto público destinado a la educación que pasó de 3.2% del PBI en 2005 a 4.8% en 2013, posibilitando la expansión de la educación para la primera infancia y la educación inicial, el incremento del tiempo pedagógico en la educación primaria pública. La oferta de educación de tiempo completo, pasó de 102 Escuelas de Tiempo Completo en 2004 a 191 en 2013. También cabe señalar la introducción de programas de acompañamiento en educación primaria y media y la diversificación/descentralización territorial de la educación (INEEd, 2014).

El país tiene indicadores históricos de alfabetización cercanos al 100%. Según la última Encuesta Continua de Hogares, el 71,4 por ciento de niños de 0 a 2 años no asiste a ningún centro, lo que estaría siendo abordado desde la propuesta del Sistema Nacional de Cuidados. Entre los 3 y 5 años la asistencia alcanza el 85,4 por ciento, y entre los 6 y 11 años la asistencia a un centro educativo es prácticamente universal (99,3 %).

Se destacan como logros principales con relación a la inclusión educativa, la universalización de la educación inicial en las edades de 4 y 5 años, y en el caso de primaria merece especial destaque la progresiva reducción de la repetición a lo largo de la última década: de 20,1% en 2002 a 13,4% en 2013 en primer año de escuela y de 10,3% en 2002 a 5,4% en 2013 en el conjunto de la Primaria. De todas maneras la calidad de los aprendizajes y las condiciones en que los niños egresan de Primaria son motivo de preocupación.

En la Educación Media ha habido una leve mejora de los registros de finalización en la Educación Media Básica y Superior. En el total del país, la proporción de jóvenes de 21 a 23 años con educación media básica completa alcanzó en 2013 el 71,5% (era 67,3% en 2006). En localidades urbanas de más de 5.000 habitantes esa proporción ha sido de 69,4% en 2006, 73,4% en 2012 y 73,5% en 2013. En Educación Media Superior se pasó, en el grupo de edad de entre 24 y 29 años, de 33,8% en 2006 a 39,3% en 2013, para todo el país. En el país urbano la culminación ha sido de 33,2% en 1991, 35% en 2001, 36,1% en 2006, 42,5% en 2012 y 42,3% en 2013.

Las tasas de egreso de la Educación Media Básica y Superior, los aprendizajes insuficientes y la significativa disparidad en los resultados preocupan al gobierno y a la sociedad.

Según datos de la última ECH, si se considera el grupo de personas de 14 años, se observa que el 92,2 por ciento de ellos declara estar estudiando, en tanto este guarismo desciende al 17,3 por ciento, cuando se considera al grupo de 26 a 29 años de edad. El quiebre se observa entre los niveles educativos Media Superior y Terciaria. La asistencia a la educación del grupo de personas de 18 a 25 años es la mitad de la del grupo 15 a 17.

Es clara, a su vez, la diferencia al realizar la apertura por sexo; independientemente del grupo etario que se considere las mujeres asisten más a la educación que los hombres, en tanto la proporción de hombres que trabaja siempre es mayor que la de las mujeres. El 12,3 por ciento de los jóvenes declaran estudiar y trabajar, mientras que el 16,5 por ciento no trabaja y no estudia.

A su vez, es importante indicar que el 53,7 por ciento de las personas del grupo etario 14 a 29, que no estudia ni trabaja, declara realizar los quehaceres del hogar. También aquí se marcan importantes diferencias de acuerdo al sexo de la persona; mientras entre las mujeres declaran hacerlo el 72,7 por ciento, entre los hombres esta proporción desciende al 19,6 por ciento.

La disparidad en los logros educativos entre distintos grupos de población, es otro motivo de preocupación, en particular, las brechas en las tasas de egreso de la educación media superior. Mientras que en los jóvenes de 21 y 22 años del quintil de más altos ingresos el 72.2% finalizó la Educación Media Superior, apenas el 9.6% de los del quintil más pobre lo logró. En tanto el 39.7% de los jóvenes no afrodescendientes egresó de la Educación Media Superior, solo 16% de los afrodescendientes culminó este tramo.

Con relación a la Educación Terciaria, en los últimos años se observa un incremento del número de estudiantes así como de egresados asociado a la ampliación institucional, diversificación y descentralización territorial de la oferta. Uno de los hitos recientes fue la creación en 2013 de la Universidad Tecnológica (UTECH), la segunda universidad estatal en la historia del país desde que fuera creada la Universidad de la República (UdelaR) en 1849. Por otra parte, el proceso de ampliación de la oferta de la UdelaR en el interior del país, así como de las universidades privadas, ha contribuido a reducir la brecha en el acceso a la educación terciaria entre Montevideo y el interior.

Trabajo

Luego de la crisis del 2002, se registraba en Uruguay un importante deterioro de los principales indicadores del **mercado laboral**. Estos se han venido revirtiendo en conjunto con todos los indicadores económicos del país. En el 2011 el desempleo mostró una baja histórica llegando al 6,5 % y desde ese año la tasa de empleo se mantiene oscilando alrededor del 60%. Otro cambio importante en el mercado laboral fue el aumento en la formalidad del trabajo. Este indicador pasó de 41 % de trabajadores sin cobertura de la seguridad social en el 2004 a 24 % en el 2013. Ello se debe fundamentalmente a variaciones en los asalariados privados, a políticas del gobierno a través del Banco de Previsión Social y al crecimiento de la organización sindical de los trabajadores. Sin embargo persisten elevados índices de informalidad fundamentalmente entre los más jóvenes y en los sectores con mayor pobreza.

Es importante destacar que a pesar de estas mejoras persisten aún importantes brechas de género. Las tasas de actividad de las mujeres se mantienen por debajo de las de los hombres en aproximadamente veinte puntos y el nivel de desempleo femenino continúa siendo superior al masculino (8,4% vs. 5,1% para el año 2014).

Se constata claramente una **división sexual del trabajo**. Las mujeres disminuyen su participación en el mercado laboral a medida que aumenta la cantidad de menores de 13 años en el hogar pasando de 78,6% para aquellas sin hijos, a 61,6% para las que cuentan con 3 y más menores; sin embargo los varones la aumentan cuando existe por lo menos un menor de 13 años en el hogar (MIDES, INMUJERES, 2013). Según datos de la Encuesta de Uso del Tiempo 2013, se observa que dos tercios del tiempo de trabajo de las mujeres es dedicado al trabajo no remunerado (65%) y el tercio restante al remunerado (35%). En el caso de los varones, estas proporciones se invierten (INE, 2013).

Respecto a las **remuneraciones** en el mercado de trabajo, se produjo un incremento del 47% del salario real entre 2004 y 2014. Esta evolución promedio es resultado de comportamientos diferenciales a lo largo de la distribución, que producen variaciones en la desigualdad de las remuneraciones. A la desigualdad de ingresos acentuada por el período de crisis entre el 2000 y 2004, se le sumó un aumento del ingreso laboral horario para los trabajadores de mayores ingresos en el comienzo de la recuperación económica determinando mayor desigualdad. Recién a partir del 2007 se constata una importante recuperación en la parte más baja de la distribución que ha impactado en la mejora de los indicadores distributivos. Por primera vez en la historia del país se convocaron e hicieron funcionar los Consejos de Salarios para los trabajadores rurales y para las empleadas domésticas, lo que redundó en un incremento salarial mayor y mejores condiciones de trabajo para estos sectores.

Nuevamente es de destacar que existe una brecha salarial entre hombres y mujeres ya que el salario medio de las mujeres por hora trabajada sigue siendo inferior al de los hombres incluso para los sectores con mayor nivel educativo (16 y más años de educación) en que el ingreso de las mujeres es el 73% del de los varones.

Se puede mencionar como positiva la evolución de las mujeres que no perciben salario propio, que se ha reducido de 18,3% en el 2009 a 15,5% en el 2013. (MIDES, INMUJERES, 2013)

Vivienda

En el 2013 había 50.000 hogares propietarios (de vivienda y terreno) más que en 1996 (MIDES, 2013). Sin embargo se constata un descenso de esta **modalidad de tenencia** (que se identifica como la de mayor seguridad jurídica) frente a otras vías para acceder a la vivienda. Los hogares inquilinos han aumentado en 63.000 hogares y en una cifra similar los ocupantes con permiso, mientras hay 18.000 hogares más en la situación jurídica de mayor riesgo: propietarios solo de vivienda u ocupantes sin permiso.

Se ha reducido también la población que vive en **asentamientos irregulares**, asociado en parte a los procesos de regularización que generan una condición de mayor seguridad jurídica. Sin embargo, aún 165.000 personas viven en estas condiciones. La tasa de hacinamiento se redujo de 14,1 % en 2006 a 10,2 % en 2014, pero se mantienen grandes disparidades por territorio.

El informe del INE 2011 sobre NBI, afirma que las **necesidades básicas** con mayor nivel de insatisfacción en la población total son las relativas al confort (23,4%), la vivienda (14,5%) y la educación (8,6%), seguidas por el saneamiento (5,1%) y el acceso al agua potable (3,8%). La electricidad presenta un nivel de carencia muy bajo (0,7%). Es relevante la observación que en las NBI de vivienda se observa una brecha de más de 12 puntos de desventaja de la población afrodescendiente respecto de aquella que no lo es. Se afirma que el porcentaje de afrodescendientes con carencias, en cualquiera de los indicadores relacionados con vivienda, duplica al de los no afrodescendientes.

Entre 2006 y 2014 la cantidad de viviendas deterioradas disminuyó (48% a 37%) mientras las viviendas buenas aumentaron (39% a 54%). Sin embargo en 2014 casi la mitad de las viviendas tenían condiciones de habitabilidad inadecuadas en su materialidad.

1.2.4. Determinantes medioambientales

En los últimos años la sociedad uruguaya ha comenzado a mostrar mayor preocupación por la problemática medioambiental. Se han suscitado diversas situaciones que llegaron a la opinión pública como el debate por la instalación de las plantas procesadoras de celulosa, la posibilidad de comenzar emprendimientos de mega minería con la aprobación en el 2013 de la Ley de Mega Minería, problemas de contaminación en cuencas de agua del país, el manejo de los residuos sólidos, entre otros. Y antes, por el desarrollo del modelo actual de forestación.

El **tipo de producción primaria** con intensificación del uso de la tierra para ganadería y la expansión acelerada de la producción agrícola con productos como soja, sorgo, trigo; el aumento del uso de agroquímicos, han generado impactos sobre el medio ambiente (MGAP, 2011; Agostino, 2012). Estudios realizados recientemente revelan un deterioro de la **calidad del agua** en todo el país, siendo cada vez más frecuentes las floraciones de algas tóxicas y la mortandad de peces como producto de la contaminación acuática, incluso en ríos de gran caudal y alto poder de autodepuración, como el Río Uruguay y el Río de la Plata (Kruk et al. 2014; Bonilla et al, 2015). El represamiento de los cursos de agua para generar aguadas para el ganado y para riego de cultivos como el arroz, ligado al incremento del uso de agroquímicos, la erosión de los suelos y la degradación de la vegetación litoral, son algunos de los factores que contribuyen a comprometer la calidad del agua en las zonas rurales. En las zonas urbanas las principales causas de degradación son los efluentes industriales y domésticos y el inadecuado tratamiento de los residuos sólidos.

En el caso del Río Santa Lucía, que abastece de agua potable a la mitad de la población, la degradación de la calidad de sus aguas ha llevado a que en el transcurso del 2014 el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) elaborara un plan de acción para su recuperación. Esta misma estrategia podría ser adoptada en otras cuencas con similar problemática. En este sentido desde el MVOTMA se está impulsando el Plan Integrado para la Gestión de los Recursos Hídricos (PLANAGUA).

El manejo de los **residuos sólidos urbanos** continúa siendo un problema pendiente de resolución aunque han existido avances. Casi el 90% de los sitios de disposición final fuera del área metropolitana se encuentran en condiciones inadecuadas debido a su localización, forma de operación y/o falta de infraestructura. Se está avanzando en el diseño de una solución nacional para la valorización y disposición final de residuos que incluye una planta con generación de energía para el área metropolitana y la construcción de 16 rellenos sanitarios en el interior del país. El reciclado de los residuos para recuperar parte de su valor, facilitar su disposición final, generar puestos de trabajo y proteger el medio ambiente, ha comenzado con la instalación de un conjunto de plantas recicladoras en la capital, en el marco de la ley de envases, con la formación de cooperativas de clasificadores que las operan.

Respecto a la **generación de energía**, el país está inmerso en un proceso de planificación estratégico basado en una Política Energética con mirada de largo plazo aprobada por el Poder Ejecutivo en 2008. El crecimiento económico de la última década y el aumento del confort de la población han generado una demanda energética creciente. Tanto el gobierno como los agentes privados, han realizado importantes inversiones en el sector que totalizaron más de USD 7.000 millones entre 2010 y 2014. Esto ha significado que el país invierta por año, más del 3% del PBI en infraestructura energética. Se ha avanzado en términos de la incorporación de energías renovables dentro de la matriz energética. Uruguay es ya el país sudamericano con el mayor porcentaje de **energía renovable**, superando el 90% de su energía eléctrica y el 50% de la matriz energética total (electricidad, combustibles, energía para la industria, agro, transporte, residencias). En 2016 es el país del mundo con mayor proporción de energía eólica (30% de la electricidad) superando a Dinamarca (28%).

Con la ley de creación del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE) en el 2009, Uruguay ha avanzado en la coordinación de esfuerzos frente al riesgo de desastres. Este tipo de eventos ha aumentado su frecuencia a partir de los fenómenos asociados al cambio climático.

La población más carenciada es la que está expuesta en mayor medida a los problemas medioambientales con riesgos superiores frente a la contaminación del suelo y de las aguas, a las inundaciones y otros desastres naturales.

Las resoluciones del Acuerdo de París en la Cumbre sobre Cambio Climático realizada el 12 de diciembre de 2015 (COP 21) beneficiaron a países como Uruguay por el compromiso de los países desarrollados de asumir la “deuda climática”, por la defensa de la producción de alimentos y por la transferencia de recursos y tecnología para prevenir y mitigar los impactos del cambio climático.

2 || FUNCIÓN RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

2.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

Dentro del MSP existen varias Direcciones generales que detentan los principales roles de la Autoridad Sanitaria Nacional, Dirección General de la Salud (DIGESA), Dirección General de Secretaría (DIGESE), Junta Nacional de Salud (JUNASA), Dirección General de Coordinación (DIGECOOR); Instituto Nacional de Trasplantes (INDT).

La DIGESA participa en la generación de políticas de salud, estableciendo normas, controles para garantizar la seguridad sanitaria y el acceso oportuno a productos y servicios de salud. Elabora y propone la ejecución de planes, programas y proyectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud para toda la población. La vigilancia epidemiológica del país, la instrumentación y actualización de un sistema nacional de información y vigilancia en salud, son cometidos relevantes de esta Dirección general.

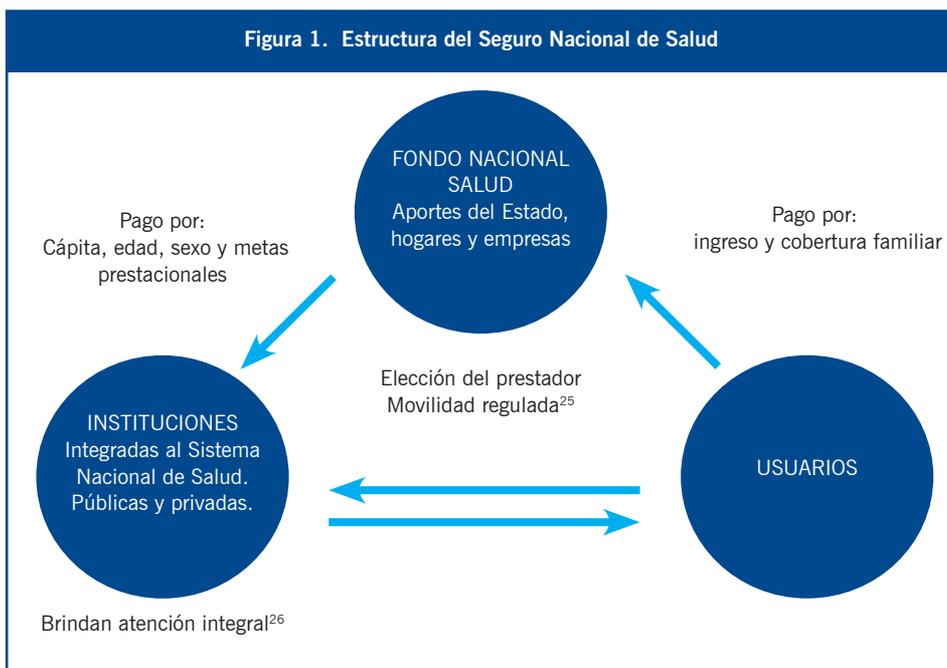
La DIGESE es responsable de proporcionar los servicios de apoyo administrativo, financiero, gestión de recursos humanos, planificación, mejora continua y gobierno electrónico.

La JUNASA es un organismo desconcentrado, responsable de administrar el Seguro Nacional de Salud y de velar por el cumplimiento de los principios y objetivos del SNIS. La integran dos representantes del MSP (uno lo preside), un representante del MEF y uno del BPS. Forman parte de la JUNASA representantes de las organizaciones de usuarios y trabajadores. Por los prestadores integrales de salud participan representantes del sector privado (IAMC), no así del sector público.

La DIGECOOR tiene como finalidad impulsar la integración del sistema de salud, mediante estrategias de complementación entre prestadores públicos y privados, y a la interna de cada subsector. Asimismo se encarga de la coordinación de los Directores Departamentales de Salud, que operan como referentes del MSP en las unidades político administrativas (departamentos) en que está dividido el territorio nacional.

El FONASA es el fondo público obligatorio común que responde al Seguro Nacional de Salud (Figura 1), brindando la financiación al SNIS. Este fondo público obligatorio y único se conforma con aportes de las personas con un porcentaje de sus ingresos, de las empresas (por sus empleados) y del Estado a través de rentas generales.

La División de Economía de la Salud, en el ámbito de la JUNASA, es la responsable de generar información y análisis sobre el funcionamiento económico-asistencial de los servicios y del Seguro Nacional de Salud.



Fuente: Olesker D., Fernández Galeano, M. Rectoría del Estado y justicia social

La JUNASA es responsable de la firma y el seguimiento de los Contratos de Gestión con los Prestadores Integrales de Salud donde se establecen las obligaciones de dichos prestadores hacia la población cubierta, así como las cuotas-salud que éstos reciben del FONASA. De esta forma son obligatorias las prestaciones incluidas en el PIAS²⁷ y en los programas integrales de observancia obligatoria aprobados por el MSP. Los incumplimientos de esas obligaciones pueden dar lugar a la suspensión transitoria o definitiva del cobro de dichas cuotas. El BPS brinda soporte administrativo al funcionamiento del FONASA. La transferencia de recursos desde el fondo público a los prestadores integrales se realiza por un régimen de capitas ajustadas por riesgo, según sexo y edad, así como por el cumplimiento de metas asistenciales.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una institución que otorga cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo para toda la población residente en el país y usuaria del SNIS.

Existe asimismo un conjunto de instituciones públicas administradas por Comisiones Honorarias, como la de Salud Cardiovascular, Cáncer, Zoonosis, Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes, que bajo contratos de gestión son supervisadas por el MSP.

²⁵ Movilidad regulada: los usuarios pueden cambiar de institución en febrero de cada año, siempre y cuando cumplan con tres años o más de antigüedad en el mismo prestador integral de salud.

²⁶ Todos los prestadores del SNIS deben cumplir a cabalidad con el conjunto de prestaciones incluidas en el Plan de Atención Integral a la Salud (PIAS)

²⁷ Plan Integral de Atención a la Salud: Conjunto de beneficios integrales exigibles del sistema.

2.2. RECTORIA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

La creación del SNIS marcó un punto de inflexión que resignificó la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. En primer lugar por proponerse transformar un sector desarticulado y en crisis en un sistema de salud cuyos principios y políticas apuntan a la equidad, universalidad y accesibilidad, con una estrategia de APS y fuerte énfasis en la participación social. El SNIS responde a una concepción definida democráticamente por el programa de gobierno aprobado por la ciudadanía.

La viabilidad del proceso de cambio requirió desde un comienzo el fortalecimiento de la capacidad de rectoría por parte del MSP, a la vez que crear nuevos instrumentos de gobierno que integraran diversos actores en la construcción del nuevo sistema. El artículo 44 de la Constitución de la República establece las competencias del Estado para la legislación sobre las cuestiones relacionadas con la salud y considera a la salud como un deber de los habitantes. La obligación constitucional del Estado en la provisión de medios de prevención y asistencia en salud se restringe a los sectores carenciados o indigentes. Por la ley 9.202 de 1934 se crea el MSP como responsable de la conducción de las políticas nacionales de salud.

La reforma del sector salud iniciada en el 2005 implicó aprobar un conjunto de leyes que establecieron las bases fundacionales del SNIS desde el derecho a la salud de toda la población y el rol rector del MSP. La Ley 17.930 de Presupuesto Nacional traza los grandes ejes del SNIS; la constitución del FONASA a través de la Ley 18.131; la creación del SNIS por la Ley 18.211 que completa los objetivos y su financiamiento; la descentralización de ASSE del MSP según la Ley 18.161 y la Ley 18.335 que define los derechos y deberes de los usuarios.

En todo el mundo y progresivamente los sistemas de salud aumentan sus niveles de complejidad en la relación del Estado, el sector público de servicios, las formas de financiamiento/aseguramiento y el sector privado. Uruguay definió programáticamente avanzar hacia un sistema integrado donde confluyeran el subsector público de salud y el subsector privado sin fines de lucro representado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), muchas devenidas en 2012 en Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) sin fines de lucro²⁸. La descentralización del MSP de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) apuntó a jerarquizar la función de rectoría del MSP, sobre todo el sistema tanto en su sector público como en el privado; se separaron las funciones distinguiendo institucionalmente la provisión de servicios de salud por parte del Estado (ASSE y demás servicios públicos) del rol indelegable de rectoría por parte del MSP.

Los servicios estatales de salud conformaron entre 2010 y 2015 la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS).

En los sistemas de salud es relevante analizar su capacidad de integrar distintas poblaciones y diversas instituciones. En cuanto a la integración de la población, la creación del SNIS definió un proceso con distintas etapas hacia la universalidad del acceso y la cobertura. En lo que refiere a la integración de las instituciones, todos los prestadores de salud forman parte del SNIS y los prestadores integrales reciben aportes del FONASA.

²⁸ Decreto N° 404/012 del Poder Ejecutivo del 12 de diciembre de 2012.

La OPS/OMS plantea tres funciones básicas de los sistemas de salud: Rectoría, Financiamiento/Aseguramiento y Provisión de servicios de salud.

Atendiendo a la debilidad institucional preexistente como una de las deficiencias principales en el país y la región en materia de políticas de salud, la construcción del SNIS incluyó una estrategia específica para fortalecer al MSP y crear la Junta Nacional de Salud como un organismo que funcionara como conducción del sistema.

La segmentación de la población en distintos sectores con acceso a servicios de salud con calidad diferente fue uno de los problemas centrales a resolver. Al mismo tiempo la multiplicación de servicios que no coordinan entre sí, superponiendo recursos, aumentando los costos, reduciendo la eficiencia y quitando integralidad a la atención en todos los niveles de complejidad, crea una fragmentación contraproducente para los objetivos sanitarios.

Se abordará a continuación el análisis de las 6 dimensiones del rol rector en salud definidas por la OPS/OMS (1997) en la realidad nacional.

1. La Conducción Sectorial es concebida como la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar organizaciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud. Cabe señalar que la construcción del SNIS presentó desde el inicio un proyecto estratégico y un rumbo de transformaciones en el modelo de atención, de gestión y de financiación. Las resistencias de grupos corporativos vinculados al lucro en la salud, así como los cuestionamientos políticos, generaron dificultades a veces importantes pero no lograron detener el proceso de creación del SNIS ni erosionar sustantivamente la base social de apoyo al mismo.

El SNIS incorporó a representaciones sociales de usuarios y trabajadores, tanto en la base como en la dirección del sistema de salud, y también a las instituciones privadas de prestación de servicios.

EL MSP tiene las potestades para proponer objetivos sanitarios viables que respondan a una priorización basada en el diagnóstico epidemiológico y definir planes estratégicos y tácticos con metas claras. Esto es un cambio trascendente respecto a la situación anterior a 2005, aunque en algunos aspectos aún persisten carencias. La definición de objetivos y metas sanitarios priorizados en función de los problemas de salud de la población es uno de los principales lineamientos del actual programa de gobierno. Una labor técnica sólida y un proceso participativo de construcción de las decisiones, la articulación de los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas y el involucramiento de otros actores sociales han sido elementos claves.

Al tiempo de destacar la existencia de un programa que define los ejes del proceso de cambio del sistema, cabe señalar la importancia de que se han construido las “hojas de ruta” que identifican claramente los “hitos” de avance hacia los objetivos que se propone la estrategia y las tácticas definidas por el gobierno.

2. Regulación. Las leyes fundacionales del SNIS definieron las estructuras principales y la gradualidad en la implementación y desarrollo del sistema, con un diseño del marco normativo que protege y promueve la salud como un derecho humano. Para que los recursos, servicios y oportunidades de salud respondan a principios de solidaridad, equidad y calidad es imprescindible la intervención del Estado a través de la regulación y vigilancia de la aplicación de las normativas.

En ese sentido el MSP dio un salto en calidad para generar condiciones de fiscalización adecuadas en el comienzo del proceso de cambio, dotándose de un cuerpo técnico más calificado en los aspectos inspectivos, epidemiológicos, de estudio de los procesos económicos, entre otros puntos clave. Ese proceso de fortalecimiento institucional ha tenido dificultades en su sostenibilidad en el tiempo. Entre otros factores, cabe señalar que las remuneraciones de los técnicos están muy por debajo del sector privado o del sector público asistencial, lo que estimula la pérdida de recursos humanos valiosos para una labor eficiente de fiscalización. Las normas existentes provienen del año 2000 o del período 2005-2009 sin una actualización a las necesidades y dificultades constatadas. El crecimiento del sector privado (IAMC-IAM-PP) agrega complejidad a la labor de regulación. En ese aspecto debe consignarse como instrumento relevante, original y eficaz los contratos de gestión firmados entre la JUNASA y las IAMC-IAMPP que establecen las obligaciones de estas últimas desde el punto de vista asistencial. La JUNASA debe controlar el cumplimiento efectivo de los contratos de gestión por las instituciones, en especial en lo que refiere al cambio del modelo de atención y este es un aspecto a atender hacia su utilización para las estrategias sanitarias planteadas. Las sucesivas reestructuras internas del MSP (cuatro en los últimos cinco años) significan un desafío y complejizan la continuidad de los procesos en regulación y fiscalización.

3. La Modulación del Financiamiento incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso universal y equitativo de la población a los servicios de salud.

En Uruguay la política de salud definió un rumbo basado en el uso social de los recursos a partir de la unificación de los fondos y su distribución por el Estado. El principio “de cada quién según sus ingresos, a cada quien según sus necesidades”, fue una de las definiciones fundamentales. De esta forma se imprimió un cambio al enfoque de las políticas sociales avanzando hacia los objetivos de universalización, accesibilidad e igualdad. Un punto central de esta transformación estructural ha sido la constitución del FONASA como un fondo mancomunado, solidario, público, único y obligatorio, de carácter tripartito, con aportes de las personas proporcionales a sus ingresos, de las empresas por sus empleados y del Estado. El incremento sustancial de los recursos presupuestales asignados a ASSE fue otra de las acciones sustantivas.

De esta forma se cuadruplicó la cantidad de personas aseguradas, fundamentalmente sectores de ingresos bajos.

Para la población cubierta por ASSE su capitación pasó del 30% al 85% del valor promedio de los prestadores privados (IAMC-IAMPP) (Fernández, Levcovitz E, Olesker, 2015).

Se apuntó a nuevas reglas como las del financiamiento colectivo en lugar del financiamiento individual; las reglas de competencia/complementación integrada en un sistema en lugar de mercados fragmentados y sin conexión; las reglas del relacionamiento entre la autoridad sanitaria y los prestadores.

El nuevo sistema propone una provisión de servicios mixta y articulada, cuyo financiamiento, regulación y administración son públicos. Si bien se mantuvo el gasto en salud en relación con el PBI hubo un cambio importante en la distribución entre lo público y lo privado, pues el gasto público en salud supera el 6% del PBI. La incorporación de los sectores que todavía no están en el Seguro Nacional de Salud (militares, policías, funcionarios de las Intendencias Departamentales y población sin empleo formal cubierta por ASSE) deja planteada como desafío la sustentabilidad financiera del SNIS.

4. La Garantía del Aseguramiento, refiere a garantizar por parte del Estado el acceso a un conjunto de prestaciones de salud para todos los habitantes, independientemente de su capacidad de pago, reduciendo la desigualdad en el acceso a servicios eficaces y de calidad.

Para ello se requiere la capacidad institucional del Ministerio de Salud para definir los contenidos y los estándares de las prestaciones que tienen carácter obligatorio, así como las poblaciones y territorios cubiertos. Además, la capacidad de llevar adelante una fiscalización efectiva de su cumplimiento.

La protección de los derechos de los usuarios pasa por la difusión de dichos derechos para que puedan ser exigidos.

El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) es el instrumento más importante de garantía del aseguramiento. Es un plan de beneficios con garantías explícitas, que establece en forma precisa las prestaciones de salud que son derechos de la población. Cabe destacar que Uruguay fue el primer país de América Latina en brindar un plan de salud explícito, integral e igual para toda la población (Molins, Alonso, Fernández, 2014).

Dentro del PIAS coexisten dos tipos de planes con administraciones y financiación diferentes. Por un lado las prestaciones de baja y mediana complejidad/costo establecidas en los contratos de gestión entre la JUNASA y los prestadores integrales, financiados por fuentes públicas (FONASA) y privadas (cuotas prepagas para la población que todavía no ingresó al FONASA, y copagos para prestaciones ambulatorias). Por otro lado las prestaciones del PIAS de alta complejidad son financiadas exclusivamente por fuentes públicas (impuestos a juegos de azar y contribuciones obligatorias) y administradas por el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Varias normativas avanzan en la consagración de los derechos en salud. A través de la Ley 18.335 se establecieron los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud. El decreto 15/006 reglamenta el procedimiento para efectuar los reclamos de los usuarios ante los prestadores integrales que tienen que dar respuestas en plazos menores de 20 días, pudiendo elevar el reclamo a la Oficina de Atención al Usuario del MSP si la respuesta no es satisfactoria.

La creación de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención a la Salud por el decreto 610/005 apunta a mejorar la formación permanente del personal de salud y a la calidad asistencial. En el año 2006, se crea la Comisión Ministerial de Seguridad del Paciente, para darle visibilidad a la gestión del riesgo clínico asistencial.

5. La Armonización de la Provisión es la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores para ampliar la cobertura de atenciones de salud según principios de equidad y eficiencia. De lo contrario el resultado es una fragmentación operativa de los efectores, que reproduce desigualdades e ineficiencia.

Para un país como Uruguay donde tanto efectores públicos como privados tienen amplia cobertura de la población, esa articulación es una de las claves para las políticas públicas de salud.

El estímulo a la realización de convenios de complementación público-privado, privado-privado y público-público ha sido una política clara del MSP, que ha tenido experiencias puntuales interesantes pero no ha logrado cambiar sustancialmente la lógica competitiva de funcionamiento de los efectores.

La integración de los distintos efectores de salud en redes de prestación de servicios de salud es uno de los mecanismos para lograr la armonización y complementariedad. Son dos tipos de procesos: la integración vertical (de los diferentes niveles de complejidad de la atención de salud, e particular entre el primer nivel de atención) y los demás niveles; y la integración horizontal (de los prestadores que brindan servicios de salud dentro del mismo nivel de atención). En la creación y el funcionamiento de esas redes de servicios de salud juega un papel importante la rectoría de la autoridad sanitaria, para que las redes respondan a una estrategia sanitaria común.

Mientras la integración vertical es una cuestión que refiere fundamentalmente a cada prestador integral, la integración horizontal remite al territorio como ámbito de articulación de las políticas de salud.

La integración vertical sigue siendo un problema, más allá de los avances globales del sistema. En el subsector privado hay escaso desarrollo del primer nivel de atención, la atención ambulatoria tiene copagos que operan como limitantes (aunque ha habido mejoras claras en este sentido). El prestador público principal, ASSE, tiene un desarrollo mayor del primer nivel de atención, sin copagos y ha reorganizado sus servicios sobre una base de redes integradas regionales (ASSE, 2014). Entre 2012 y 2015, ASSE desarrolló un esfuerzo sostenido en el marco de su Plan Estratégico, por reorientar sus servicios hacia una dinámica de redes integradas, a la vez de imprimirle a toda la organización un fuerte impulso hacia una nueva dinámica institucional descentralizada, a través de las denominadas Redes Integradas de Salud con base Regional (RISS-R), mediante la cual se definieron 4 regiones sanitarias y se capacitó a directores y mandos medios en esta perspectiva.

La referencia y contra referencia con especialistas, las demoras para estas consultas, son puntos críticos de la integración vertical tanto en el sector público como en el privado. Se ha hecho un esfuerzo desde el SNIS para jerarquizar el médico de referencia, que asegure la continuidad de la atención, incluyéndolo en las metas asistenciales financiadas por el FONASA.

En integración horizontal los avances son menores porque la lógica mercantil obstaculiza ese rumbo y porque no existen todavía normativas que faciliten esa complementación de efectores. Para armonizar los planes de acción y de gestión de los diferentes efectores públicos se creó la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) que generó pasos significativos de fortalecimiento como red, y no solo por cada efector.

El establecimiento de contratos de gestión que definen las obligaciones asistenciales de cada efector, asignando los recursos según las capitas de cada uno y por el cumplimiento de metas asistenciales establecidas por la autoridad sanitaria, ha sido, sin duda, un paso fundamental para el SNIS.

Otras dimensiones de la armonización como la acreditación de servicios de salud, el establecimiento de estándares de calidad y la certificación de profesionales, aunque con limitaciones, han sido encaradas por el MSP.

6. Funciones Esenciales de Salud Pública. El seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, la vigilancia de la salud pública, la promoción de la salud, el estímulo a la participación de la ciudadanía en el cuidado de su propia salud y la de su comunidad, son aspectos prioritarios de las FESP.

También la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública así como de regulación y fiscalización, para garantizar la calidad de los servicios y su mejoramiento continuo. El

acceso equitativo a los servicios de salud es un desafío que confronta con realidades segmentadas y desigualdades existentes.

Los esfuerzos para fortalecer al MSP en ese desempeño a través de la creación del Departamento de Vigilancia en Salud Pública y la División Economía de la Salud iniciaron un proceso de transformaciones en esa dirección.

Los recursos humanos son un nudo crítico para la salud pública y requieren una política específica que asegure contar con la cantidad, calificación y distribución necesaria así como su capacitación continua y compromiso con los objetivos sanitarios trazados. La creación del Observatorio de RRHH ha permitido sistematizar información, detectar muchos de los problemas y definir algunas líneas de cambio como la negociación de los cargos de alta dedicación en los Consejos de Salarios. Sin embargo sigue siendo un desafío una planificación a mediano y largo plazo de los recursos humanos que necesitará la salud en el país, particularmente en algunas especialidades auto reguladas por mecanismos corporativos; en el campo de la salud pública es muy deficitaria la cantidad de profesionales y muy escasa la oferta de formación.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública son responsabilidades indelegables de la Autoridad Sanitaria Nacional para lograr el fin principal que es la salud de la población. Sin información veraz, oportuna, confiable, sin evaluación de las políticas y estrategias definidas, no hay rectoría. En el mismo sentido la estandarización y normalización de los datos, permite una gestión más eficiente de cada institución y la coordinación o complementación entre distintos prestadores. Haber colocado en los contratos de gestión la obligación de todas las instituciones prestadoras de salud de brindar toda la información en tiempo y forma, va en ese sentido.

El proyecto SALUD.UY liderado por el MSP junto a AGESIC (dependiente de Presidencia de la República) y el MEF, es un paso para la modernización de los procesos dentro los efectores de salud y de las instituciones encargadas de la regulación. Sus principales líneas de acción han sido la Historia Clínica Electrónica Nacional y la creación de un Sistema Nacional de Tele-imagenología.

Participación social y derechos de los usuarios en el SNIS

En el proceso de cambio del sector salud se trabajó con una planificación situacional. En tal sentido buscó empoderar a dos actores del sistema de salud anteriormente postergados, los usuarios y los trabajadores de la salud, al tiempo que se incorporaba a los prestadores privados de salud sin fines de lucro. Uno de los resultados ha sido el respaldo ciudadano al SNIS. Todos los estudios de opinión pública señalan que más de dos tercios de la población están conformes con el sistema.

Es destacable que desde el comienzo la organización de los usuarios buscara ir más allá de la presentación de reivindicaciones sobre la asistencia o de la abogacía de casos puntuales donde la asistencia médica no se cumplía adecuadamente. La participación de los usuarios en campañas de prevención y promoción, en la identificación de problemas prioritarios en el territorio, en la consideración de los determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales, culturales del proceso salud-enfermedad, en las acciones intersectoriales sobre esos determinantes, han sido aspectos innovadores, aunque incipientes, que aportaron a la estrategia del SNIS y al cambio en el modelo de atención.

La participación de los usuarios no existía en la conducción de las instituciones privadas o públicas de salud (salvo las organizaciones mutuales donde los socios elegían la directiva, aunque con escaso control sobre sus acciones y capacidad de iniciativa).

El SNIS definió la participación de usuarios y trabajadores en la Junta Nacional de Salud, extendiéndola a las Juntas Departamentales de Salud como órganos de gobierno del sistema. También se crearon estas representaciones sociales en el Directorio de ASSE como principal prestador público de salud. En las instituciones privadas de asistencia pública se conformaron los Consejos Honorarios Consultivos donde usuarios y trabajadores podrían ejercer algunas formas de contralor social.

Como aspectos positivos de la experiencia de participación social en la transformación de la salud cabe mencionar:

- a) La democratización de las políticas de salud que surge de su elaboración y consulta con los usuarios, trabajadores y prestadores de salud, en contraposición de un relacionamiento con una absoluta concentración de la información, las decisiones y el control.
- b) La gestación de espacios donde la voz de los usuarios pueda expresarse. A pesar de ser la razón de ser del sistema de salud, la concepción tradicional reduce a los usuarios a pacientes. La perspectiva de derechos aplicada a la salud, significa pensar en las dimensiones e instrumentos para su ejercicio pleno, a través de un rol activo de los protagonistas.
- c) La constitución de los usuarios como actor del SNIS es un proceso de aprendizaje, no exentos de dificultades y errores, que incluye capacitaciones, intercambios, debates, dentro de los usuarios y con los demás actores. El resultado es un escenario nuevo donde los usuarios tienen un papel independiente de otros actores corporativos y del propio gobierno, con más poder político y capacidad de defender sus intereses. Un proceso con fluctuaciones, todavía inconcluso.
- d) El involucramiento de los trabajadores en la conducción y en la base del SNIS apunta a construir un rol activo que no se limite a lo reivindicativo sino que se comprometa con las transformaciones estructurales de la salud. Vale señalar que el programa de las organizaciones de trabajadores de la salud, y de la central sindical tienen acuerdos muy importantes con el SNIS. La Federación Uruguaya de la Salud había aprobado en su congreso postulados similares al plan de gobierno que gestó la Reforma. Las Convenciones del Sindicato Médico definieron asimismo lineamientos programáticos afines.
- e) La gestión de los conflictos que inevitablemente se desataron durante el proceso de creación y desarrollo del SNIS contó con una gobernanza que incluía el involucramiento de actores sociales diversos, que no solo lo compartían programáticamente sino que participaban de la conducción del Sistema.
- f) La jerarquía que el SNIS dio a la participación social contribuyó a fortalecer las redes territoriales o temáticas de salud que en muchos casos ya existían. Ese es un punto crítico en el cual los avances todavía son escasos para las necesidades y posibilidades existentes. Las estructuras territoriales del SNIS como las JUDESAS abrieron un campo nuevo de articulación institucional/ social, público/privado.

Como elementos insuficientes o dificultades en este proceso se pueden señalar:

- a) La participación social quedó demasiado centrada en los distintos ámbitos de representación y no se jerarquizó un vínculo más amplio con la población.

- b) La representación de los trabajadores en el Directorio de ASSE ha sido un tema polémico con diversos cuestionamientos y cambios.
- c) La necesidad de una discusión más profunda sobre los roles y mecanismos de la participación social, para que representen o promuevan intereses generales y no los de grupos corporativos.

2.3. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

Antecedentes

La financiación de la atención a la salud antes del SNIS profundizaba y era funcional a la grave segmentación por la cual los subsectores privado y público cubrían aproximadamente la misma población, pero con una gran disparidad de recursos. El gasto per cápita de los usuarios públicos era la tercera parte del gasto de los usuarios privados. El sector público representaba 27% del gasto total en salud, mientras que al sector privado representaba el 73%.

Aunque existía una cobertura a través de la seguridad social con DISSE, la misma solo cubría 600 mil personas en 2006. En diciembre de 2015 estaban incorporadas al FONASA un total de 2.390.000 personas (70% de la población). Es decir que la población cubierta subió más de 200%.

Antes del SNIS la multiplicidad de fondos con cobertura y financiación diferentes, agregaban inequidades a la atención de distintos colectivos de trabajadores. DISSE no incluía la cobertura a los hijos y conyugue de los afiliados. La única opción posible para las personas cubiertas por DISSE eran las IAMC, no pudiendo elegir a ASSE, ni evitar el pago de tickets y órdenes. El gasto de los hogares alcanzaba a casi la mitad del conjunto del gasto en salud. Los copagos, cuyo desembolso debe realizarse en el momento de atenderse tenían una incidencia importante. Las cuotas mutuales (por DISSE o afiliación individual) no tenían relación con el gasto previsible de la cobertura de salud ni con las necesidades asistenciales de las personas.

Esta forma de financiación contribuyó a la crisis estructural de la salud a comienzos de la década anterior, que determinó el cierre de varias instituciones de asistencia médica y el deterioro de otras.

2.3.1. Modelo de financiamiento del SNIS

El financiamiento del SNIS se estructuró en base a la creación de un Seguro Nacional de Salud que incluye un Fondo Público Único que se denominó FONASA, Fondo Nacional de Salud.

Uno de los principios rectores del SNS es: de cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades.

El cambio del modelo de financiamiento tuvo tres ejes: a) la ampliación de la cobertura poblacional a través la seguridad social; b) el cambio en el mecanismo de pago a través de capitales ajustadas por riesgo; c) el fortalecimiento del sector público.

- a) **Ampliación de la cobertura poblacional a través de la seguridad social** se llevó adelante mediante la incorporación gradual de nuevos colectivos al Fondo Unificado con el objetivo final de la cobertura universal. El FONASA recibe aportes de las personas según un porcentaje de sus

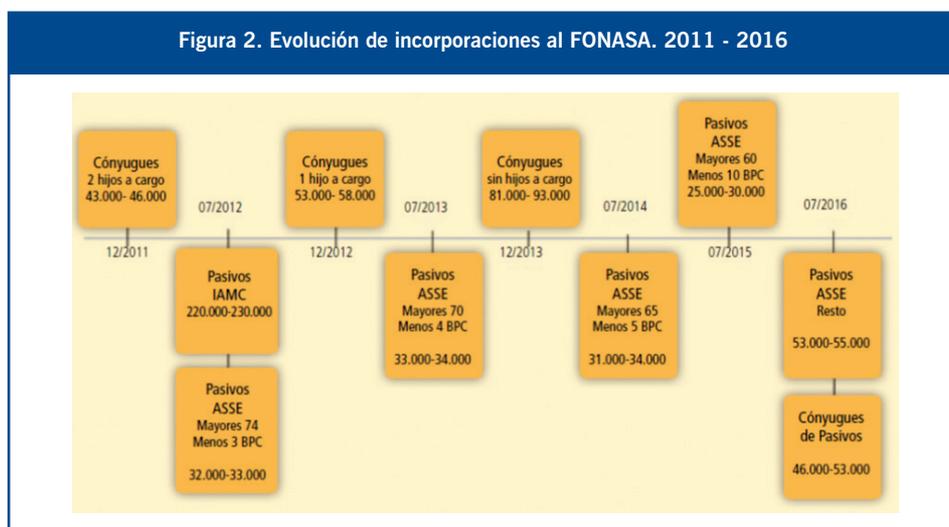
ingresos, de las empresas por sus empleados y del Estado a través de Rentas Generales. Los aportes personales aumentaron de 3% (en la antigua DISSE) a 4,5% en el FONASA para los que tuvieran ingresos superiores a 2,5 BPC²⁹ y no tuvieran otro beneficiario incluido. Si la persona tiene menores de 18 años a cargo o mayores de 18 con discapacidad el aporte por la cobertura de todos es de 6%. Si se incorpora el conyugue se adiciona un 2%.

El aporte de las empresas permaneció en 5% de los salarios nominales.

La OMS en el informe 2010 plantea tres dimensiones de la cobertura universal: a) la horizontal es decir que parte de la población está cubierta; b) la vertical o protección financiera refiere a la equidad en el acceso, independiente de la capacidad de pago de la persona; c) la profundidad en la cobertura son las prestaciones de salud que integran el plan de beneficios al que las persona tiene derecho (OMS, 2010)

En cuanto a la cobertura horizontal, Uruguay partió del contingente inicial de trabajadores privados, maestros y judiciales cubiertos por DISSE, y fue integrando el resto de los trabajadores públicos y los menores a cargo. Se estableció asimismo que los beneficiarios del FONASA al jubilarse mantenían su cobertura. Luego se fijó un cronograma de incorporaciones que comprendió a los bancarios, los cónyuges de los beneficiarios, los profesionales con libre ejercicio de la profesión y las personas pertenecientes a Cajas de Auxilios. Desde 2011 se fueron agregando más sectores de jubilados y pensionistas.

Analizando la cobertura vertical vemos un incremento de la protección financiera ya que están separados en el tiempo el momento en que se paga y el momento en que se utilizan los servicios. También porque los aportes son proporcionales a los ingresos, es decir a la capacidad



Fuente: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay*. Montevideo: OPS, 2015.

²⁹ La Bases de Prestaciones y Contribuciones BPC es una unidad de referencia que se actualiza anualmente. En 2015 este valor es de 3.052\$, poco más de 100 dólares.

contributiva y no al uso de los servicios (Oreggioni, 2015). En tercer lugar existe más protección financiera por el aumento de los recursos recaudados para el sistema a raíz del incremento en las tasas de aporte, así como la ampliación de la cobertura a nuevos colectivos, incorporando además otros tipos de ingresos.

b) Cambio en el mecanismo de pago del SNS.

Cápitas ajustadas por edad y sexo. El SNS incorporó un mecanismo innovador de pago a los prestadores integrales para brindar la cobertura de salud. Se elaboró una “cuota salud” que tiene como elemento más importante la “cápita”. Esa cápita o monto básico (a enero 2015 era de 786,20 \$ mensual) se ajusta por parámetros de riesgo según la edad y el sexo de la persona cubierta. De esta forma se determinaron cápitas diferentes según sexo y por tramos de edad³⁰ para contemplar el gasto esperado en la atención a la salud. Esta modalidad genera una racionalidad en el financiamiento y evita la selección negativa de las personas de edad avanzada ante la posibilidad de mayores gastos para las instituciones. El pago ajustado por riesgo complementa el carácter solidario del aseguramiento que surge del aporte según porcentaje de los ingresos. Para elaborar las cápitas se tomaron los costos y la utilización de las prestaciones de las IAMC al 2005.

El Fondo debe asegurar la continuidad asistencial y la sustentabilidad de los prestadores y dio buenos resultados permitiendo el funcionamiento del SNS.

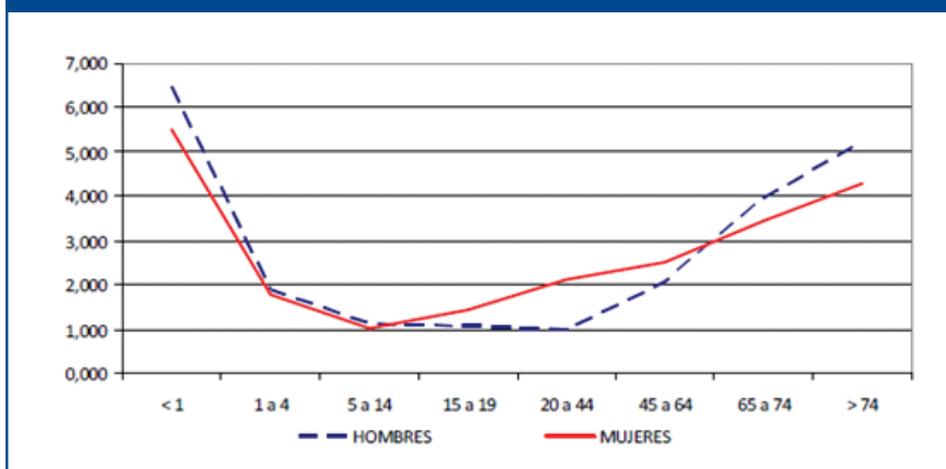
Al basarse en los costos y prestaciones brindadas por las IAMC en el periodo anterior al SNIS, la financiación se concentra en aquel modelo de atención en el cual las actividades de prevención y promoción, y el primer nivel de atención están subvalorados. Estas actividades y otras que refieren al nuevo modelo de atención no se contemplan adecuadamente en la estructura de cápitas, aunque sí opera en ese sentido el pago por metas asistenciales.

De existir una “cápita de referencia” que defina un “deber ser” del gasto esperado con criterios de mayor eficiencia, este sistema podría constituir un incentivo a la contención y racionalización de costos. Hay varios factores que presionan fuertemente al alza de los costos de la atención de salud: la incorporación de nueva tecnología, el proceso de envejecimiento poblacional y los cambios en la matriz epidemiológica correspondientes, los estilos de vida y los intereses corporativos de lucro. Por lo tanto la eliminación de ineficiencias y la racionalización de los gastos es un punto especialmente sensible para la sustentabilidad del sistema.

En sociedades tan desiguales y fragmentadas como las de América Latina, incluyendo a Uruguay con sus características específicas y sus avances sociales, los factores de riesgo de mayor gasto en salud no son solo la edad y el sexo. La incorporación de factores de riesgo social se justifica por la interrelación que tiene la situación sanitaria con los demás aspectos socioeconómicos. La mayor vulnerabilidad exige (aunque muchas veces no lo logra) más intervenciones del sistema de salud, tanto en la promoción, la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento, la rehabilitación. Por lo tanto se requieren más recursos que incentiven y den sustentabilidad a esas prestaciones. Si bien contemplar estos factores no era posible en una primera etapa de creación del SNS, la información recogida y elaborada posteriormente por el MIDES (como el Índice de Carencias Críticas) en el desarrollo de las políticas sociales han creado un escenario diferente.

³⁰ Los tramos de edad son : hasta un año, de 1 a 4 años, de 5 a 19, de 20 a 44, de 45 a 64, de 65 a 74, y más de 74 .

Gráfica 13. Capitas relativas vigentes a partir del Decreto 430/011

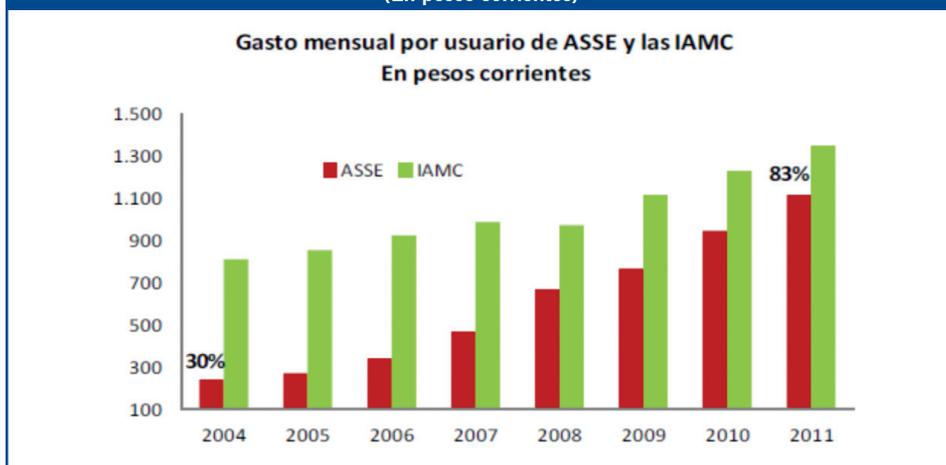


Fuente: Decreto 430/011 del 8 de diciembre de 2011

Pago por Metas. Junto con las cápitas se implementó un mecanismo de pago por cumplimiento de determinadas metas relacionadas con propósitos sanitarios priorizados. Con la cápita conforman la “cuota salud” que el FONASA paga a los prestadores de salud por cada persona que adquiere cobertura del SNS. Las metas han ido variando desde una definición inicial que planteaba objetivos en la atención materno-infantil y la capacitación del personal, a las metas actuales que incluyen la atención materno infantil, la elección de un médico de referencia, la atención a adultos mayores y desde 2014 la implementación de un nuevo régimen de trabajo médico, con cargos de alta dedicación, acordado en los Consejos de Salarios.

- b) **Fortalecimiento presupuestal de ASSE.** La desigualdad pronunciada de recursos entre el sector público y el privado de la salud era un obstáculo para el logro de una cobertura universal efectiva.

Gráfica 14. Evolución de la brecha entre el gasto mensual por usuario entre ASSE y las IAMC. (En pesos corrientes)



Fuente: Exposición de motivos de ASSE rendición de cuentas 2011

En tal sentido la nueva política de salud llevó adelante un incremento sustancial de los recursos asignados presupuestalmente a ASSE, duplicándolos en términos reales en menos de 5 años. Al mismo tiempo la separación institucional del MSP definió con claridad su rol de prestador integral público, siendo elegible para los usuarios cubiertos por el FONASA.

La ampliación del FONASA generó un incremento de los usuarios con cobertura privada y un descenso de los usuarios públicos, contribuyendo también a reducir la brecha entre el gasto per cápita de uno y otro subsector. Pero continúa existiendo una brecha en desmedro del sector público.

A pesar de que la mayoría de los usuarios que ingresaron al FONASA optaron por prestadores privados, la cantidad de usuarios ASSE FONASA no ha cesado de crecer y supera a los prestadores privados considerados individualmente. Es decir que ASSE es el prestador con más usuarios FONASA del país.

Incorporaciones al PIAS

Las nuevas prestaciones incorporadas al PIAS requirieron formas de financiación que fueron variando en cada caso. En algunos procedimientos del tratamiento de la Fibrosis Quística (2010) no se autorizó incremento de las cápitas. La ligadura tubaria y vasectomía fueron financiadas por un incremento de las cápitas y cuotas cobradas por las IAMC de 0,04%. Para el acceso a cierta cantidad de anticonceptivos orales hormonales, condones y anticonceptivos orales de emergencia se crearon copagos de 22 \$ para los anticonceptivos orales y 8\$ para los condones. La incorporación de las prestaciones en salud mental en 2011 requirió un aumento de las cápitas (cambiando su estructura relativa) y la autorización para incrementar las cuotas individuales y colectivas, así como dos tasas moderadoras para las prestaciones nuevas. En 2012 se agregó la colocación del DIU (dispositivo intra-uterino) con el cobro de un tique de consulta ginecológica, previendo una financiación a través del aumento de la cápita de 0,01 % sin cambios en la estructura relativa ni incrementos de cuota individual. La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en ciertas condiciones establecida en el PIAS (2012) se financió con un aumento de la cápita para las mujeres entre 15 y 44 años.

En el caso de las prestaciones de salud mental, que no eran brindadas por las IAMC, por primera vez se efectuó un cálculo para su financiación basado en proyecciones de costos y no en información histórica.

La experiencia de incorporación de nuevas prestaciones al PIAS muestra la necesidad de establecer criterios claros para el traslado a las cápitas de los costos de nuevas inclusiones en el plan de beneficios de los usuarios del SNIS.

Reducción de los gastos de bolsillo

Este tipo de gastos es considerado regresivo desde el punto de vista de la equidad ya que afecta de forma diferente a los hogares según sus ingresos. En Uruguay además de los gastos de bolsillo vinculados al prepagado de la cobertura en las IAMC, tenían un peso considerable el pago de copagos. Este tipo de gasto de bolsillo está relacionado a la utilización de los servicios ambulatorios, generando la situación contradictoria por la cual acceder al primer nivel de atención resultaba más oneroso para los usuarios, mientras las prestaciones de alto costo vinculadas a la internación no tenían pagos de bolsillo. Más allá

de que el fundamento es evitar los consumos innecesarios de servicios, en los hechos, las “tasas moderadoras” operaron como un obstáculo real para el acceso a medicación y controles que permitieran preservar la salud, prevenir enfermedades, resolver la mayoría de los problemas de salud y evitar los perjuicios que generan los cuadros más complicados y con mayores costos para el sistema de salud.

A partir de la década de los 90 en que el Poder Ejecutivo autorizó la liberalización del precio de los copagos, se generó un incremento sustancial de las órdenes de consulta/estudios y tiques de medicamentos, transformándose así en una fuente de financiación de las IAMC, que en ese período también implantaban el sistema de remuneración por acto médico. En 2004 el cobro de los copagos llegó al 12% de los ingresos de las IAMC (con variaciones de 6 a 19% entre ellas).

Ante esta situación la estrategia del gobierno en la construcción del SNIS fue promover la reducción de los montos de los copagos en forma progresiva, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia. Desde un inicio se aplicó una reducción de 20% a los tiques de medicamentos y más adelante otras dos rebajas de 10%. Se exoneró de tiques a los medicamentos para el control de la glucemia, los estudios paraclínicos del embarazo, los estudios de colpocitología oncológica y mamografía. A partir de 2008 se estableció la gratuidad de controles a los menores de 18 años, mayores reducciones en las tasas para jubilados de bajos ingresos y la permanencia de los beneficios pre-existentes para los usuarios que ingresaban a las IAMC vía FONASA. En esa misma línea se fijó un tope de \$ 50 para medicamentos antihipertensivos y la exoneración para algunos neurolépticos. También se incorporaron medidas que apuntaron a una mayor accesibilidad a las prestaciones de salud sexual y reproductiva y salud mental. Las tasas moderadoras referidas a estudios fueron topeadas y congeladas. La reducción en tiques de medicamentos fue de 21% nominales y cerca de 60% en términos reales, estableciendo también la cantidad correspondiente a cada tique. La cantidad de medicamentos por afiliado aumentó un 45% promedio. De todas maneras cabe destacar que las IAMC financian 81% del gasto en medicación ambulatoria mediante los copagos (datos 2012).

Las tasas moderadoras que no tienen en cuenta la capacidad de pago de los usuarios crean desigualdades en el acceso y sólo operan para moderar la demanda en los sectores de menores ingresos.

Devolución de aportes FONASA

En julio de 2011 se produjo el ingreso al FONASA de los trabajadores cubiertos por las Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales y los escribanos por la Caja Notarial. Este proceso encontró resistencias muy importantes de algunos de estos sectores que culminaron en una negociación de su ingreso gradual y la incorporación de un elemento nuevo en el sistema de financiamiento del SNIS. Esta modificación establecida en la Ley 18.371 de diciembre de 2010 establece un nuevo principio rector: los aportes al FONASA tienen un tope por encima del cual se devuelven al contribuyente. Los aportes basados en un porcentaje de los ingresos (de trabajadores, jubilados, profesionales que facturan, otras empresas unipersonales) son tomados como adelantos y sujetos a una reliquidación anual. Cuando dichos aportes superan un monto llamado “costo promedio equivalente” más un 25%, se devuelven al usuario. El “costo promedio equivalente” se calcula considerando los costos esperados para la edad y sexo del usuario, sumando la cuota del FNR y una cantidad por gastos administrativos. En el principio solidario original del SNS aquellos usuarios con ingresos altos y medios financiaban con sus aportes superiores al gasto esperado, a los usuarios con ingresos menores, que realizaban aportes “deficitarios”, es decir con gastos mayores a su contribución. También la solidaridad intergeneracional interviene, ya que los beneficiarios más jóvenes utilizan menos los servicios de salud y tienen mayores probabilidades de ser contribuyentes “excedentarios” que los de edad avanzada, que serían “deficitarios” en mayor medida.

Esos recursos que se devuelven a los sectores de ingresos altos significan un costo importante a cargo de Rentas Generales. En el año 2014 la devolución de aportes alcanzó el 4,3 % de los egresos del FONASA, del orden de los 90 millones de dólares. Se ha fundamentado que la justicia distributiva en el financiamiento se mantiene a través del sistema tributario general, aunque otros enfoques consideran que la medida tiene un sentido regresivo desde ese punto de vista y que su aprobación responde a motivos de viabilidad política para la incorporación de los colectivos mencionados. Asimismo esta medida agrega interrogantes sobre la sustentabilidad del sistema en escenarios de desaceleración del crecimiento económico.

2.3.2. Gasto en salud

El gasto en salud en relación con el PBI se ha mantenido aproximadamente en los mismos porcentajes, en el entorno del 9%. Algunas cifras a la baja en los primeros años deben considerarse a la luz del incremento extraordinario del PBI en ese período. Luego de 2009 se constata un incremento mayor del gasto en salud respecto al aumento del PBI. Es un hecho destacable si se tiene en cuenta el incremento de la población cubierta, la exigencia de un conjunto de prestaciones obligatorias universales y las líneas programáticas vinculadas a metas sanitarias.

Tabla 8: Gasto en salud como proporción del PIB y gasto per cápita anual Pesos constantes de 2010.		
Año	Gasto en Salud	Gasto en Salud/PBI
2004	48.635	8,7%
2005	47.906	8,2%
2006	50.267	8,3%
2007	52.612	8,0%
2008	58.681	7,9%
2009	67.399	9,0%
2010	68.629	8,8%
2011	72.952	8,5%
2012	78.564	9,0%

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP

Con la transformación del sistema de salud por la implementación del SNIS, se produjo un cambio muy significativo en el peso de las fuentes privadas y públicas de financiamiento. Mientras antes de 2005 ambas fuentes tenían un peso similar, en 2012 las fuentes públicas significaban 68% del total del gasto.

Tabla 9: Gasto en salud por fuentes de financiamiento. Pesos constantes 2010

Fuente	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Financiamiento público	24.453	26.887	28.890	37.445	41.321	43.390	47.403	53.445
	51,0%	53,5%	54,9%	63,5%	61,3%	63,2%	65,0%	68,0%
Financiamiento privado	23.453	23.380	23.722	21.236	25.684	25.180	25.327	24.978
	49,0%	46,5%	45,1%	36,0%	38,1%	36,7%	34,7%	31,8%
Financiamiento externo	-	-	-	252	394	59	221	141
	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,6%	0,1%	0,3%	0,2%
Gasto total en salud	47.906	50.267	52.612	58.933	67.399	68.629	72.952	78.564

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP

Hay un descenso importante en los gastos privados destinados al prepago de la cobertura de salud, coherente con la extensión de la fuente pública a partir de la ampliación de la cobertura por el FONASA.

En cuanto al financiamiento a través de Rentas Generales en la ex DISSE llegaba al 11,5% del total de gastos de dicho organismo, mientras entre 2009 y 2011 el FONASA requirió del aporte de Rentas Generales en un 5%. Este descenso se produjo aún con una cobertura tres veces mayor que en 2004.

Desde el año 2011 las transferencias de Rentas Generales al FONASA han ido creciendo hasta llegar al 16 % en 2014, por dos factores: ingreso de nuevos colectivos (jubilados, conyugues con tres o más menores a cargo) y por la ya analizada devolución de aportes FONASA.

2.4. PROVISION DE SERVICIOS

2.4.1. Oferta y demanda de servicios de salud

Para analizar la oferta de servicios de salud en el Uruguay se describirá brevemente la cobertura poblacional y el conjunto de prestaciones incluidas en el plan de beneficios exigibles (PIAS) después de la conformación del SNIS. Como aproximación a una estimación de la demanda se presentan algunos indicadores de utilización.

Cobertura poblacional del SNIS y características de sus prestadores

En Uruguay la provisión de servicios de salud de **baja y mediana complejidad** se realiza, para la gran mayoría de la población, a través de las Instituciones que forman parte del SNIS, las IAMC en subsector privado social y en el subsector público la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que articula con otros efectores públicos (Servicios municipales, Sanidad Policial, Sanidad Militar, BPS, BSE, etc.). Estos prestadores están distribuidos en todo el territorio nacional y en ellos se reconocen diferentes niveles de atención y sus correspondientes mecanismos de referencia y contra referencia.

La provisión de servicios de **alta complejidad** se realiza a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR).

El FNR³¹ fue creado por el Decreto-Ley N° 14.897 y comenzó a funcionar el 1° de diciembre de 1980, con el cometido de proveer financiamiento público y universal de los actos médicos de alto costo, y por consecuencia asegurar protección financiera a los usuarios frente a los riesgos generados por los gastos catastróficos.

El referido texto legal define como medicina altamente especializada la que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de tal forma que permitan obtener la excelencia asistencial.

En respuesta a la creciente presión de costos generada por una incorporación tecnológica no regulada durante 25 años y los cambios demo-epidemiológicos de la población uruguaya, a partir del 2005 el FNR estableció una política regulatoria basada en un conjunto de instrumentos técnicos de gestión. Se establecieron y se actualizan periódicamente normativas y protocolos de indicaciones; se instrumentaron mecanismos de evaluación previa de los pacientes mediante el asesoramiento de médicos de segunda opinión; se crearon ateneos en los que se discuten los casos de mayor complejidad; se desarrolló un análisis de riesgo beneficio para cada paciente utilizando tablas de indicadores internacionales. En ese mismo año se decidió la incorporación gradual y sujeta a estudios, de **medicamentos de alto costo** a las prestaciones cubiertas financieramente por el FNR.

Los IMAE pueden ser públicos o privados, son previamente habilitados por el MSP y, en la mayoría de los casos, se ubican en el ámbito de las instituciones de las IAMPP que forman parte del SNIS.

Cuadro 5. Cobertura poblacional de salud según prestador – 2013	
	%
ASSE-HC	27,8
IAMC	57,1
Seguro Privado	2
Policial-Militar	6,9
BPS	0,2
Policlínica Municipal ³	1,4
Otro	2,7
No cubierto	2
Población País	100

Fuente: MSP, Desempeño sectorial 2010-214³²

31 El FNR es una persona pública no estatal dirigida por una Comisión Honoraria Administradora, presidida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y con participación del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Banco de Previsión Social (BPS) y representantes de los prestadores de servicios de salud, denominados IMAE - Institutos de Medicina Altamente Especializada.

32 MSP, Desempeño sectorial 2010-2014. Pag 6: "Para que la población según tipo de cobertura de salud sume 100% (y no más), se consideró necesario excluir los casos de doble cobertura, la más común de las cuales se da para aquellas personas que declaran tener derechos para la atención sanitaria en Sanidad Militar/Policial a la vez que la tienen en ASSE. A estas personas se las agrupa dentro de la población con cobertura de Sanidad Militar o Sanidad Policial y no dentro de las personas con derechos en ASSE. El 2% de las personas declara en la ECH que no tiene cobertura en ningún prestador. La existencia de este colectivo plantea cierta inconsistencia con la lógica de un Sistema de Salud como el uruguayo en el que en teoría no existen personas que no posean derechos de atención a la salud. Este porcentaje –que sigue una tendencia decreciente: 4,2% (2004), 3,6% (2008) y 2,6% (2011)- da cuenta de diferentes grupos de personas".

Actualmente Uruguay cuenta con un Fondo Nacional de Recursos plenamente consolidado, que brinda la cobertura financiera universal conformando un pool de riesgo que permite a todos los residentes en Uruguay acceder a un conjunto garantizado de prestaciones de medicina altamente especializada y de alto costo, sin distinciones generadas por su situación socioeconómica o inserción laboral.

De acuerdo a datos obtenidos de la Encuesta Continua de Hogares del 2013, la cobertura de salud por prestador, según declaran los encuestados fue la siguiente:

A continuación se describen brevemente las principales características de estos prestadores de salud agrupados por subsector público y privado y la evolución de algunos indicadores de cobertura poblacional.

Subsector Público

Dentro del **Subsector público** el principal prestador es ASSE, que es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud Pública por la Ley N° 18.161 y se constituye como el único prestador público integral que forma parte del Seguro Nacional de Salud (SNS). Entre sus cometidos está “Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y tratamiento de los enfermos”. ASSE es un prestador integral que presenta particularidades, ya que además de ofrecer las prestaciones obligatorias de todos los prestadores del SNIS, mantiene por mandato constitucional el deber de atender a los “carentes de recursos”. Es un brazo ejecutor de políticas de salud para atender poblaciones vulnerables o problemas emergentes.

Es el único prestador de alcance nacional del Uruguay. Da cobertura a través de una red asistencial dentro de la que se destaca la gran extensión del primer nivel de atención con más de 800 puntos de atención entre puestos de salud rural, consultorios, policlínicas y centros de salud, mientras que la atención de segundo y tercer nivel se brinda a través de 44 hospitales generales y especializados en pediatría y ginecología, traumatología, reumatología, atención a pacientes con cáncer, oftalmología, y en el área del adulto mayor.

Brinda también prestaciones a poblaciones vulnerables (adultos mayores, pacientes psiquiátricos, pacientes adictos y personas privadas de libertad) a través de servicios como el Portal Amarillo, el Hospital Vilardebó, las Colonias Psiquiátricas y el Servicio de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL). Asimismo ASSE tiene bajo su órbita el Servicio Nacional de Sangre y el Laboratorio Dorrego que produce medicamentos.

A partir del 2012, ASSE ha comenzado un proceso de reorganización de sus servicios basada en redes regionales de salud, que contempla como uno de sus criterios prioritarios la integración de servicios de los tres niveles de atención, buscando favorecer la accesibilidad y continuidad asistencial, alineada al cambio del modelo de atención y a la implementación del SNIS.

Las personas que reciben atención en ASSE pueden hacerlo por poseer un carné de atención, (gratuito para los de más bajos ingresos o con bonificaciones en los aranceles establecidos para las diferentes prestaciones), mediante el pago de una cuota individual, colectiva o familiar, o a través del FONASA.

Sanidad Militar y Sanidad Policial son prestadores públicos que brindan cobertura a los funcionarios, ex funcionarios y familiares de los ministerios de Defensa e Interior, respectivamente. Estos dos prestado-

res integrales todavía no integran el fondo público mancomunado (FONASA) pero en el marco del SNIS coordinan sus prestaciones, realizando la atención a sus usuarios en sus propias instalaciones en Montevideo o en las instalaciones de ASSE en el interior a través de convenios. Sanidad Policial y la Intendencia de Montevideo (IM) tienen un convenio de complementación donde las policlínicas IM atienden usuarios de Sanidad Policial y ésta brinda atención de especialistas y paraclínica a usuarios de las policlínicas. ASSE y la IM tienen un convenio para el funcionamiento del primer nivel de atención en Montevideo, compartiendo programas de salud, redes territoriales, sistema informático. De los más de 300.000 usuarios ASSE en Montevideo 80 mil se atienden todos los años en las 25 policlínicas de la IM.

El BPS tiene un área de salud que brinda atención médica que incluye prestaciones de carácter preventivo, atención hospitalaria del parto y la atención de un conjunto de enfermedades congénitas. Cuenta con varios Centros Materno Infantiles, el Sanatorio Canzani y el Departamento Médico Quirúrgico (DEMEQUI) que es el único centro de malformaciones congénitas del Uruguay.

El Hospital de Clínicas, como hospital universitario forma parte del subsector público y su cometido fundamental es la formación de recursos humanos en salud y la investigación. Atiende a la población usuaria de ASSE con prestaciones mayoritariamente de segundo y tercer nivel de atención. Se viene trabajando en la definición de un marco programático y legal que determine la inserción de dicho servicio de referencia nacional en el SNIS.

El Banco de Seguros del Estado, brinda atención a todos los trabajadores formales en el marco del seguro obligatorio contra accidentes laborales.

Por último encontramos en el subsector público las Policlínicas de los Gobiernos Departamentales que en varios casos tienen una implantación social y geográfica importante y los servicios de salud de algunas empresas públicas que brindan prestaciones, específicamente, a trabajadores de estas empresas y, en ocasiones a familiares de dichos trabajadores.

La Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) se creó en el año 2010 a través del art. 741 de la ley 18.719, reglamentada por el decreto 392/012. Ese marco normativo definió una nueva institucionalidad procurando fortalecer el eje público dentro del SNIS. Dicha coordinación apuntó a la articulación de servicios y programas de salud entre los prestadores públicos para lograr los mayores niveles de accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones. El Consejo Directivo Honorario de la RIEPS estuvo integrado por ASSE, Dirección Nacional de Sanidad de las FFAA, Dirección Nacional de Sanidad Policial, Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social, Intendencia de Montevideo, Hospital de Clínicas. Desde el año 2013 la RIEPS con apoyo técnico de OPS/OMS encaró la revisión de la normativa vigente en las instituciones miembros para armonizarlas con las leyes fundacionales del SNIS y el diseño e implementación de un plan de complementación en el primer nivel en Montevideo y Canelones, así como la elaboración de estrategias de comunicación de la red. Promovió la definición de conjuntos de prestaciones para un sistema de cuentas corrientes que complemente y supere la compra-venta de servicios dentro de las instituciones públicas. Impulsó mecanismos de acuerdo y protocolos para la incorporación de tecnología y servicios de alta complejidad. Llevó adelante análisis conjuntos de dotación y distribución de los recursos humanos en salud en el área pública. Acordó la estructura y reglamento de funcionamiento de la RIEPS como mecanismos de gobernanza de la red pública.

El Plan Estratégico de la RIEPS planteó la construcción de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), de carácter público-privado, como un gran desafío para el futuro del SNIS. Actualmente la institucionalidad de la RIEPS se ha debilitado.

Es de destacar el apoyo brindado por la CT de OPS/OMS a la atención de la población de personas privadas de libertad, que se caracteriza por su elevado nivel de vulnerabilidad, y cuya cobertura está a cargo de ASSE y Sanidad Policial. Se enmarcó en Convenio OPS/OMS – OPP/CND/UE por el Programa de Justicia e Inclusión, particularmente Sector de Intervención 3: “Salud en los Centros de Privación de Libertad”, que incluyó diversos componentes: un estudio epidemiológico sobre morbilidad prevalente en centros de reclusión de adultos y adolescentes, con involucramiento de los equipos de salud penitenciarios en el proceso de recolección de datos y respuesta de las encuestas; el relevamiento de recursos humanos y organización de la atención en todos los centros de reclusión de adultos y adolescentes, insumo relevante para la elaboración de una propuesta hacia una estrategia nacional de sistema de salud penitenciaria; elaboración de 8 protocolos: Atención en el ingreso a adultos, Atención en el ingreso de adolescentes, Tuberculosis, VIH- Sida, Enfermedades no transmisibles (con énfasis en diabetes e hipertensión arterial), Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de Suicidio, Salud Bucal; diseño de la Estrategia de Atención Integral a la Salud de Adultos y Adolescentes en Centros de Privación de Libertad, con énfasis en el fortalecimiento de la APS y su articulación con un Hospital Penitenciario, incluyendo un Plan Integral de Promoción y Prevención de Salud.

Subsector privado

En el subsector privado son las IAMC las instituciones que concentran la mayor cobertura poblacional del SNIS. Son instituciones privadas sin fines de lucro que brindan atención integral a la salud, siendo elegibles a través del FONASA o por un régimen de aseguramiento en el que se adquieren los derechos a cambio de una cuota de prepago. En los últimos años esta última modalidad de financiamiento, con la incorporación gradual de diferentes colectivos poblacionales al FONASA ha disminuido sensiblemente y en el horizonte estratégico del SNIS tiende a desaparecer como modalidad de cobertura y financiamiento.

En el año 2015 existían 36 instituciones, 11 de ellas en la capital del país y 25 distribuidas en los 18 departamentos del interior³³. En su mayoría las IAMC del interior del país están nucleadas en una organización de segundo grado denominada Federación Médica del Interior (FEMI) y tienen la modalidad de IAMPP.

Con la conformación del SNIS las IAMC configuran uno de los tres tipos de prestadores elegibles para beneficiarios del FONASA y en 2015 daban cobertura a la mayoría de esta población.

El tercer tipo de prestador que integra el SNIS son los Seguros Privados Integrales (de cobertura total). Son instituciones privadas con fines de lucro que ofrecen un plan integral de prestaciones a cambio del pago de una cuota muy superior a la cuota de las IAMC. Sus servicios están fundamentalmente dirigidos a sectores de ingresos altos. Los beneficiarios FONASA también pueden optar por estos prestadores, pero deben abonar una sobre cuota adicional a la cápita que paga el FONASA.

La nómina de prestadores con su población de usuarios a diciembre de 2015 se presenta en el Cuadro 5.

³³ MSP. *Desempeño de los Prestadores Integrales del SNIS 2010-2014*.

**Cuadro 5. Prestadores del SNIS según cantidad de afiliados.
Diciembre 2015**

Institución	N° de afiliados
IAMC con sede principal en Montevideo	
Asociación Española	185.632
Hospital Evangélico	61.450
Casa de Galicia	53.557
CASMU	208.825
Círculo Católico	84.287
CUDAM	50.676
COSEM	83.741
GREMCA	35.632
MUCAM	302.857
SMI	130.458
Universal	61.196
IAMC con sede principal en el Interior	
GREMEDA	25.291
CAAMEPA	35.929
CRAMI	38.321
COMECA	50.140
CAMCEL	43.108
CAMEC	46.144
CAMOC	21.093
CAMEDUR	31.862
COMEFLO	13.292
COMEF	32.140
CAMDEL	30.854
AMECOM	79.306

Institución	N° de afiliados
CRAME	55.378
COMEPA	62.394
AMEDRIN	9.674
CAMY	7.860
CASMER	34.610
COMERI	23.994
COMERO	39.968
SMQS	62.032
AMSJ	49.905
CAMS	45.268
COMTA	36.640
COMETT	951
IAC	20.356
Seguros Privados Integrales	
SUMMUM	14.449
Medicina Personalizada	27.643
Blue Cross & Blue Shield	14.001
Seguro Americano	10.534
COPHAMI	1.295
Hospital Británico	28.943
Administración de Servicios de Salud del Estado	
ASSE total	1.312.298
ASSE Interior	951.517
ASSE Montevideo	340.762
ASSE sin Dpto. consignado	20.019

Fuente: SINADI – AES – MSP.

El sector privado se complementa con los IMAES (instalados mayoritariamente en las IAMC) y los seguros privados de cobertura parcial que brindan cobertura, básicamente, del primer nivel de atención a cambio de cuotas inferiores a las de una IAMC; emergencias móviles que comenzaron brindando servicios asociados a su naturaleza (cobertura complementaria a los prestadores integrales) pero se han ampliado al primer nivel de atención, lo que llevó a algunos usuarios a apelar a éstas como alternativas a un prestador integral, particularmente para consultas de urgencia y domicilio.

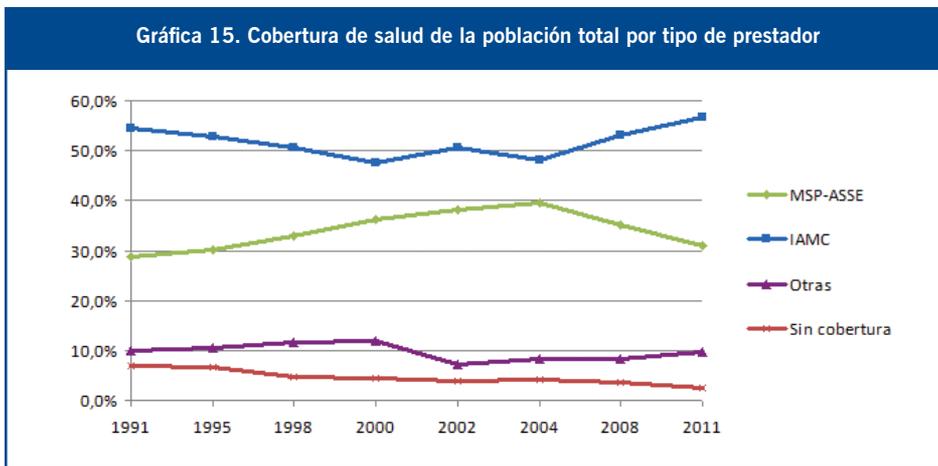
Cobertura y prestadores

En la reciente publicación Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay 2015 (Fernández, Levcovitz, Olesker, 2015), se analiza la evolución de la cobertura de la salud de la población uruguaya de los últimos 30 años, según tipo de institución, a partir

de datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística, con la tabla y gráfico que se presenta a continuación³⁴.

Tabla 10. Cobertura de salud de la población según tipo de prestador por años seleccionados								
	1991	1995	1998	2000	2002	2004	2008	2011
MSP-ASSE	28,8%	30,2%	33,0%	36,1%	38,2%	39,6%	35,0%	31,1%
IAMC	54,5%	52,7%	50,7%	47,5%	50,6%	48,0%	53,2%	56,6%
Otras	9,9%	10,6%	11,6%	11,9%	7,3%	8,2%	8,2%	9,7%
Sin cobertura	6,8%	6,5%	4,7%	4,5%	3,9%	4,2%	3,6%	2,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2009 – 2010, con estimaciones preliminares 2011-2012. MSP



Fuente: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay.

Como puede observarse, la evolución de la cobertura de la población a través de IAMC y ASSE se comporta de manera inversa. En los períodos en los que la cobertura IAMC disminuye, se observa, como contrapartida, un aumento de la proporción de personas que poseen cobertura a través del principal prestador público.

Esto tiene una correspondencia histórica con la situación económica del país y el derecho a cobertura a través de las IAMC relacionado a la seguridad social (antigua DISSE). En la creación del SNIS si bien el derecho a elegir un prestador sigue estando ligado a la cobertura de la seguridad social (vincula a la inserción en el mercado formal de trabajo), se incluyeron otros colectivos como hijos y conyugues, jubilados, etc. con libertad de elección del prestador. A partir de la creación del SNIS en el 2007 se verificó un corrimiento de usuarios hacia el sistema mutual fundamentalmente en la población menor de 18 años.

³⁴ Dentro de la categoría agrupada como "otras" se incluye la cobertura por intermedio de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, policlínicas de las intendencias, planes de asignaciones familiares del BPS, seguros privados de salud y otro tipo de cobertura de salud que brindan algunas instituciones como pueden ser cooperativas de ahorro y crédito, etc.

Hay que destacar sin embargo que el descenso de la población usuaria de ASSE entre el 2007 y el 2011 comenzó a revertirse verificándose un leve pero sostenido ascenso hasta la fecha, con un registro de 1.295.316 usuarios en mayo del 2015³⁵. Se puede observar también un cambio en la composición de la misma pasando los usuarios FONASA del 1,48% de la población en 2007 a 28,48% en 2013, tendencia que se mantiene actualmente con 395.879 usuarios FONASA que representan el 30,6% de sus usuarios (ASSE, 2014). Este aumento relativo de usuarios FONASA si bien se verifica en todos los prestadores (debido a la incorporación progresiva de colectivos al SNIS) es un dato importante a analizar, dado que el SNIS plantea un escenario de complementación de servicios entre prestadores pero también de competencia por la población usuaria FONASA. Algunos elementos que podrían explicar la elección del prestador público son su amplia red de servicios de nivel nacional, la cobertura de prestaciones no incluidas en el PIAS y la no existencia de copagos para acceder a sus prestaciones.

En referencia a las **características de la población cubierta por los prestadores** del SNIS, las siguientes tablas muestran la composición de la población por quintil de ingreso que accede a los distintos prestadores integrales antes y después de la creación del SNIS.

**Tabla 11. Cobertura de salud de la población según quintiles de ingreso.
Años 2006 – 2011.**

Año 2006					
	1°	2°	3°	4°	5°
ASSE	79,1%	60,5%	40,4%	19,7%	4,8%
IAMC	6,3%	20,8%	41,5%	65,9%	83,2%
Seg. Priv.	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	4,2%
Pol/Mil	5,1%	8,9%	8,5%	7,0%	4,2%
BPS	1,2%	1,7%	0,9%	0,4%	0,0%
Polic. Mpal.	5,2%	3,1%	1,9%	1,0%	0,2%
Otro	0,8%	2,0%	2,9%	2,7%	1,9%
Sin cob.	2,4%	2,9%	3,8%	3,0%	1,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Año 2011					
	1°	2°	3°	4°	5°
ASSE	70,9%	41,8%	25,7%	13,3%	3,6%
IAMC	21,4%	46,3%	61,8%	74,1%	79,3%
Seg. Priv.	0,1%	0,1%	0,4%	1,1%	8,8%
Pol/Mil	3,6%	8,1%	8,6%	8,6%	6,9%
BPS	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Polic. Mpal.	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Otro	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Sin cob.	3,4%	3,1%	3,1%	2,4%	1,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Montevideo, OPS, 2015.

35 Fuente: Departamento de Gestión de la Información de ASSE

Como puede observarse ha aumentado el acceso de la población de menores ingresos al sector mutual y se observa un aumento en la proporción de personas de hogares con mayores ingresos a seguros privados. Sin duda estos cambios de perfil de las poblaciones deben ser acompañados por adecuaciones en los servicios que ofrecen los prestadores y generan impactos en los costos de estos servicios.

Desde el punto de vista de la **distribución geográfica**, según datos del SINADI, tanto en ASSE como en las instituciones mutuales la mayoría de los usuarios están en la región metropolitana, lo que refleja la concentración de la población del país en el sur y en la capital particularmente. En ASSE la concentración es menos marcada que en las IAMC (64.5% de los usuarios en esa región en 2013). El 60% de los usuarios de las IAMC están afiliados a una institución con sede principal en la capital, mientras que en ASSE la relación es inversa con sólo el 26,4% de sus afiliados en Montevideo³⁶.

Desde el punto de vista de la **estructura de camas por prestador**, en el siguiente cuadro puede observarse que ASSE es quien cuenta con la mayor cantidad de camas para los cuidados básicos y moderados y las IAMC cuentan con mayor número de camas de CTI. Otra diferencia es su distribución en el país, siendo ASSE quien tiene una mayor proporción de camas en el interior del país, lo que es consistente con la distribución de su población.

Cuadro 6. Camas disponibles por nivel de cuidados. Uruguay. 2013.

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Camas disponibles en cuidados básicos	0	42	42	1.139	286	1.425
Camas disponibles en cuidados moderados	1.365	2.068	3.433	2.441	1.684	4.125
Camas disponibles en CTI-CI	194	429	624	72	114	185

Fuente: SINADI Asistencial. Área Economía de la Salud – DIGESNIS

En el caso de las IAMC, la disponibilidad de camas por afiliado es de 1,6 camas de Cuidados Moderados cada mil afiliados y de 0,29 camas de CTI-CI cada mil afiliados. En lo que refiere a CTI-CI, se registra una mayor disponibilidad de camas por afiliado en Montevideo respecto al Interior (0,34 vs. 0,21 camas cada mil afiliados respectivamente), aunque esta diferencia ha disminuido respecto de años anteriores. Por otra parte, la distribución de las camas de Cuidados Moderados en Montevideo e Interior, es similar.

ASSE tiene una disponibilidad global en Cuidados Moderados de 3,4 camas cada mil afiliados, con una mayor concentración en Montevideo (5,1) respecto al interior (2,7) porque es la capital del país donde se encuentran los hospitales de mayor nivel de complejidad. Aun así, la mayor disponibilidad de ASSE en el interior (2,7) respecto a las IAMC (1,6), unida a su bajo porcentaje ocupacional (53%), puede sugerir una capacidad sobredimensionada. La disponibilidad total de CTI-CI de ASSE alcanza las 0,15 camas cada mil usuarios y también están más concentradas en Montevideo (0,34 contra 0,08 camas cada mil usuarios en el interior).

³⁶ Los datos de los censos de usuarios del SINADI registran la población en función de la ubicación de la sede principal de la institución, por lo que no son estrictamente comparables con los de ASSE.

La baja disponibilidad de camas de CTI-CI en el Interior respecto a las IAMC, junto al alto porcentaje ocupacional, indican recursos propios insuficientes lo que se evidencia en la necesidad de ASSE de contratar este recurso a demanda.

En la modalidad alternativa de internación de Cuidados Básicos³⁷ las IAMC cuentan con 42 camas, correspondientes a una única institución de Montevideo. ASSE cuenta con 1.425 camas, de las cuales 1.139 se encuentran en el interior, fuertemente concentradas en San José (974 camas), por la presencia de instituciones de atención de pacientes psiquiátricos crónicos (Colonias Santín C. Rossi y Etchepare) (MSP, DIGESNIS, 2014).

Una mirada complementaria sobre la cobertura de salud desde el punto de vista del **acceso**, lo ofrece la indagación realizada a partir de la Encuesta Continua de Hogares del año 2011 en la pregunta referida a si más allá de poseer derechos en determinada institución, las personas efectivamente accedían a la atención. Según puede observarse en la siguiente tabla hay una alta tasa de atención regular en todas ellas, por lo cual podría afirmarse que hay una adecuada accesibilidad a los servicios.

Tabla 11: Más allá de tener derechos en la institución, ¿se atiende regularmente en ella?

	ASSE	IAMC	Seg. Priv.	Pol./Mil.
SI	98,10%	98,10%	97,30%	76,30%
No, por no poder pagar tickets, etc.	0,00%	0,70%	1,70%	2,60%
No, por demoras excesivas	0,70%	0,20%	0,00%	0,80%
No, por distancia del lugar	0,10%	0,10%	0,40%	8,90%
No, otros	1,10%	0,80%	0,50%	11,30%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Montevideo, OPS, 2015.

Las causas de no acceso más frecuentes son para ASSE la demora excesiva, para las IAMC y los seguros privados son el pago de tickets y para Sanidad Militar y Policial la distancia del punto de atención.

La población uruguaya cuenta entonces a partir de la creación del SNIS con una amplia cobertura, accediendo a las prestaciones de salud a través de los prestadores integrales del sistema de salud u otros efectores en coordinación con los mismos.

Conjuntos de prestaciones incluidos en el PIAS

Respecto a la cobertura prestacional, Uruguay optó por la definición de un listado positivo integral de prestaciones para toda la población. En el 2008, en el que se aprobó el PIAS³⁸ se definió un conjunto de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales y para toda la población del país.

³⁷ Se considera como Cuidados Básicos aquellos sectores de internación específicamente diseñados y destinados a tal fin, tales como sector destinado a adultos mayores de alto riesgo, o pacientes geriátricos, o sectores destinados específicamente a cuidados paliativos, a los que se les haya asignado un número de camas de dotación predefinido.

³⁸ El PIAS fue aprobado por el Decreto N° 465/008 del Poder Ejecutivo en el mes de octubre de 2008.

Algunos elementos de este plan de beneficios se destacan en comparación con los existentes en la región (Molins, Alonso, Fernández. BID. 2014). Cabe señalar:

- Constituye un plan de beneficios en salud con garantías explícitas (lista positiva), que describe de manera clara y precisa las prestaciones de salud a las que tiene derecho la población con el objetivo de lograr la universalidad y equidad del acceso a la salud.
- A pesar de estar financiado por distintos fondos, el plan cubre a casi toda la población.
- Tiene dos grandes componentes: los programas nacionales de salud, que son acciones de promoción y prevención dirigidas a grupos de edad específicos, y el catálogo explícito de prestaciones de los servicios de prevención secundaria y terciaria en todos los niveles de atención.
- El catálogo de prestación está compuesto por: prestaciones diagnósticas y terapéuticas de complejidad y costos bajos o medianos (PBMC); medicamentos de costo bajo o mediano (MBMC); prestaciones diagnósticas y terapéuticas de alta especialización y costo, y medicamentos de alto costo y alto impacto económico (PyMAC). Con el PIAS se pasó de la lógica de explicitar las exclusiones, a describir en forma clara y precisa las prestaciones de salud a las que tiene derecho la población, de tal forma que se constituyen en una garantía explícita, exigible y equitativa al estar disponible para todos los ciudadanos. Con una perspectiva de derechos, el PIAS ofrece un abordaje integral, con acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en todos los niveles de complejidad.
- En el funcionamiento del PIAS se destacan los contratos de gestión entre la Junta Nacional de Salud con los prestadores integrales de salud, que cumplen la función de prestadores y articuladores de los servicios de salud. Estos contratos definen metas y criterios de calidad de las prestaciones incluidas en el plan de beneficios en salud. Esta articulación entre el contenido de un plan de beneficios y mecanismos de pago que premian el desempeño es una característica destacada del PIAS.

Mantener un listado integral de prestaciones actualizado es una decisión que garantiza la mayor igualdad para la población pero que requiere también un máximo esfuerzo político y técnico. El país enfrenta actualmente el desafío de lograr la actualización de las prestaciones con la aceptación social necesaria y la viabilidad económica correspondiente.

Las prestaciones financiadas por el FNR abarcan un amplio listado, entre las cuales se pueden mencionar: Cateterismo Cardíaco, Cirugía Cardíaca, Marcapasos, Angioplastia coronaria, Cardiodesfibriladores, Implante coclear, Diálisis, Atención a Grandes Quemados, Prótesis de cadera y rodilla, Medicamentos de Alto Costo, Trasplantes Cardíaco, Pulmonar, Hepático, Renal y de Médula Ósea. Hasta el momento actual más de 265.000 pacientes han podido acceder a un conjunto de 17 técnicas (algunas de ellas en el exterior del país), por medio de un sistema que hoy cubre a 27 IMAEs institucionales (la mayoría de los cuales realizan técnicas en diversas especialidades), más 38 centros de hemodiálisis y 3 que realizan sólo diálisis peritoneal³⁹.

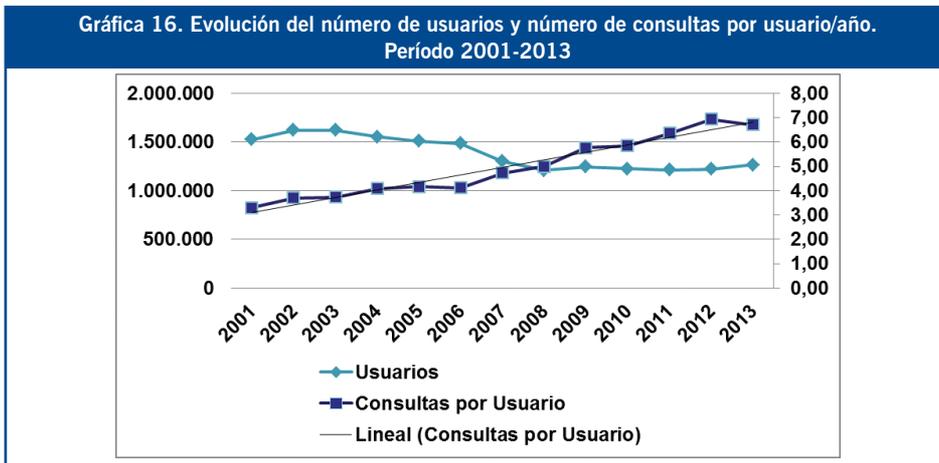
39 Anexo I Listado de técnicas y procedimiento cubiertos por el FNR.

Algunos indicadores de utilización

En base al documento del MSP “Desempeño de los Prestadores Integrales del SNIS 2010-2014”, se presentan los indicadores de uso en distintas modalidades de cuidados.

El **promedio de consultas médicas** totales al año por afiliado para el conjunto de las IAMC en 2013 fue de 6,8 consultas, mientras que en ASSE alcanzó las 4,6 consultas. Esta diferencia es el reflejo fundamentalmente de la diferencia existente en las consultas no urgentes, ya que las urgentes son similares en ambos prestadores.

Sin embargo al analizar esta diferencia se debe tomar en cuenta que en ASSE algunas consultas del proceso de atención son realizadas por técnicos no médicos, y no son incluidas en las consultas médicas que se informa al SINADI Asistencial (ej. controles obstétricos por parteras). En el siguiente gráfico puede observarse el aumento en ASSE de las consultas por usuario al equipo de salud por año en el período 2001 - 2013. Si analizamos las consultas por usuario/año se observa que se pasa de un valor de 5 consultas usuario/año en 2008 a casi 7 consultas en 2013.



Fuente: ASSE. *Hacia una nueva dinámica institucional, 2010-2014. Capítulo 1. ASSE en Cifras.*

Otras posibles explicaciones de la diferencia de consultas médicas radica en la casi inexistencia en ASSE de la consulta médica a domicilio que tienen las IAMC, y a un posible subregistro.

En cuanto a la **utilización de las camas** disponibles, en ASSE los egresos cada 1000 afiliados son mayores que en las IAMC tanto en Montevideo como en el Interior del país para la modalidad de cuidados moderados, situación que se invierte para los egresos de CTI.

En Internación Domiciliaria existe un comportamiento claramente diferenciado entre las IAMC y ASSE, como reflejo de un bajo desarrollo de esta modalidad en el prestador público.

Durante el ejercicio 2013 las IAMC registran 473 **DCO**⁴⁰ cada mil afiliados por año en Cuidados Moderados y 63 DCO en CTI-CI, siendo mayor en las IAMC de Montevideo que en las del interior.

Tabla 12. Días cama ocupado cada mil afiliado por tipo de institución. Uruguay, 2013

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Internación Domiciliaria	157,3	113,4	132,2	81,9	29,5	67,7
Cuidados Moderados	428,4	503,4	472,8	522,5	1.463,20	779,1
CTI - CI	45,9	74,3	62,6	26,9	111	49,8

Fuente: MSP. Desempeño de los Prestadores Integrales del SNIS 2010-2014

ASSE muestra valores llamativamente altos en Cuidados Moderados de Montevideo (casi tres veces los valores de ASSE interior e IAMC de todo el país) a lo largo del período, en parte por una mayor cantidad de egresos, pero sobre todo por concentrar en Montevideo los hospitales de referencia nacional con pacientes que requieren internaciones más prolongadas.

En CTI-CI, ASSE tiene valores menores a las IAMC en el Interior y mayores en Montevideo. Eso determina una mayor concentración de la demanda en Montevideo lo que seguramente está explicado también por la concentración de hospitales de referencia en la capital y adicionalmente por el efecto del subregistro de las internaciones contratadas a CTI-CI privados.

El **promedio de estadía** para las IAMC en 2013 fue de 4,6 días de internación en Cuidados Moderados, 6,5 días en CTI-CI y 11 días en Internación domiciliaria. Estos valores se han mantenido relativamente constantes desde años anteriores.

Las instituciones del Interior, en relación a las de Montevideo, presentan un menor promedio de estadía tanto para Cuidados Moderados como para CTI-CI. En el caso de Internación Domiciliaria, la situación es la inversa.

En ASSE a nivel país se observan promedios de estadía de 6,5 días en Cuidados Moderados, 7,5 días en CTI-CI y 37,2 días en Internación Domiciliaria. Son valores mayores a los de las IAMC en todos los grupos. Sin embargo, en CTI-CI el promedio de estadía de Montevideo (6,7) es menor al del Interior (8,6), lo que puede estar relacionado, entre otros factores, a una mayor presión de demanda en Montevideo y a dificultades en la coordinación de traslados que prolonguen las estadías en CTI-CI del Interior.

Durante 2013 las cirugías con **utilización de Block Quirúrgico** registradas en las IAMC del país, llegaron a 70 intervenciones por mil afiliados por año, con un 70% de coordinadas y 30% de urgencia, lo cual se viene observando en años anteriores. En ASSE se constata un índice menor de 43 intervenciones por mil afiliados por año. Se verifica también una mayor concentración en Montevideo.

Con relación a los **estudios diagnósticos** se pudo observar que en exámenes de laboratorio, la media registrada en las IAMC en 2013 fue de 5,9 estudios por afiliado por año, algo mayor al año 2012 (5,0),

40 Día cama ocupado

sin mayores diferencias entre Montevideo y el interior. ASSE, en tanto, presenta una media global similar (5,2 estudios por afiliado por año), aunque con un mayor uso en Montevideo que en el Interior.

Respecto a los exámenes de **radiología convencional**, el grupo IAMC tiene un valor global país de 0,43 estudios por afiliado por año, similar en Montevideo e Interior. ASSE presenta un valor global de 0,39 estudios por afiliado por año, con las mismas características que el laboratorio (mayor concentración en Montevideo).

En cuanto al número de **ecografías, ecodoppler, TAC, RNM y endoscopias** que las instituciones realizan en promedio en el año cada mil afiliados y su distribución geográfica, a lo largo del tiempo las IAMC no han mostrado grandes diferencias, salvo en las Resonancias Nucleares Magnéticas, donde el grupo Montevideo ha registrado un índice ostensiblemente mayor que el del Interior, posiblemente vinculado a una mayor accesibilidad geográfica por la concentración de los Resonadores en la capital del país.

ASSE en cambio, además de valores menores a las IAMC, muestra diferencias regionales en el uso de todos los procedimientos señalados, con una mayor utilización en Montevideo, reflejando el efecto de los factores ya mencionados (concentración de los hospitales de mayor complejidad, a lo que se suma la mayor disponibilidad de equipamiento en Montevideo).

Tabla 13. Estudios por mil afiliados por año. Uruguay. 2013

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Ecografías	284,7	245,5	261,7	158,4	245,6	182,2
Ecodoppler	27,6	38,8	34,2	18,8	23,2	20
TAC	80,4	70,8	74,8	35,44	109,2	55,6
RNM	12,7	19,9	16,9	5,2	10,1	6,5
Endoscopías	28,5	27,1	27,7	11,3	25,8	15,3

Fuente: MSP. Desempeño de los Prestadores Integrales del SNIS 2010-2014

En suma, se observa una mayor utilización de los servicios en las IAMC que en ASSE y en Montevideo que respecto al Interior, lo cual es más acentuado en ASSE.

2.4.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en el sector salud

En Uruguay el desarrollo de la fuerza de trabajo de nivel terciario, se concentró históricamente en el sector público fundamentalmente en la Universidad de la República (UDELAR) que tiene un funcionamiento autónomo. A partir de la década del 80 se instalaron también formadores de nivel terciario en el sector privado con algunas carreras del área de la salud como psicología, odontología, enfermería, y más recientemente la carrera de medicina. La UDELAR ofrece 33 carreras de grado en el área de la salud.

Como puede observarse en el Cuadro 7 los ingresos a la UDELAR son sustantivamente mayores que a las instituciones del sector privado. El peso relativo del ingreso al área de la salud también es superior en la UDELAR, constatándose en 2012 una proporción de 27,4% de la matrícula de la UDELAR y 12,5% de los ingresos de las Instituciones Educativas del Sector Privado.

Cuadro 7. Indicadores generales de participación en institutos y universidades del sector público y privado.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos UdelaR	17.495	17.585	17.407	17.687	18.425	19.467	18.705	19.334
Ingresos Universidades Privado e Institutos Universitarios	2.606	2.897	2.909	3.505	3.736	4.130	4.240	3.839
Ingresos al Área de la Salud UdelaR	4.504	4.449	4.430	4.536	5.432	5.082	5.280	5.075
Peso relativo de los ingresos al área de la Salud en el total de la UdelaR	25,7	25,3	25,4	26,4	29,5	26,1	28,2	27,4
Ingresos al Área de la Salud Sector Privado	206	333	339	412	380	410	529	481
Peso relativo de los ingresos al área de la Salud en el total del Sector Privado	7,9	11,5	11,7	11,8	10,2	9,9	12,5	12,5

Fuente: Situación de los Recursos Humanos en Salud de Uruguay. BE 01/14. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. MSP. 2014

En cuanto a la distribución de estudiantes entre las carreras del área de la salud, la Facultad de Psicología es la que tiene mayor matrícula en la UDELAR con menores variaciones en los años estudiados. Le sigue la Facultad de Medicina y particularmente la Escuela de Tecnologías Médicas que funcionan en su órbita, y han duplicado su matrícula en el período.

Cuadro 8. Ingresos al Área de la Salud – UdelaR por servicios

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Facultad de Medicina	1.052	960	726	959	956	892	1.164	1.191
Facultad de Odontología	253	190	221	198	194	248	233	193
Facultad de Psicología	1.373	1.249	1.253	1.178	1.184	1.337	1.337	1.268
Facultad de Enfermería	559	491	526	399	1.297	769	596	509
E. U. Nutrición y Dietética	357	407	412	386	307	370	343	401
Escuela Universitaria de Parteras	240	254	264	314	276	372	405	366
E. U. Tecnología Médica ²	419	454	548	734	752	369	746	823
E. de Tecnología Odontológica ³	251	262	270	155	179	87	173	126
I. Superior de Educación Física	0	180	210	213	213	217	224	374

Fuente: Situación de los Recursos Humanos en Salud de Uruguay. BE 01/14. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. MSP. 2014

Existe una marcada tendencia a realizar estudios de posgrado en la carrera de medicina, con alrededor de un 75% de médicos con título de especialidad (OPS, 2009). Dentro de las especialidades elegidas, las básicas, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Ginecología, Geriatria-Gerontología, son las menos frecuentes.

Cuadro 9. Especialidades de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina - UdelaR

Grupo de especialidades ⁷	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos EB	74	110	81	129	129	142	118	224
Ingresos EM	256	244	211	284	228	276	254	253
Ingresos AQ	42	39	53	54	72	64	81	80
Total	372	393	345	467	429	482	453	557
Egresos EB	59	68	97	48	74	75	69	67
Egresos EM	156	139	142	154	153	156	168	148
Egresos AQ	97	48	54	58	66	39	54	59
Total	312	255	293	260	293	270	291	274

Fuente: Situación de los Recursos Humanos en Salud de Uruguay. BE 01/14. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. MSP. 2014

La Facultad de Medicina ha acompañado los ejes principales del SNIS referidos al cambio de modelo de atención, priorizando la estrategia de APS y la atención en el primer nivel. En ese sentido en el 2008 se puso en marcha un nuevo plan de estudios que parte de la redefinición del perfil del médico según competencias. El médico es definido como un trabajador social cuyo rol consiste en contribuir a la conservación, la promoción y la protección de la salud de las personas, las familias y los conjuntos sociales, o a su recuperación cuando es necesario, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia población y sus componentes.

El plan 2008 organiza un currículum de siete años en tres etapas (Bases de la Medicina Comunitaria; Medicina General Integral; Internado) con un título intermedio de Técnico en promoción de salud y prevención de enfermedades y un abordaje precoz en la carrera, de las personas, las familias y los grupos sociales involucrados en el proceso salud enfermedad, con interacción básico-clínica⁴¹.

A pesar de los esfuerzos por avanzar en un plan de estudios acorde a los requerimientos del proceso de consolidación del SNIS, las inercias de la cultura institucional y algunos aspectos de la dinámica de co-gobierno, determinan que sea muy lenta la transición del modelo formativo de la Facultad de Medicina.

Por otra parte se aprobó a nivel parlamentario, en el 2008, el “Programa para la Formación y Fortalecimiento de los RRHH de los Prestadores Públicos de los Servicios de Salud”, gestionado por ASSE y la Facultad de Medicina. En su reglamento de funcionamiento explicita su propósito de contribuir con el desarrollo del SNIS, fortaleciendo áreas imprescindibles que garanticen su puesta en marcha, mejorando aspectos vinculados a la formación de los RRHH. Define como prioritario:

- Formar los RRHH necesarios orientados al cambio de modelo de atención, a la vez que se contemplan especialmente aquellas especialidades de demanda “crítica” para ASSE.
- Fortalecer la formación en gestión de los profesionales responsables de los equipos docentes - asistenciales.
- Mejorar los niveles de satisfacción y calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud del subsector público.

⁴¹ Aporte de la Facultad de Medicina al informe quinquenal UdelaR. Los cambios, la Facultad de Medicina y el SNIS. Marzo 2009.

Este programa que tiene como herramienta principal la asociación de la actividad clínica en los servicios públicos, con la actividad docente de la Facultad de Medicina de la UDELAR, ha permitido ampliar la plataforma docente y la formación de especialidades médicas requeridas por el SNIS como medicina familiar y comunitaria y especialidades anestésico-quirúrgicas.

También ha priorizado la instalación de unidades docente-asistenciales en el interior del país como forma de mejorar la disponibilidad de recursos calificados y extender la actividad académica a distintas regiones del país.

Debe señalarse la carencia de una Escuela de Salud Pública en el ámbito universitario, lo que ha determinado las graves carencias de formación de recursos humanos calificados en el campo de la salud pública en el país.

El MSP ejerce la rectoría de los RRHH desde las políticas públicas y una planificación que incorpora a los actores del campo de los RRHH en salud como forma de transitar hacia una regulación compartida, planificada y ordenada. Para cumplir este objetivo en el 2010 se creó la **División de Evaluación y Monitoreo de los Recursos Humanos en Salud (RHS)** cuyo propósito es tener dentro del MSP una unidad de trabajo que organice, coordine y planifique el tema con perspectiva de sistema. Es así que se consolida la división con el reagrupamiento de unidades y departamentos preexistentes en el organigrama del MSP (Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de DIGESA y la agenda de mercado de trabajo de Economía de la Salud – DIGESE). Esta división ha trabajado en la mejora de los sistemas de información sobre recursos humanos de salud. En el 2011 se creó un Sistema de Habilitación y Registro de Profesionales de la Salud (SHARPS) por vía web, con el objetivo de facilitar el procesamiento estadístico de los datos relevados y agilizar el proceso de registro de los RHS. Por otra parte se continúa trabajando en la mejora del Sistema de Control y Análisis de los Recursos Humanos (SCARH), que releva los datos de los trabajadores del SNIS.

El sistema SCARH genera información de desempeño, dedicación, ocupación y costos de los recursos humanos de cada una de las IAMC. Si bien los sistemas de información con los que se cuenta permiten abarcar la mayor parte del universo del sector, el mismo no está completo y aún hay que trabajar en la mejora de la calidad de la información.

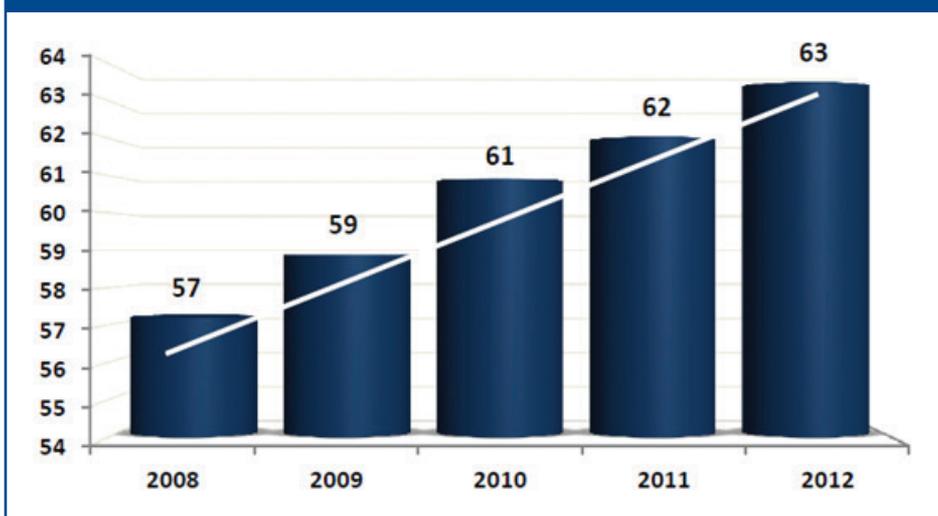
Otra iniciativa, que se llevó adelante con el apoyo de la OPS, fue la creación en 2012 del Observatorio de RRHH en Salud. Este ámbito que cuenta con la participación del MSP, de los formadores, de los prestadores y de los actores sociales organizados⁴², es un espacio de intercambio y producción de información para la construcción de políticas en Recursos Humanos de Salud. En estos años ha logrado poner en funcionamiento varias comisiones de trabajo, con productos accesibles para todos los actores del SNIS.

Disponibilidad de RHS

En relación a los indicadores de **densidad de recursos humanos cada 10.000 habitantes** y tomando en cuenta las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015, se puede observar en la Gráfica 17 que el país está muy por encima de la meta propuesta de 25 profesionales por 10.000 habitantes (suma de médicos, enfermeras universitarias y parteras).

42 Integrantes del ORHSU: MSP – ASSE - Sanidad Militar – FUS – SMU – FFSP - Servicios del área salud de la UdeLaR - Secretaría Gremial de FEMI - Cámaras y empresas de las IAMC (UMU, FEMI, MUCAM, CIES, Plenario).

Gráfica 17. Densidad de RHS cada 10.000 habitantes. Uruguay. 2008 - 2012

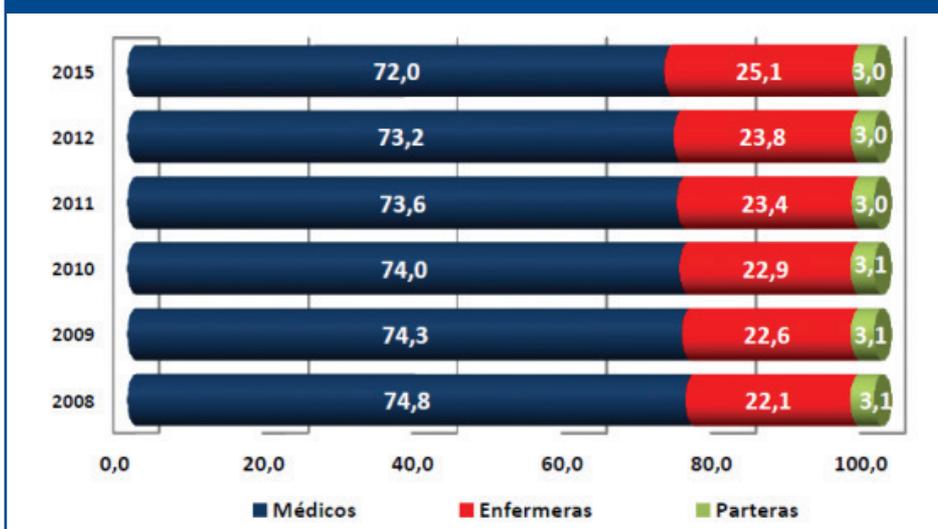


Fuente: Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud. 2007 - 2015. Uruguay. MSP. 2013.

Sin embargo al estudiar la composición de este indicador se encuentra una sub representación de enfermeras y parteras lo que puede indicar problemas fundamentalmente de eficiencia.

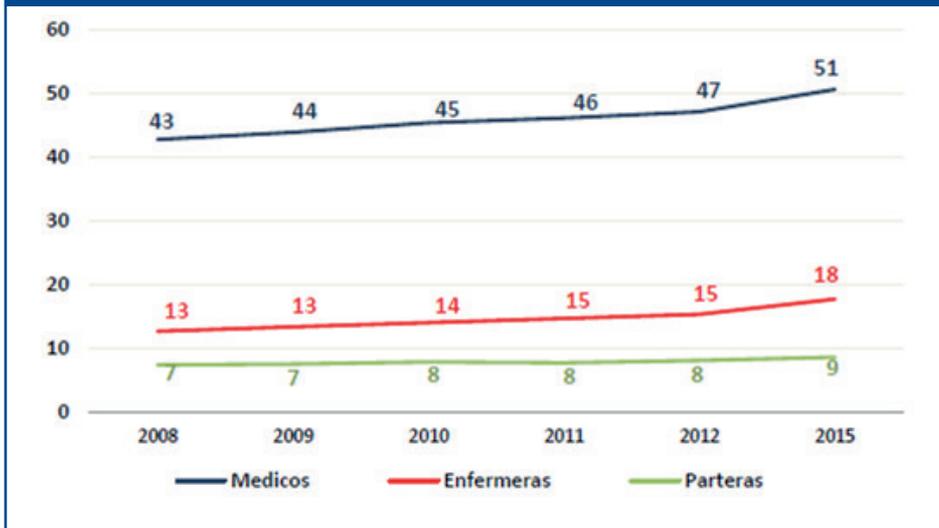
Pese a que la disponibilidad de enfermeras ha venido en aumento en los últimos años, las diferencias en términos reales entre el número de médicos y estas profesionales también se han incrementado, pues aún se siguen formando más Doctores en Medicina que Licenciadas en Enfermería.

Gráfica 18. Peso relativo de cada profesión en la composición de los RHS. Uruguay.



Fuente: Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud. 2007 - 2015. Uruguay. MSP. 2013.

Gráfica 19. Densidad de RHS cada 10.000 habitantes. Uruguay. 2008 – 2015

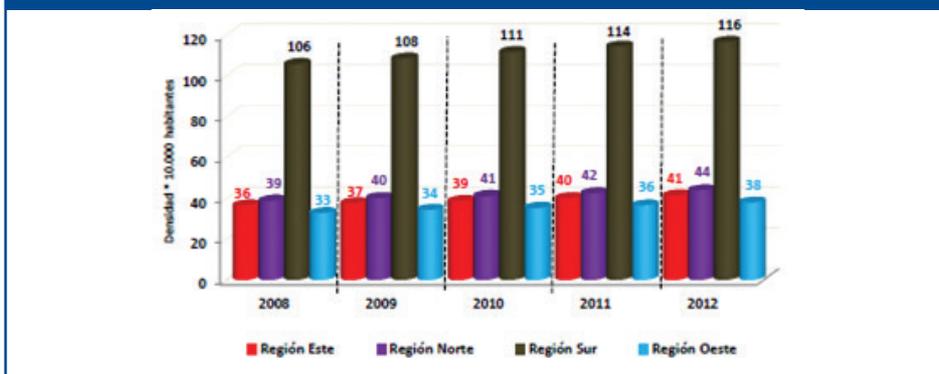


Fuente: Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud. 2007 – 2015. Uruguay. MSP. 2013.

Este problema debe ser analizado considerando las características de la organización del trabajo del país ya que los Auxiliares de Enfermería asumen funciones que en otros países son asignadas a las enfermeras profesionales, abocándose estas últimas a una función predominantemente de gestión de los cuidados de enfermería, y participación en la coordinación y administración de los servicios.

Según el informe del Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Uruguay (ORHS) del año 2013, la distribución de los RRHH (considerando las profesiones medicina, odontología, enfermería y química farmacéutica) según lugar de residencia, muestra una marcada desigualdad. La densidad de estos profesionales residentes en la Región Sur (que incluye a la capital del país) es notoriamente mayor que en las otras regiones.

Gráfica 20. Densidad general de RHS cada 10.000 hab. según región. Uruguay. 2008-2012

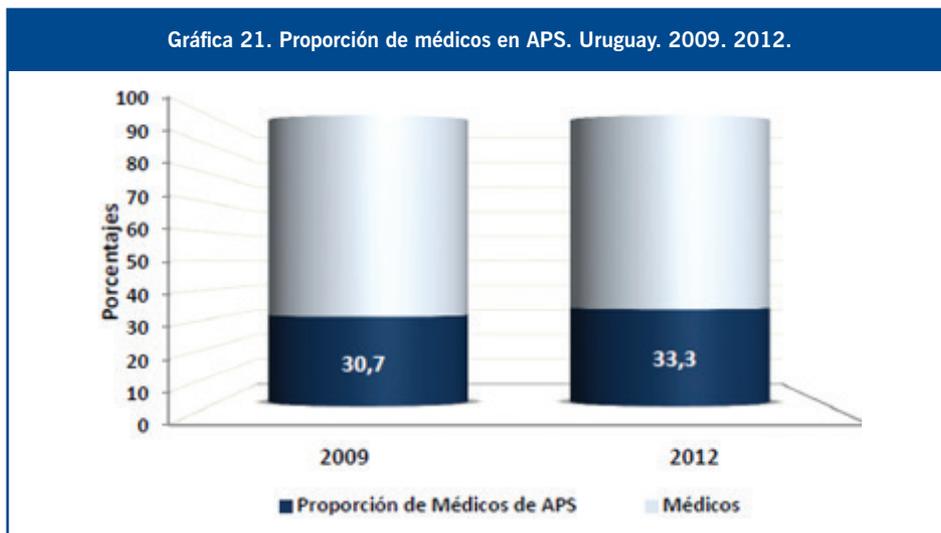


Fuente: Indicadores básicos de recursos humanos en salud 2013 observatorio de recursos humanos en salud del Uruguay (ORHSU)⁴³

43 Regiones definidas por ASSE: REGIÓN ESTE (Cerro Largo, Lavalleja, Treinta y Tres, Maldonado, Rocha). REGIÓN NORTE (Artigas, Rivera, Tacuarembó, Paysandú, Salto). REGIÓN SUR (Montevideo, Canelones). REGIÓN OESTE (Durazno, Flores, Florida, San José, Colonia, Río Negro, Soriano).

Si bien las distancias del país posibilitan que los profesionales residentes en la Región Sur se trasladen y desempeñen en las otras regiones, este es un tema de preocupación nacional. Tanto desde el nivel gubernamental como desde la UDELAR se han desarrollado diferentes políticas para descentralizar la formación y radicación de profesionales en el interior del país. Dentro de éstas se puede mencionar el Programa de Salud Rural desarrollado en el período 2010 – 2015 por el MSP y las políticas de descentralización y regionalización de la UDELAR.

Respecto a la **proporción de médicos que trabajan en Primer Nivel de Atención**, en el informe elaborado por el MSP sobre Metas Regionales, se calcula⁴⁴, que la proporción llegó en el 2012 un 33,3%, algo más que en el 2009 pero sin alcanzar la meta planteada del 40%.



Fuente: Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud. 2007 – 2015. Uruguay. MSP. 2013.

Dentro de las políticas aplicadas para fortalecer el rol del médico del primer nivel, se estableció una meta asistencial definida por Junta Nacional de Salud (JUNASA), por la cual las instituciones prestadoras de salud, públicas y privadas, deberían asegurar la elección de un médico de referencia a cada usuario.

Por otra parte el país aún tiene un abordaje insuficiente de la constitución de equipos de salud de primer nivel que oficien como referentes de usuarios, familias y comunidades, aunque se han realizado algunos esfuerzos desde el MSP elaborando documentos base para la discusión.

Otro aspecto importante a destacar es el alto **nivel de multiempleo** que se observa en el sector médico, fundamentalmente a nivel de las especialidades anestésico quirúrgicas, lo que ha determinado acciones tendientes a revertir esta situación como la creación de cargos de alta dedicación para algunas especialidades, enfrentando muchas resistencias.

La inserción laboral de los médicos, además del alto nivel de multiempleo, tiene como característica la fragmentación de los cargos dentro de cada una de las instituciones, la unifuncionalidad de los cargos,

44 En base a datos proporcionados por ASSE y las IAMC.

y en los prestadores privados la definición en el laudo de cargos de baja dedicación horaria (extremo de 26 horas mensuales para el caso de policlínica), determinando que un mismo profesional tenga más de un cargo dentro de una misma institución. Se generan dos consecuencias que determinan un grave deterioro de calidad de la atención: el multiempleo privado – privado y privado – público, y el efecto de fragmentación del trabajo intra-institucional, que implican en la asistencia un correlato de fragmentación de la actividad en las distintas áreas de trabajo, impidiendo el seguimiento longitudinal e integral de los pacientes atendidos. (Katzkowicz y Pradere. 2015).

Cuadro 10. Porcentaje de personas trabajando en más de una institución. ASSE. IAMC. Uruguay. 2010-2013.

Medicina				
Cantidad de instituciones	2010	2011	2012	2013
1	45,5%	44,5%	44,1%	44,2%
2	33,6%	34,0%	34,2%	33,9%
3 y más	20,9%	21,5%	21,7%	21,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Enfermería				
1	85,6%	85,7%	86,4%	85,1%
2	14,2%	14,1%	13,4%	14,7%
3 y más	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Técnicos no médicos				
1	79,9%	79,6%	80,5%	79,8%
2	16,4%	16,6%	15,7%	16,3%
3 y más	3,6%	3,9%	3,7%	4,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Situación de los Recursos Humanos en Salud de Uruguay. BE 01/14. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. MSP. 2014

Condiciones de trabajo

Respecto a las condiciones de trabajo en Uruguay existe un marco legal sólido que da garantías y protección a los trabajadores en general, y en particular a los del sector salud en materia de seguridad sanitaria, licencias reglamentarias por enfermedad, estudio, embarazo, luto, pensiones por discapacidad notoria, seguro social, seguro por accidente de trabajo, etc. La cobertura de seguridad social para los profesionales de la salud es alta aunque no universal.

La ley 15.965 del 28 de julio de 1988, aprobó la incorporación y ratificación en la legislación nacional de los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo. En dicha ley se aprueba, el Convenio N° 148 relativo al medio ambiente de trabajo, el Convenio N° 155 sobre la seguridad y salud de los trabajadores y el Convenio N° 161 relativo a los servicios de salud en el trabajo. Esta ley recién se reglamentó en agosto del 2007 a través del decreto 291 haciendo posible su aplicación.

En cuanto a las políticas de negociación colectiva, en Uruguay existen mecanismos concretos para prevenir, mitigar y resolver los conflictos de trabajo y para garantizar los servicios de salud esenciales. Existen normas, leyes y decretos, que crean las garantías y espacios de participación para mantener obligatoriamente la negociación entre las partes involucradas, tanto en la esfera pública como privada.

Uno de los principales logros para el sector salud en el año 2012, fue la firma en el ámbito del consejo de salarios⁴⁵ Grupo 15, del acuerdo que cimienta la reforma del mercado de trabajo médico en el sector privado. Su objetivo es mejorar la calidad de atención, introducir cambios que apunten a priorizar el primer nivel de atención y mejorar la calidad de vida de los trabajadores médicos. Incluyó entre otras variables, la creación de cargos de alta dedicación. Estos cargos permiten al profesional asignar horas para la asistencia y para su formación. Favorece también el ejercicio en el mismo cargo de diversas funciones relacionadas (policlínica, urgencia, atención domiciliaria, etc.). Otros aspectos importantes de esta nueva modalidad son la reducción del horario de las guardias médicas y la asignación de pagos variables por referenciación de pacientes⁴⁶. El acuerdo de 2012 abarcó medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría y ginecología.

2.4.3 Medicamentos y otros productos sanitarios

Para comercializar un medicamento en el país, éste debe registrarse en el MSP cumpliendo las normas existentes. La evaluación de medicamentos y tecnología la realiza la Dirección General de la Salud (DIGESA). Hasta el momento el país no ha contemplado la evaluación económica como un instrumento a ser aplicado en el momento del registro de los medicamentos ni otras tecnologías médicas. El Uruguay cuenta con la Ley de patentes (17.164) en el marco del Acuerdo ADPIC, de la Ronda de Uruguay del GATT, pero al igual que otros países de la región presenta pocos medicamentos que han realizado los trámites correspondientes. Una vez aprobada su comercialización, se define la cobertura o no del medicamento por parte del SNIS.

El país cuenta desde el 2006 con un Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) en el que se incluyen un amplio listado de medicamentos seleccionados para su cobertura obligatoria por todos los prestadores de salud del SNIS, que abarca las acciones de prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. También incluye un listado de medicamentos a ser provistos luego de su protocolización y un listado de medicamentos de alto costo (MAC) a ser provistos por el Fondo Nacional de Recursos. El FTM se creó por el Decreto del MSP 265/006 del 7 de agosto del 2006. En el mismo se establece en su artículo 5 que tanto los profesionales como las instituciones tienen la responsabilidad de suministrar los medicamentos atendiendo al nombre genérico y condiciones registradas en el MSP, estableciendo mecanismos de excepcionalidad para la prescripción bajo denominación comercial. Este decreto crea también en su artículo 7, la Comisión Asesora Terapéutica Nacional cuyo cometido es la revisión y actualización anual del FTM proponiendo modificaciones al MSP quien será el responsable de su aprobación final, y de asesorar al órgano rector en los asuntos relacionados. La Comisión está integrada actualmente⁴⁷ por: dos representantes del MSP uno de los cuales preside la misma, un representante del MEC, un representante del FNR, un representante de ASSE y dos representantes de las IAMC, uno de Montevideo y uno del Interior.

La política de medicamentos del país no incluye una regulación de los precios de medicamentos, pero el esquema de compras públicas a través de la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA) tiene cierta capacidad de regular desde la demanda. En el caso particular de los MAC el FNR agrega demanda como

45 *La Ley de Negociación Colectiva de las Relaciones Laborales en el Sector Público, establece los derechos y obligaciones de las partes involucradas, la estructura del sistema de negociación colectiva y la prevención de conflictos colectivos. Se establecen tres niveles de participación, el Consejo Superior de Negociación Colectiva (órgano de coordinación y gobernanza de las relaciones laborales), las mesas de negociación por rama o sector y las mesas por organismo o inciso. También en el 2009 se crea la ley 18.566 de Negociación Colectiva del Sector Privado con similares características.*

46 *Implica la libre elección de los usuarios de un médico de referencia a cargo del seguimiento longitudinal de su atención sanitaria.*

47 *La integración inicial fue modificada por el Decreto 4/010 del 7 de enero del 2010 y Decreto 249/011 de julio del 2011.*

para obtener una mayor economía de escala que la que podrían obtener los prestadores del SNIS si se pulverizara la cobertura y realizaran adquisiciones descentralizadas. Sin embargo, el volumen de mercado que opera Uruguay no involucra dimensiones como para otorgarle al gobierno una fuerte capacidad de negociación como, por ejemplo, la que obtiene Brasil (FNR, 2010).

Los MAC cubiertos por el FNR incluyen medicamentos para cáncer colon-rectal, esclerosis múltiple, hepatitis, cáncer de mama, cáncer de riñón, diabetes, Parkinson entre otros.

La definición acerca de los procedimientos y medicamentos a ser cubiertos por el FNR surge a partir de normativas en las cuales quedan expresamente detalladas las indicaciones de cada una de las medidas mencionadas, que deben ser conocidas por los médicos e instituciones al realizar una solicitud de cobertura. En las normativas se establecen criterios de inclusión y exclusión para ser beneficiario de la cobertura así como situaciones en las cuales se requiere una discusión individualizada antes de autorizar la prestación. No funcionan como guías de práctica para el manejo de la enfermedad en cuestión, su función central consiste en trazar el camino crítico para definir la necesidad o no de un paciente respecto a determinado MAC.

Actualmente está en el debate parlamentario un proyecto de ley que limita las responsabilidades del Estado a financiar MAC que no habiendo sido aprobados por la Comisión Técnica correspondiente, son resueltos a través de fallos judiciales.

2.4.4. Equipos y Tecnología

El sistema de salud de Uruguay deberá enfrentar el dilema de responder a una brecha cada vez más grande entre lo que la ciencia y la tecnología van a posibilitar y lo que se va a poder financiar, porque la capacidad de invertir en el sistema de salud crece en forma más lenta que las posibilidades que abre el conocimiento.

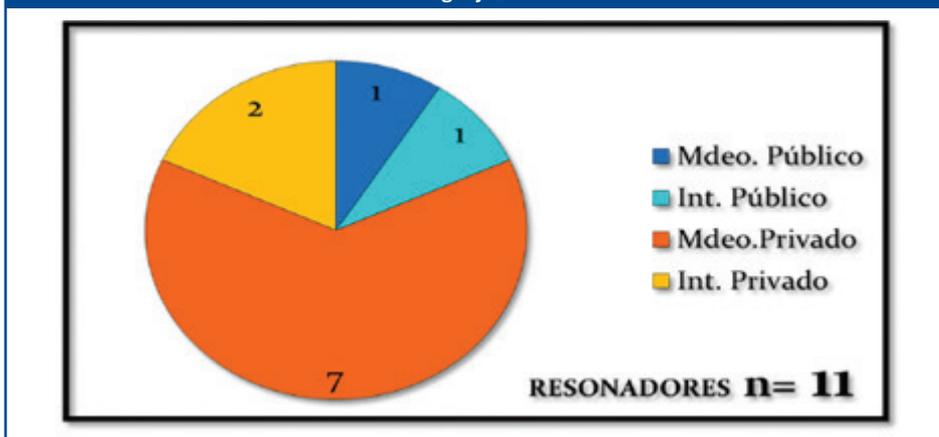
Los progresos y el crecimiento exponencial en el potencial diagnóstico y terapéutico han contribuido a generar expectativas, pero no se debería perder de vista que más tecnología no necesariamente supone una mejor atención.

El desafío es cómo obtener, asignar y distribuir recursos, definiendo prioridades con fundamentos técnicos, éticos y enfoque poblacional. En el campo industrial los avances permiten abaratar costos y el desarrollo tecnológico es funcional a los mercados (Fernández Galeano y Benia, 2011). En el campo sanitario la medicina permite cada vez más alternativas, a superior costo pero no necesariamente en base al mejor conocimiento científico disponible.

Resulta imprescindible pensar la sociedad en su conjunto y establecer dónde aplicar los recursos para maximizar el impacto en salud. Lo que se le dará de más a algunos se le estará sacando a muchos; no es razonable financiar lo que no es demostradamente eficaz y efectivo.

Como ejemplo de la situación del país, se tomaron dos tecnologías de alto costo cuya distribución se analiza en las siguientes gráficas. Es interesante observar las gráficas relacionadas con algunos indicadores de utilización si bien no se deben extraer conclusiones lineales.

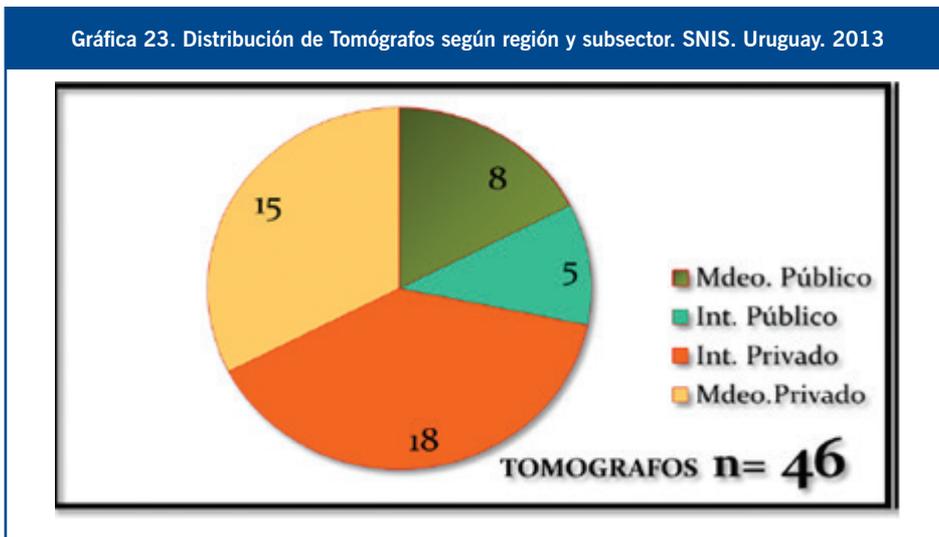
Gráfica 22. Distribución de Equipos de Resonancia Magnética según región y subsector. SNIS. Uruguay. 2013



Fuente: Plan Estratégico de la RIEPS 2014-2020.

El subsector privado que tiene la cobertura del 60 % de la población, concentra el 82 % de los Resonadores Magnéticos. El número de resonancias realizadas cada mil usuarios es sensiblemente más bajo en ASSE (6,5) que en las IAMC (16,9). Por otra parte si se analiza la distribución en el territorio se puede observar que mientras el 40 % de la población reside en Montevideo, se concentran allí el 72 % de este tipo de tecnología. La tasa de resonancias realizadas cada mil usuarios es más baja en el Interior que en Montevideo para los dos subsectores. ASSE realiza 6,5 RNM cada mil usuarios en el Interior y 10,1 en Montevideo, en tanto las IAMC realizan 12,7 RNM cada mil usuarios en el Interior y 19,9 en Montevideo.

Gráfica 23. Distribución de Tomógrafos según región y subsector. SNIS. Uruguay. 2013



Fuente: Plan Estratégico de la RIEPS 2014-2020.

En relación a las tomógrafos existe una distribución territorial más homogénea, con un 50 % de los mismos instalado en Montevideo. La mayoría (72%) pertenecen al subsector privado.

Respecto a su utilización se observa nuevamente una mayor utilización cada mil usuarios en las IAMC (74,8 cada 1000 usuarios) que en ASSE (55,6 cada 1000 usuarios). Sin embargo las IAMC tienen indicadores de utilización mayores en el interior del país (80,4) que en Montevideo (70,8). Esto no sucede en ASSE que mantiene mayores indicadores de utilización en Montevideo (109,2) que en el interior (55,6).

La existencia de un marco regulatorio y reglas de juego claras permitirá que la expansión de los costos en salud no se transforme en un factor que refuerce disparidades en el acceso. Para que en el acceso y uso de nuevas y más costosas tecnologías, incluidos los medicamentos, todos tengan las mismas chances, será necesario construir un acuerdo social éticamente sostenible sobre lo que se puede brindar a toda la población.

El MSP ha definido un conjunto de equipos médicos de alto y mediano porte para los cuales debe realizarse la solicitud de incorporación y ser aprobados por la autoridad sanitaria: Acelerador lineal de electrones, Angiógrafo, Bomba de circulación extracorpórea, Bomba de cobalto, Gamma cámara, Ecocardiógrafo (incluye doppler), Equipo de diálisis, Equipo radiológico "Arco en C", Equipo de Cirugía Robótica, Equipo de uso Oftalmológico: Laser Excimer, Litotriptor Extracorpóreo, Mamógrafo, Resonador magnético, Tomógrafo computarizado en todos sus tipos (incluye por emisión de positrones, PET y odontológicos) e Innovaciones.

Este procedimiento busca la racionalización de la incorporación de tecnología de alto costo y es uno de los desafíos del SNIS.

El Estado deberá resignificar su papel en la introducción de tecnologías de punta, fijando prioridades en base a la clínica, la epidemiología, la evaluación de costos y la ética, sin olvidar que la apuesta a racionalizar no equivale a racionar.

Desde una perspectiva de asumir colectivamente el compromiso con la vida, es un desafío para la conducción de SNIS y los actores gubernamentales involucrados, establecer prioridades dentro de lo factible para el presupuesto nacional y elaborar pautas, protocolos, criterios de inclusión y evaluación transparentes, para definir cuáles son los tratamientos financiados por el sistema público y la sociedad.

2.4.5. Calidad de los Servicios

La calidad de los servicios de salud es un tema de preocupación en el país tanto a nivel del gobierno como de las entidades profesionales y de los movimientos sociales. El desempeño de un sistema que se propone mejoras en la accesibilidad, equidad, y calidad de las prestaciones, exige determinar indicadores a través de los cuales medir los logros obtenidos.

El SINADI Asistencial cuenta con una serie de indicadores que pueden vincularse con el cambio del modelo de atención y con la calidad asistencial y que son los que están disponibles actualmente para aproximarse al análisis de esta dimensión del desempeño sectorial.

Sin embargo algunos indicadores importantes para evaluar la calidad asistencial como los tiempos de espera, la ocurrencia de eventos adversos, entre otros, no son aún posibles de estudiar dada la calidad de la información reportada por los prestadores.

Cuadro 11. Indicadores de calidad y cambio de modelo de atención. Uruguay.

	IAMC			ASSE		
	Interior	Montevideo	Total País	Interior	Montevideo	Total País
Índice de cesáreas	47	55,2	51,6	33,3	28	31
Porcentaje de embarazadas captadas en 1er. Trimestre	84,8	88	86,6	55,5	52	54
Razón consultas no urgentes / consultas urgentes	4,27	6,26	5,26	2,46	2,92	2,58
Razón consultas en policlínica / consultas en urgencia centralizada	4,85	7,52	6,08	2,46	3	2,59
Consultas esp. básicas / Consultas especialidades	1,4	0,83	1,04	0,87	2,58	1,84

Fuente: MSP. Desempeño de los Prestadores Integrales del SNIS 2010-2014

De los indicadores presentados en el cuadro se puede observar que con relación al índice de cesáreas, los valores de ASSE con casi 20 puntos de diferencia, están muy por debajo de los de las IAMC. En los dos grupos de instituciones se registra sin embargo un aumento sostenido en este indicador en los últimos años, manteniéndose la diferencia existente entre ambos. A nivel país estos indicadores preocupan a la autoridad sanitaria que ha incluido el abordaje del tema dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales del presente período de gobierno.

El porcentaje de embarazadas captadas en el 1er trimestre de embarazo es un indicador que se vincula con el modelo de atención desarrollado. En los últimos años se verificó una tendencia en ascenso seguramente vinculada con la implementación de las políticas públicas que impulsan el cambio de modelo de atención a través de las metas asistenciales. Las IAMC registran en promedio para el total del país un 87% de captación precoz. En ASSE, en tanto, se observan valores considerablemente más bajos que las IAMC pero con una importante mejora en el período. Una posible explicación de esta diferencia puede consistir en la marcada desigualdad de las condiciones socioeconómicas de la población atendida en uno y otro sector. En ASSE por otra parte este indicador es mejor en el Interior que en Montevideo inversamente a lo que sucede en las IAMC.

En cuanto a la programación de la consulta podría esperarse que el cambio de modelo favorezca el aumento de consultas programadas en detrimento de las urgentes. Esto contribuiría seguramente a un vínculo más estable usuario-equipo de salud favoreciendo la continuidad asistencial a lo largo de las distintas etapas de la vida, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la adhesión al tratamiento. En el Cuadro 10 se observa que la razón de consultas no urgentes sobre las urgentes es mayor en las IAMC (5,26) que en ASSE (2,58), siendo mayor para los dos subsectores en Montevideo que en el Interior. Este indicador al igual que el número de consultas médicas no recoge las consultas al equipo de salud que es mayor en ASSE por lo cual no son estrictamente comparables. De todas maneras este indicador no ha tenido cambios importantes en los últimos años para ninguno de los prestadores.

Por último, otra manera de aproximarse al análisis de los avances en el cambio de modelo de atención a partir de los indicadores disponibles en el SINADI Asistencial es a través de la relación entre las consultas en especialidades básicas (medicina general, pediatría y ginecología) con las de otras especialidades (quirúrgicas y médicas). En 2013, se registra una razón de 1,0 para el total de IAMC del país, con un mayor peso de especialidades básicas en las IAMC del interior (1,4) respecto a las de Montevideo (0,8).

ASSE muestra valores globalmente más altos que las IAMC con una razón de 1,8 consultas en especialidades básicas por cada consulta de especialidades, con valores mayores también en el Interior (2,6) que en Montevideo (0,9).

De acuerdo con esto, ASSE y el interior mostrarían un comportamiento más acorde al modelo impulsado a partir de la implementación del SNIS, aunque también podría estar demostrando una menor accesibilidad, funcional o geográfica, a los especialistas médicos.

Seguridad del Paciente

Uruguay ha adherido desde el año 2007 a la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes⁴⁸, comprometiéndose en promover los retos lanzados por la Alianza de “Un cuidado limpio es un cuidado seguro”, con especial énfasis en la higiene de manos y el de “Cirugía segura salva vidas” con la implementación de la “Lista de Verificación Quirúrgica” (LVQ) como herramienta de trabajo.

En Octubre de 2006, por ordenanza Ministerial N° 660, se dispone la creación de una Comisión Asesora con el fin de adoptar definiciones sobre “Eventos Adversos en el área de la salud”. En Mayo de 2007 se constituye la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Vigilancia del Error en Medicina (dependiente de la DIGESA). Se definió como instrumento clave para la internalización de dicha política en el SNIS, a los Comité de Seguridad de los Pacientes (COSEPA) de los prestadores sanitarios (ordenanza ministerial N° 481 del 31 de agosto de 2008).

Algunas de las medidas implementadas para mejorar la seguridad del paciente fueron: una estrategia educativa dirigida a los integrantes de los COSEPA institucionales; una estrategia de difusión y sensibilización de los profesionales sanitarios (congresos y actividades) y usuarios del sistema; la consolidación de alianzas con organismos gubernamentales, no gubernamentales y organismos internacionales (FNR, UDELAR, Academia Nacional de Medicina, INACAL, Colegio Médico, OPS), así como Sociedades Científicas, Sindicatos y Asociaciones de Usuarios; actividades de consolidación y desarrollo de los COSEPA institucionales generando ateneos y talleres conjuntos con exposiciones de estrategias de trabajo y recomendaciones generales en seguridad; visitas a COSEPA institucionales y monitoreo de su actuación.

Según se informa en el documento del MSP Objetivos Sanitarios Nacionales 2015, el equipo técnico ministerial para la Consolidación de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente logró definir:

- Un sistema articulado de notificación de Eventos adversos (SANEA): Desarrollado en el marco del Proyecto OPS de cooperación Uruguay Costa Rica 2010-2012.
- Adaptación de la LVQ de OMS en el marco del Proyecto OPS de cooperación Uruguay Costa Rica 2010-2012. La adaptación se realizó por parte de un grupo técnico integrado por los principales profesores y exprofesores de las clínicas quirúrgicas.
- Encuesta Nacional de Comportamiento Disruptivo en el Equipo de Salud: realizada en cooperación con la Sociedad de Psicología Médica y con la participación de 38 instituciones prestadoras integrales de servicio de salud.

⁴⁸ Creación impulsada por la OMS en el año 2004.

- Acuerdo de Comportamiento: se desarrolló en conjunto con la Comisión Nacional de Bioética un Acuerdo de Comportamiento que hoy es la base teórica de los acuerdos institucionales que vienen realizando los prestadores de Salud.
- Estrategias de Gestión de los Comportamientos Disruptivos: en conjunto con la Sociedad y el Departamento de Psicología Médica se comenzaron a delinear los mecanismos de gestión para la prevención y el abordaje de estos comportamientos. Esto podría convertir al Uruguay en el primer país en contar con una política en la materia, liderada desde la Autoridad Sanitaria.
- Manual de Gestión de Eventos Centinela: A raíz de la participación por parte del equipo técnico como asesor en dos eventos centinela graves a nivel nacional, se detectó la necesidad de la creación de una herramienta que guiara a los prestadores y profesionales de la salud en la estandarización de respuestas frente a estas situaciones. Esta herramienta tiene pendiente la evaluación y el aval de las autoridades sanitarias y actores claves del sistema.
- Herramienta de autoevaluación de la seguridad en siete pasos: es una adaptación a la realidad nacional de la herramienta de autoevaluación del Servicio Nacional de Salud Británico. La misma se realizó mediante el trabajo por el método Focus Group, con la participación de 28 expertos en el área temática. Tiene como cometido brindar direccionamiento estratégico para el trabajo de los COSEPA institucionales.

Un aspecto importante de la seguridad del paciente son las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS), ya que constituyen uno de los eventos adversos prevenibles más frecuentes dentro del sistema de asistencia sanitario, y ponen en riesgo a otros pacientes que pueden ser contagiados e inclusive impacta en los que ingresan ulteriormente.

Uruguay ha desarrollado a partir de 1996 un sistema de vigilancia de control de infecciones. Este sistema ha verificado avances y retrocesos y si bien se vierten datos al sistema informático online, no se cuenta con la capacidad para auditar los mismos en particular los denominadores utilizados para calcular las tasas. Algunos de los problemas encontrados son la escasa dedicación de enfermería profesional al sistema, la no realización de evaluación sistemática y de auditorías de los laboratorios de microbiología, la falta de devolución de datos a prestadores y profesionales, la escasa formación profesional y la falta de control y evaluación.

Si bien se ha avanzado en la **cultura de la seguridad del paciente** con las medidas anteriormente descritas, el MSP encuentra que a nivel de las instituciones del SNIS no existe un desarrollo de la misma, predominando aún las culturas informales sobre las formales. Las instituciones y los profesionales tienen una conducta predominantemente reactiva frente a un evento adverso después que este sucede y no se establecen soluciones sostenibles, lo que se verifica en la baja o inexistente inversión especialmente en recursos humanos capacitados para trabajar en la temática.

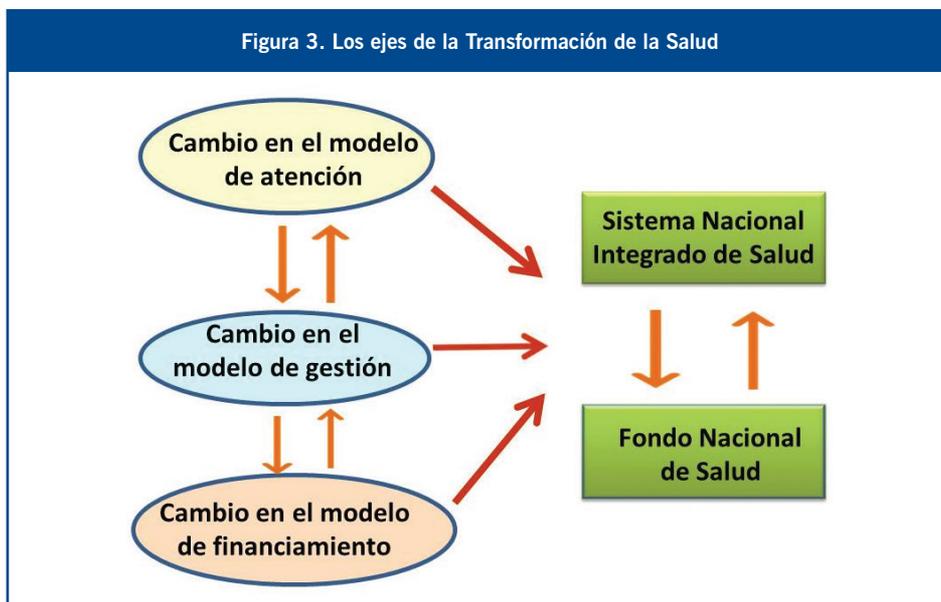
El MSP plantea el abordaje de la seguridad del paciente como uno de los objetivos sanitarios del presente período, priorizando el desarrollo de las estrategias de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario relacionadas a la carga de trabajo de enfermería y a la dotación de la misma que permita la implementación de los cuidados.

Se jerarquiza también la profesionalización para el manejo de brotes de Infecciones Intra- hospitalarias, con la incorporación de herramientas de análisis adecuadas.

3 || MONITOREO DE LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

LOS EJES DE LA TRANSFORMACIÓN DE LA SALUD

La transformación del sistema de salud en Uruguay definió desde el comienzo tres ejes: cambios en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiación. Estos tres componentes se conciben como interdependientes y se articulan con el SNIS en tanto organización de los servicios de salud y con el FONASA como seguro público obligatorio.



Fuente: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Montevideo, OPS, 2015.

Para llevar adelante estos tres ejes de cambio ha sido imprescindible el fortalecimiento de la función de rectoría del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional, liderazgo de la política sectorial y ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública. La financiación a través de un fondo público obligatorio (FONASA) incrementa la capacidad regulatoria efectiva del Estado, además de promover mayor justicia social en los aportes y otorgar sustentabilidad económica al sistema.

Ha sido un gran desafío generar ámbitos de discusión y formación de “masa crítica” e inteligencia sanitaria para asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud desde una perspectiva de economía política del sistema. En 2012 y 2013 la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud del Ministerio de Salud Pública, en conjunto con el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, la Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva y la Organización Panamericana de la Salud, impulsaron dos “Ciclos de encuentros sobre la Reforma de Salud en el Uruguay”, que conocidos como “Ateneos del SNIS”, tuvieron por objetivo propiciar un espacio

abierto para la discusión y reflexión sobre el proceso de transformación del sistema de salud iniciado en Uruguay en el año 2005 y sus desafíos a futuro.

Asimismo los grados de avances del SNIS en los tres grandes ejes fueron estudiados en diferentes trabajos de investigación⁴⁹. Se constituyó una Plataforma Interinstitucional para el Estudio del Acceso y Cobertura Universal de Salud en Uruguay, integrada por el MSP, la Universidad de la República (Instituto de Ciencia Política e Instituto de Economía) junto con la cooperación técnica de la Representación de OPS/OMS en Uruguay. Desde allí se implementaron análisis y recomendaciones para la conducción del SNIS.

Estos estudios permitieron a las autoridades sanitarias y otros actores sectoriales obtener información y análisis consolidados para la toma de decisiones en política sanitaria. En particular sobre temas como la cobertura poblacional del SNIS, su sostenibilidad y efectos redistributivos; el financiamiento del SNIS: los componentes del SNIS y su influencia en la estructura de costos; los diferentes actores y su posicionamiento en diversos escenarios.

3.1 CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCION

Una de las transformaciones más ambiciosas del proceso de cambio del sistema de salud es en el modelo de atención, cuyo eje principal es el desarrollo de la estrategia de APS Renovada. En sintonía con los desarrollos teóricos y programáticos que han enriquecido estos conceptos a nivel internacional, se concibió esta estrategia con carácter integral, alcanzando todos los niveles de complejidad de la atención, construyendo redes integradas de salud, en el marco de un sistema de carácter universal.

El SNIS planteó la accesibilidad a los servicios, la oferta adecuada y necesaria, la capacidad de resolución, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación en red de los servicios como los elementos definitorios de la calidad en atención primaria. El SNIS reivindicó una estrategia de APS basada en esos atributos, priorizando el primer nivel de atención pero asumiendo la necesidad de una articulación eficiente y resolutive entre todos los niveles de atención. Asimismo se concibe el rol del sistema sanitario como parte de una matriz de protección social más amplia.

Distintos enfoques destacan los avances en este plano al tiempo de considerar que han sido insuficientes para transformar el modelo de atención hegemónico.

La **prevención de la enfermedad y la promoción de la salud** tienen en este período un papel más relevante en las políticas de salud. Sin embargo puede considerarse que no han logrado problematizar en la medida necesaria los contextos y los estilos de vida que constituyen factores de riesgo para la salud.

⁴⁹ Algunos de estos estudios son:

- Estudio "Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA)". División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012.
- Estudio "Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo". División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012.
- Estudio "Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos". Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECOM-UdelaR). Diciembre de 2013.
- Estudio "Costos compartidos en salud: revisión del marco conceptual y experiencias de las Américas y el Caribe. Tasas moderadoras en Uruguay impacto en el acceso y la protección financiera". División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2013.
- Estudio "Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa en la implementación del SNIS: cambio institucional, posibles escenarios y orientaciones de cambio". Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Ciencia Política (ICP-UdelaR). Diciembre de 2013.
- Estudio "Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del SNIS". División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2014.

Un paso interesante en ese sentido fue la Resolución Ministerial de condicionar la publicidad de las IAMC a que incluyeran mensajes de educación para la salud. De esta forma se logró la llegada a los medios de comunicación de una cantidad significativa de mensajes educativos. El recurso de varias instituciones contra esta resolución y su validación por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo ponen en riesgo estos avances.

La **priorización del Primer Nivel de Atención** en el marco de este cambio del modelo se tradujo en aumento de la cantidad de servicios, nuevas policlínicas y centros de salud, con una distribución territorial más racional. El Primer Nivel apunta a una atención integral incluyendo el diagnóstico precoz, la acción oportuna, la rehabilitación y la reinserción, con énfasis en la prevención y la promoción. La cercanía con el contexto familiar y comunitario, las sinergias con otros sectores, las alianzas con actores comunitarios, con el territorio como organización de la vida cotidiana, hacen que el Primer Nivel juegue un rol fundamental en este cambio del modelo; fundamental, pero no excluyente de las acciones en los demás niveles de complejidad.

A pesar de los **incentivos económicos** vinculados con el pago por Metas Prestacionales, siguen existiendo inercias y resistencias en los servicios de salud a adoptar el nuevo modelo de atención. Muchas veces el cumplimiento de dichas metas se centra en los aspectos administrativos para posibilitar el cobro de las mismas sin modificar sustantivamente las prácticas de la atención en salud y no siempre existe fiscalización adecuada al respecto.

Factores culturales que pesan en los equipos técnicos y en los propios usuarios, dificultan ese proceso de cambio. Las memorias institucionales, la organización de los servicios y la formación de los profesionales, no contribuyen al cambio del modelo. La reproducción del modelo anterior genera un círculo que hace más difícil la creación de dinámicas distintas. Durante mucho tiempo la formación profesional priorizó las patologías complejas y de baja frecuencia, o el uso de tecnología, identificándolas con mayor calidad, asignándole las mejores retribuciones. No existía formación adecuada en las áreas sociales relacionadas con la salud, en la prevención y la promoción de salud, en la salud pública y la salud colectiva, en el abordaje comunitario, en la mirada de género, en los derechos de los usuarios. Otras disciplinas como la sociología, la antropología, la historia y un abordaje metodológico más amplio que el establecido por el modelo biomédico, han tenido un desarrollo escaso todavía en el campo de la salud. Cuando existen aportan elementos muy interesantes. La subestimación de la comunidad como actor del proceso salud-enfermedad, la asignación estereotipada de roles en el sistema, conspiran contra la adopción de un modelo de atención más coherente con las políticas de salud pública planteadas por el SNIS. Son promisorios en este sentido los cambios recientes en los planes de estudio de las facultades del área de salud de la UDELAR, aunque aún no han generado resultados significativos para el SNIS.

El nuevo modelo propuesto por el SNIS reconoce criterios de integralidad, accesibilidad, oportunidad, calidad, continuidad y equidad. Requiere la realización de múltiples actividades de prevención y promoción en el territorio, con una activa participación de trabajadores y usuarios. Mientras en el sector público este tipo de prácticas se ha fortalecido, esto no se ha desarrollado con amplitud en el sector privado.

La **articulación entre los diferentes niveles de atención** todavía presenta todavía muchas dificultades.

La labor como equipo de salud en lugar del profesional aislado sigue un punto crítico para el desarrollo del nuevo modelo.

Puede destacarse la acumulación de experiencias para el cambio del modelo hegemónico que se han desarrollado en las policlínicas departamentales de Montevideo, en la Red de Atención de Primer Nivel de ASSE en Montevideo y en algunos lugares del interior del país (CAPS⁵⁰ de Las Piedras, DAPS⁵¹ de Tacuarembó, Centro Auxiliar de Tala, entre otras) (Benia y Medina, 2011).

Entre las **líneas de trabajo que demuestran mayor potencial hacia el cambio del modelo** de atención, aunque con desarrollo heterogéneo hasta el momento se pueden mencionar:

A) La implementación de programas integrales de atención, organizados en una matriz transversal y longitudinal en el ciclo de vida. Las Metas Prestacionales relacionadas con el control del embarazo y la captación y seguimiento de los niños hasta los dos años de vida, aportaron al fortalecimiento de esos programas.

B) La definición de metas y objetivos en ámbitos territoriales a través de procesos participativos de priorización de los problemas de salud y líneas de acción, rendición de cuentas de lo realizado y retroalimentación de los planes locales de salud. Sin embargo la ausencia de incentivos económicos o de formas institucionales que obliguen a la participación de todos los servicios de salud, no han permitido todavía el crecimiento a este tipo de planificación local.

C) Creación y/o fortalecimiento de Redes de Salud por municipio, con carácter interinstitucional, público-privadas, con participación comunitaria e involucramiento de los órganos de la descentralización ciudadana, gobiernos locales y organismos sociales como los Consejos Vecinales en Montevideo. Dichas redes llevan adelante asambleas o cabildos de salud en forma anual (a veces con mayor frecuencia) donde se discuten los problemas de salud, las intervenciones a desarrollar y se rinde cuentas de lo hecho. Este tipo de entramado brinda al SNIS una estructura territorial desde la cual promover programas y planes sobre problemas de salud priorizados con énfasis en la prevención y promoción.

D) La elección por parte de los usuarios de un médico de referencia establecida como meta prestacional para el SNIS, así como la asignación de usuarios a efectores determinados, son pasos que indican un rumbo por el que es preciso avanzar mucho más. Se trata de concebir una reorganización territorial de los servicios en base a “áreas de salud” y población a cargo, con equipos interdisciplinarios como responsables.

E) Como perspectiva necesaria se ha planteado la creación de redes integradas de atención con las distintas instituciones de salud en un mismo marco organizacional de base territorial, que asegure la continuidad de la atención con mecanismos de referencia y contra referencia y complementación público-privada. Hasta el momento estos desarrollos han sido escasos.

F) La acción intersectorial sobre los factores determinantes sociales, económicos, culturales, ambientales, que influyen sobre la calidad de vida, que se refleja institucionalmente en el Gabinete Social, el Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, la Estrategia para la Infancia y la Adolescencia (ENIA 2010-2030), los programas Uruguay Crece Contigo, Cercanías y Jóvenes en Red. En lo territorial esto implica acciones coordinadas, estrategias de cercanía y planes de desarrollo local.

⁵⁰ Centro de Atención Primaria de Salud.

⁵¹ Desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

El rol de los usuarios de la salud

El SNIS incorporó una concepción sobre el rol de los usuarios que difería sustantivamente del período anterior. En lugar de verlos solo como objetos de los tratamientos dictados por el poder y el saber de los técnicos, el proceso de transformación de la salud concibió a los usuarios como protagonistas de su propio proceso salud enfermedad, el su familia y su comunidad. Las experiencias anteriormente analizadas han abierto muchas posibilidades y dejan también pendientes, que constituyen desafíos para la profundización de esta estrategia.

3.2 CAMBIOS EN EL MODELO DE GESTION

El cambio en el modelo de gestión apunta a un Estado de nuevo tipo, que ahora procura establecer objetivos y metas, auditar, evaluar y fiscalizar su cumplimiento, hacia un desempeño institucional que ponga al usuario en el centro de las preocupaciones y las acciones. La mejora en la gestión implica promover el compromiso e involucramiento de los trabajadores y de toda la escala de responsabilidades, asegurando su conocimiento y participación en la elaboración de los objetivos. A diferencia de las concepciones del “Estado mínimo” y del mercado como gran asignador de recursos, el SNIS se apoya en una concepción de un Estado regulador que aplica premios y castigos, con el fin de estimular un funcionamiento diferente del sistema de salud. El Estado pretende ser el “escudo” de los derechos de los usuarios (Setaro, 2010).

En este campo desde la CT de OPS/OMS se buscó articular una respuesta en conjunto con el MSP, la UDELAR y el BPS, a través de la Escuela de Gobierno en Salud Pública, que ha tenido el propósito de construir una masa crítica dentro del campo de la salud pública, calificando a los recursos humanos del sector a efectos de contribuir al proceso de consolidación del SNIS en todo el territorio nacional. Se concretaron dos ediciones de Módulo Básico “Sistemas y Servicios de Salud y Protección Social Universal”, financiado predominantemente con recursos del MSP, cursado y aprobado por sesenta y dos (122) Directores Generales y mandos medios pertenecientes al MSP, ASSE, BPS, Intendencia de Montevideo y UDELAR, que involucró en tareas docentes y de coordinación a más de 30 profesionales de distintas disciplinas de la salud y de otras áreas sociales. Ha generado un precedente relevante en la formación de actores tecno-políticos para darle sustentabilidad al SNIS y la construcción de las capacidades institucionales para la gestión del cambio, con actores comprometidos con los principios de universalidad, solidaridad y justicia social.

Conducción del SNIS

La creación de la JUNASA como un **organismo de conducción del SNIS**, con competencias de administración del fondo público obligatorio (SNS-FONASA) incorporó la participación social manteniendo la mayoría del Poder Ejecutivo. Esta integración plural generó un ámbito de involucramiento de los distintos actores sociales e institucionales en las definiciones políticas del SNIS. Este diseño de conducción apunta a la creación de un tipo de gobernanza más democrático y con mayor sustentabilidad.

Un elemento clave para la creación de un vínculo fuerte entre el organismo regulador y los prestadores integrales de salud son los contratos de gestión.

La **participación social** en la definición de las políticas de salud y el control social de la gestión son elementos destacables del diseño del SNIS.

Entre los cambios propuestos del modelo de gestión puede mencionarse el establecimiento de un Consejo Honorario Consultivo y Asesor en cada institución de salud que incluye a la Dirección Técnica de la empresa, representantes de sus usuarios y de sus trabajadores. Entre las competencias de estos consejos están proponer líneas de acción para la institución, promover campañas de promoción y prevención de la salud y analizar el desarrollo en la institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el MSP. También tienen potestades para conocer y evaluar los balances económico-financieros y memorias de gestión de los prestadores de salud. Se han recogido visiones críticas del funcionamiento efectivo de estos consejos y su capacidad para influir en las instituciones.

A su vez la ley 18.161 que crea a ASSE como servicio descentralizado incluye un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios en su Directorio.

En otro plano de la mejora de gestión se han desarrollado líneas estratégicas para la **informatización del SNIS**, con una red informática que haga posible un sistema con trazabilidad de las intervenciones y prestaciones a los pacientes. Un convenio entre AGESIC⁵² y el MSP para la historia clínica electrónica y el desarrollo de la telemedicina (imagenología, etc.), merece destacarse como paso significativo en esa dirección. En ASSE puede señalarse el Programa Siembra (Sistema Informático de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial) que permite el acceso a la historia clínica desde el consultorio médico mediante netbook y red informática móvil, incluso en lugares lejanos o con poca accesibilidad.

A pesar de que en el diseño del proceso de transformación del sistema de salud, la rectoría ha ocupado un lugar importante, se verifican debilidades en el marco de los presupuestos históricos del MSP, para la asignación de recursos financieros, humanos y tecnológicos que construyan una sostenibilidad en el fortalecimiento progresivo de las funciones indelegables del Estado en materia de rectoría.

3.3. CAMBIOS EN EL MODELO DE FINANCIAMIENTO

La financiación de la atención de salud tiene implicancias sobre el conjunto de la política y del sistema. Las tres funciones básicas de recaudación de ingresos, la unificación de los recursos y la compra de servicios de salud ya han sido analizadas en apartados anteriores (2.3. Financiamiento y aseguramiento; 2.3.1. Modelo de financiamiento del SNIS).

Debe destacarse que transformación del sistema de salud en Uruguay llevó adelante dos grandes cambios estructurales en el financiamiento. A diferencia del anterior pago de bolsillo de una cuota fija, en la actualidad las personas aportan en función de sus ingresos, y ello al mismo tiempo brinda cobertura a su grupo familiar.

Por otro lado esos recursos se vuelcan a un fondo mancomunado y solidario, manejado por el Estado con participación social. El riesgo financiero es asumido por todos los integrantes del fondo común y no sólo por los que se enferman. Esta unificación de los fondos apunta a la amortiguación de los riesgos financieros vinculados con la utilización de los servicios de salud.

52 AGESIC. Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento. Presidencia de la República.

3.4. EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACION

El incremento de la cobertura sanitaria, la elaboración de programas de salud con énfasis en la prevención y promoción, el fortalecimiento de ASSE, la jerarquización del primer nivel de atención, la implementación del PIAS, el pago por Metas Asistenciales, son algunos aspectos relevantes del impacto del SNIS en la salud de la población.

Sin embargo problemas como las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud de la infancia, la salud mental, requieren estrategias intersectoriales poderosas y la fijación de objetivos y metas que permitan concentrar los esfuerzos, articular los distintos planos del accionar, medir los resultados, retroalimentar la planificación, en base a compromisos interinstitucionales y sociales sostenidos. Esta forma de planificación es necesaria para el establecimiento de objetivos sanitarios a través de un proceso participativo, técnico y político. Hasta el momento este tipo de planificación no se ha realizado en el marco del SNIS salvo experiencias parciales.

La índole, severidad y características de los problemas a encarar condiciona la selección de actores a involucrar y de medidas de intervención. El sedentarismo y la malnutrición, junto con el tabaquismo y el consumo problemático de alcohol son determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo tanto una estrategia integral debe crear, desarrollar y consolidar políticas públicas de alimentación saludable, de actividad física, de cesación tabáquica y de control en el consumo de alcohol. Ha habido avances en estos planos, algunos más relevantes que otros.

En otro tipo de problemas como los vinculados a la salud bucal y la salud mental, el país tiene una deuda estructural, con una fuerte carga de enfermedad acumulada y dificultades para desarrollar un diseño de atención accesible con cobertura de toda la población. La impronta de la atención de salud durante décadas ha postergado la atención a los problemas de salud bucal y desde las instituciones prestadoras de salud, limitándola a la atención privada particular, con pago de bolsillo para el usuario. En el campo de la salud mental se avanzó con la integración al PIAS de algunas modalidades de atención, pero aún persisten en el país dispositivos obsoletos como las colonias para pacientes psiquiátricos y las limitaciones temporales para la internación de los episodios agudos de descompensación.

En la actualidad el MSP está iniciando un proceso de elaboración de objetivos sanitarios nacionales, que den respuesta los problemas sanitarios más prioritarios (MSP, 2015).

Objetivos Sanitarios Nacionales

Para avanzar en esta elaboración estratégica y programática y traducirla en planes, en objetivos, metas e indicadores, es necesaria una caracterización y priorización de los problemas de salud a abordar.

Entre los principales problemas de salud de la población uruguaya el MSP señala al embarazo no deseado en adolescentes, la prematurez y bajo peso al nacer, el elevado índice de cesáreas, la transmisión vertical de Sífilis y VIH, las alteraciones del desarrollo en la primera infancia, los problemas nutricionales críticos en la primera infancia.

Entre los problemas más importantes están también la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica, morbimortalidad por cáncer y por VIH-Sida.

El MSP también considera dentro de este grupo de problemas relevantes al suicidio y las patologías relacionadas a la salud mental, la violencia de género y generaciones, los accidentes en el tránsito y en ambientes laborales, el consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas.

En cuanto a la atención de salud identifica brechas de calidad y dificultades de acceso para las personas con discapacidad y adultos mayores vulnerables.

Desde esta priorización de problemas la Autoridad Sanitaria analiza la definición de objetivos estratégicos que contribuyan para avanzar en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN 2020) . Estos objetivos estratégicos se traducen en resultados esperados y metas concretas con sus indicadores de desempeño. De cara al 2020 el MSP considera como pilares para la construcción de Objetivos Sanitarios Nacionales: **a) Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población. b) Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud. c) Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud. d) Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.**

OBJETIVOS ESTRATEGICOS				
1. FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO	2. DISMINUIR LA CARGA PREMATURA Y EVITABLE DE MORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD	3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCION DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA	4. CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD	5. AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCION CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS

Fuente: MSP, 2015

Los resultados esperados que se plantean en el primer objetivo estratégico, incluyen la extensión de las prácticas de alimentación saludable, la disminución de la prevalencia de los problemas nutricionales de la primera infancia como anemia, retraso de crecimiento, sobrepeso y obesidad. Y por otro lado la reducción del porcentaje de fumadores, de la prevalencia del consumo problemático de alcohol, de riesgos y daños por uso problemático de cannabis y la prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos.

En materia de alimentación Uruguay presenta problemas de malnutrición por déficit y por exceso, que afectan el desarrollo desde la primera infancia y son uno de los determinantes principales de las enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. Es uno de los países que ha incrementado más su consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados con altos contenidos en sodio, azúcares y grasas. Uno de los componentes más importantes de una estrategia de salud basada en la APS es una política pública en alimentación saludable. Para ello se requiere un marco legal que establezca los grandes parámetros y objetivos, así como restricciones a la publicidad de los alimentos con altos contenidos en sal, azúcares y grasas, la prohibición de grasas trans, el incentivo al consumo de frutas y hortalizas, políticas de educación en materia nutricional en todo el ciclo de vida, mejoras en la información accesible por los consumidores (cambios en el rotulado entre otros), compromisos de la industria y el comercio, mayores derechos a los consumidores, mayor participación de la sociedad civil. Se han dado pasos interesantes y todavía falta avanzar mucho en este plano a partir de las líneas de acción definidas para los OSN 2020.

En la política referida al consumo de drogas el país tiene ya una estrategia importante con continuidad desde el año 2005. Esta política no estigmatiza al consumidor, desarrolla campañas de prevención, construye redes territoriales de atención y al mismo tiempo reprime fuertemente el narcotráfico. Por primera vez ha habido procesamientos por lavado de dinero. Esta política pública plantea el tema drogas como un compromiso de todos y apuesta a la participación social e institucional múltiple, a la descentralización en redes territoriales y al abordaje comunitario. Una actuación sobre drogas legales e ilegales.

Las acciones del gobierno para abatir el tabaquismo son muy relevantes y han tenido un gran respaldo ciudadano. La Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para las Enfermedades no Transmisibles (ENFRENT) realizada por MSP en 2006 y 2013, muestra un descenso estadísticamente significativo de fumadores diarios entre ambas mediciones, de 32.7% a 28.8%, en población de 25 a 64 años. La Encuesta Continua de Hogares (INE) muestra un 23.9% de fumadores actuales en 2011 y 22.2% en 2014, en población de 15 años y más.

Se está promoviendo desde el Poder Ejecutivo una política de abordaje del consumo problemático de alcohol, procurando consensos e incorporando la estrategia de reducción de riesgos y daños. Conductores de vehículos, embarazadas y menores de edad son tres poblaciones que se priorizan recomendando el consumo cero de alcohol.

En ese contexto la regulación estatal de la marihuana es coherente con una política nacional de drogas.

En el segundo objetivo estratégico vinculado a reducir la carga de morbimortalidad prematura y evitable, el MSP plantea disminuir la mortalidad precoz por cáncer, por enfermedades cardiovasculares, la prevalencia de hipertensión arterial, las complicaciones crónicas de la diabetes, la mortalidad por EPOC y por VIH SIDA. También enfatiza la necesidad de continuar disminuyendo la mortalidad y morbilidad infantil neonatal actuando sobre los determinantes de la prematuridad. Otros dos aspectos jerarquizados son la reducción de la incidencia de suicidios, de la morbimortalidad relacionada con la violencia de género y generaciones, y la reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial. En esta última área de intervención, será relevante la alianza estratégica con la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), con la que OPS/OMS ha mantenido una larga trayectoria de CT.

El tercer objetivo refiere a mejorar la atención a la salud en todo el ciclo de vida para lo cual se proponen acciones dirigidas a la disminución del embarazo adolescente, el acompañamiento adecuado de la maternidad-paternidad adolescente, la humanización del parto institucional y la reducción de tasa de cesáreas. También en este objetivo se encara la reducción de la prematuridad así como las alteraciones del desarrollo en la infancia (disminución de prevalencia y atenuación de severidad en alteraciones diagnosticadas).

En los cuidados hacia las personas con discapacidad y su acceso a los servicios y programas de salud está planteada la creación del Sistema Nacional de Cuidados, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Este nuevo sistema organiza y promueve los cuidados hacia los discapacitados, los adultos mayores vulnerables y la infancia, tres colectivos particularmente importantes socialmente.

La seguridad y la calidad en la atención a la salud como parte de la cultura institucional integran el cuarto objetivo estratégico. Para avanzar en este plano se plantea el desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas y de una política de comportamientos seguros, con estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial apuntando a una mejora continua. La profesionalización del manejo de las

infecciones intrahospitalarias y la evaluación del impacto de los cuidados de enfermería se consideran desencadenantes de mejoras en los procesos.

Un sistema de atención centrado en las personas es el quinto objetivo estratégico que se traduce en mejoras de los vínculos médico-paciente y equipo de salud-usuarios, en mayor resolutivez en el primer nivel de atención, concebido como redes integradas de servicios de salud. La longitudinalidad y continuidad de la atención requiere estímulos efectivos para que los servicios se comprometan con ese cambio.



La actual administración está diseñando un sistema informatizado de monitoreo del avance de las líneas de acción previstas para el logro de los OSN 2020, que involucrará al propio organismo rector, a los prestadores del SNIS y a otros organismos articulados en una dinámica intersectorial.

3.5. LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS AL PROCESO DE CAMBIO (2012 – 2015)

Los esfuerzos de la CT en el escenario nacional antes descrito, se han enmarcado en los compromisos plasmados en la **Nota Estratégica de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con la República Oriental del Uruguay (ECP/CCS 2012-15)**, firmada el 7 de setiembre de 2012 por el Ministro de Salud Pública y el Representante de OPS/OMS en Uruguay. Allí se definieron, luego de un proceso participativo que involucró a diversos actores nacionales, las áreas prioritarias de intervención de la CT en el país. Su contenido se transcribe en los próximos párrafos. (OPS/OMS, 2013)

NOTA ESTRATÉGICA

Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con la República Oriental del Uruguay 2012-2015

La cooperación en salud con Uruguay presenta retos que han sido identificados y priorizados en el proceso de formulación de la Estrategia de Cooperación al País (ECP, o CCS por sus siglas in ingles), en talleres y reuniones temáticas con la participación activa de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), instituciones relevantes del sector salud, otras áreas del gobierno, academia, sociedad civil, Sistema Naciones Unidas, y la OPS/OMS, representada por sus niveles Global, Regional y Oficina de País (PWR).

El ejercicio fue programado y acompañado por el Grupo de Orientación Estratégica⁵³ de la PWR-URU (GOE), que ha actuado como un espacio de debate de ideas y formulación colectiva para la definición de las Prioridades Estratégicas de la cooperación, su seguimiento y evaluación continuos.

Prioridades estratégicas de cooperación de la OPS/OMS con Uruguay

1. Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- Sostener y profundizar el ejercicio de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), incluyendo la armonización de la cooperación internacional, las relaciones bilaterales con otros Estados, la participación en los mecanismos de integración regional y sub-regional y en los organismos multilaterales, especialmente la OPS, la OMS, y las demás Agencias, Fondos y Programas del Sistema Naciones Unidas.
- Formular, aprobar e implementar un Plan Nacional de Salud, fortaleciendo un Modelo de Atención centrado en la Atención Primaria de Salud (APS), la promoción de salud, la prevención de enfermedades, y la igualdad de género, que asegure la atención oportuna, integral, segura, y de calidad, sostenido en el abordaje de curso de vida, que integre los programas verticales y focalizados.
- Superar los elementos de fragmentación y segmentación del sistema de salud que persisten, reduciendo las desigualdades territoriales/poblacionales y del gasto público y asignación presupuestaria.
- Profundizar la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), asegurando la continuidad en los diferentes niveles de atención mediante la complementación público-público y público-privado, y las inversiones en infraestructura y distribución de recursos humanos para territorios rezagados del interior y área rural.
- Desarrollar las funciones de regulación y fiscalización de la ASN, incluyendo la Política Nacional de Medicamentos y Tecnologías Médicas y la normalización del acceso y oferta de procedimientos y productos de alto costo/complejidad, inclusive modalidades/precios de remuneración de prestadores.
- Fortalecer la gerencia de los servicios de salud que conforman el SNIS, con énfasis en el reposicionamiento institucional, la descentralización y regionalización y la reorganización y modernización gerencial de ASSE.

53 Integrado por el MSP (DIGESA, DPES y UDT), ASSE, BPS, UNASEV, AUCI, UDELAR, Intendencia de Montevideo, UNCT, CLAP-SMR/OPS, y representaciones de las Organizaciones de la Sociedad Civil y de los funcionarios de la PWR/Uruguay

- Implementar innovaciones en el campo de la seguridad del paciente, control de calidad, y prevención de la violencia en las instituciones de salud
- Sostener la inclusión sucesiva de colectivos poblacionales al Seguro Nacional de Salud/Fondo Nacional de Salud (FONASA), hacia la Cobertura Universal y la solidaridad y redistribución en el financiamiento.
- Evaluar los avances en el proceso de transformación del sistema, la extensión de Protección Social en Salud, y la reducción de la exclusión, considerando sus determinantes de clase social, situación económica, inserción laboral, género, generación, etnia, cultura y orientación sexual.

2. Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades:

- Desarrollar las capacidades nacionales en salud pública, epidemiología, gestión del riesgo, vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles (endémicas, epidémicas, zoonóticas y exóticas introducibles), enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), siniestros, accidentes y violencias, incluyendo la formación en epidemiología de campo.
- Completar la implementación del Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), incluyendo la coordinación de las entidades gubernamentales que deben integrarlo y la descentralización de la vigilancia, alerta temprana y respuesta.
- Organizar la Red de Laboratorios de Salud Pública, incluyendo la actualización tecnológica y de los recursos humanos y modernización gerencial del laboratorio central, la descentralización al nivel departamental, y la complementación con los laboratorios de la Universidad de la República (UDELAR), Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) y Comisiones Honorarias.
- Fortalecer las capacidades nacionales de formulación e implementación de planes y estrategias de inmunoprevención, la mejora de la gestión y operación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y de las compras al Fondo Rotario del PAI para la Compra de Vacunas.
- Establecer mecanismos interinstitucionales e intersectoriales de articulación y coordinación de las acciones de vigilancia, prevención y control sanitarios con el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca (MGAP), las Comisiones Honorarias, la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), las Intendencias, UDELAR y Sociedades Científicas, incluyendo las interacciones salud-agricultura y salud-medioambiente.
- Monitorear y evaluar el cumplimiento de los acuerdos, responsabilidades y obligaciones para la plena implementación del RSI.

3. Desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Información:

- Diseñar un plan maestro hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Información, con productos concretos de recolección y generación de datos, y pleno desarrollo de las capacidades y competencias para su análisis y utilización.
- Garantizar el acopio regular y sistemático de datos vitales y epidemiológicos, y el manejo oportuno de la información, facilitando la interconexión y compatibilidad de los sistemas disponibles en las distintas instituciones
- Realizar Encuestas Nacionales sobre enfermedades prevalentes y factores de riesgo, con énfasis en las que resultan de acuerdos inter-país y mandatos de organismos internacionales y en las ECNT.
- Diseminar oportunamente la información demográfica y epidemiológica de calidad, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Oficina de Planificación y Presupuesto (OPP), y el Ministerio del Desarrollo Social (MIDES).

- Monitorear la evolución del alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, 5 y 6, y de las Metas Prestacionales del SNIS.
- Desarrollar e implementar Sistemas de Información Gerencial y de evaluación de desempeño de los servicios integrantes del SNIS.

4. Consolidación de una Política de Recursos Humanos:

- Formar/capacitar una masa crítica de agentes de cambio, apta a responder a los desafíos de sostener y profundizar el proceso de transformación del sistema de salud en sus componentes político-ideológico, estratégico, gerencial y técnico, mediante la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública.
- Establecer la dotación ideal de recursos humanos en las unidades asistenciales y servicios integrantes del SNIS, ajustada al Modelo de Atención en cantidad, distribución y perfil de competencias.
- Respalidar las Facultades del Área Salud de la UDELAR en la implantación de los cambios necesarios en sus Planes de Estudios para la formación de profesionales adecuados al Modelo de Atención propuesto para el SNIS y al desempeño en sistemas de salud basados en la APS.
- Consolidar mecanismos institucionales de intercambio de informaciones sobre la Fuerza de Trabajo en Salud, discusión de reivindicaciones laborales y gremiales, y negociación de conflictos, con participación activa de todos los actores involucrados, especialmente el Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

5. Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social:

- Promover la articulación con las autoridades nacionales de distintos Ministerios y entes autónomos, las Intendencias Departamentales, y los Municipios para fortalecer el accionar intersectorial, con especial atención en las ECNT, la seguridad vial, la violencia doméstica y de género; la seguridad e inocuidad de los alimentos y la promoción de la salud enmarcada en la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS).
- Sostener las políticas de lucha contra el tabaquismo y la aplicación del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT), y profundizar la implementación de las políticas de prevención de usos problemáticos de alcohol y drogas.
- Consolidar los mecanismos institucionales de participación y control social propios del SNIS, especialmente la Junta Nacional de Salud (JUNASA), las Juntas Departamentales de Salud, el Directorio de ASSE, y la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA).
- Formular, aprobar e implementar planes de contingencias nacionales, departamentales y locales ante emergencias, desastres y eventos inesperados, inclusive Hospitales Seguros.
- Generar foros de discusión sobre temáticas emergentes que requieren una articulación conceptual y operativa del Estado y la sociedad civil en orden a la construcción participativa de políticas públicas enmarcadas por los enfoques de Derechos Humanos, Desarrollo Sostenible, e Igualdad de Género.
- Apoyar esfuerzos de la sociedad civil que eleven a la agenda pública y al debate político temáticas relegadas que afectan a grupos poblacionales específicos.

MODALIDADES Y ENFOQUES DE LA COOPERACIÓN Y GESTIÓN DE LA OFICINA DE PAÍS

La intensidad y profundidad de los procesos de cambio del sector salud en Uruguay, y la amplitud de las Prioridades Estratégicas definidas por el ejercicio de ECP 2012-15 exigen que la cooperación técnica de la OPS/OMS en Uruguay se desarrolle con una orientación prioritaria de generar, promover e incentivar oportunidades de fortalecimiento de la Inteligencia Sanitaria, como un proceso continuo de Descripción/ Explicación – Comprensión/ Interpretación – Intervención/ Acción Transformadora sobre el conjunto del sector salud, sus alianzas intersectoriales, y sus relaciones internacionales.

Es en el desarrollo de la **Inteligencia Sanitaria**, donde se ubica con oportunidad, competencia, calidad, y compromiso la cooperación de la OPS/OMS: sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate colectivo sobre las intervenciones concretas y las opciones de políticas públicas y catalizando el desarrollo de las capacidades institucionales, organizacionales, gerenciales y humanas en el país.

En orden a las Prioridades Estratégicas definidas, se han establecido las siguientes modalidades y enfoques de la cooperación y gestión de la Oficina de País:

1. Potenciar el desarrollo científico-técnico de las instituciones nacionales, el fomento a la generación e intercambio de estudios operativos respecto a los nudos críticos del SNIS, y el fortalecimiento de los Observatorios, para sostener e incrementar el acceso y utilización del mejor conocimiento disponible en la toma de decisiones.
2. Promover y cooperar con el seguimiento y la actualización de la situación de salud del país y sus determinantes sociales, identificando las tendencias sanitarias, contribuyendo a detectar precozmente situaciones emergentes y diseñar estrategias adecuadas para la comunicación y el manejo de riesgos.
3. Generar ámbitos de difusión del RSI y mecanismos de articulación de instituciones tendiendo a la creación de capacidades duraderas en el campo de la Vigilancia en Salud Pública.
4. Catalizar los procesos institucionales de cambio que privilegien la centralidad del territorio/población, la participación social organizada, y la descentralización en una lógica de construcción de las RISS orientadas por la estrategia de APS y las definiciones programáticas originadas del Foro Nacional de Salud.
5. Cooperar con el monitoreo de políticas públicas y promover el debate de opciones, a través la organización, análisis y disseminación de información y la generación de foros de discusión colectiva entre organizaciones de la sociedad civil, ámbitos académicos, sociedades científicas, gremios y organismos rectores y gestores del SNIS.
6. Fomentar alianzas e iniciativas conjuntas de instituciones nacionales para mejorar la formación, capacitación y actualización de la Fuerza de Trabajo en Salud, e intensificar la participación de profesionales y técnicos uruguayos en eventos y oportunidades de desarrollo de los recursos humanos, especialmente a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), cursos/talleres internacionales, e intercambio entre países.

7. Coordinar, articular y movilizar la cooperación técnica internacional a la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública y la plena implementación de sus espacios/itinerarios de aprendizaje, y respaldar los esfuerzos de las instituciones nacionales responsables por ésta iniciativa, especialmente el MSP y la UDELAR.
8. Facilitar el acceso a la experiencia internacional y cooperar con la elaboración y/o adaptación de marcos conceptuales, normas, metodologías e instrumentos que permitan la integración del enfoque de curso de vida en los diseños programáticos, y en la elaboración de guías clínicas y manuales de buenas prácticas, especialmente en lo relativo a la expansión de los Derechos y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), la Iniciativa de Maternidad Segura, y la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
9. Proveer insumos de interés de la salud pública, a través del perfeccionamiento de los procesos y flujos de programación, adquisición y gestión local del Fondo Rotario del PAI para la Compra de Vacunas, y del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.
10. Sustener y expandir la web de la Representación, las Bibliotecas Virtuales (BVS), la divulgación de publicaciones y documentos oficiales de la OPS/OMS y la utilización de los medios de comunicación y redes sociales, para garantizar el acceso de los profesionales y la población en general a la información oportuna y de calidad.
11. Armonizar acciones con las demás Agencias, Fondos y Programas del Sistema de Naciones Unidas, eliminando duplicación y/o superposición de líneas de trabajo y asignación de recursos, a través de la participación activa en el Equipo País (UNCT) y en “Unidos en Acción”, incluyendo el Grupo Inter-agencial de Desarrollo Social Equitativo del UNDAF/UNDAP y los Grupos Temáticos de VIH-SIDA y de Género, abogando especialmente por la prevención y el fortalecimiento de la respuesta institucional frente a la violencia de género y la discapacidad, y respaldando el accionar gubernamental en la protección social a la infancia, la despenalización de la interrupción del embarazo y la creación del Sistema Nacional de Cuidados.
12. Apoyar la gestión técnica y administrativa de las instituciones nacionales de los préstamos, subsidios y otros aportes de Acuerdos y Convenios firmados por el país con la cooperación bilateral y multilateral, el Fondo de Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM), y el Fondo Global de VIH, Tuberculosis y Malaria (FGATM).
13. Promover y facilitar la cooperación horizontal a través de Proyectos de Cooperación entre Países (TCC/OPS), iniciativas de cooperación bilateral y mecanismos propios de MERCOSUR y UNASUR.
14. Profundizar la Gestión Basada en Resultados y adecuar el equipo técnico y las instalaciones y recursos de la Oficina de País a las prioridades de cooperación definidas en la ECP; promover su evaluación y actualización periódicas en consulta con la ASN y el GOE, y movilizar recursos financieros, materiales, humanos y cognitivos para viabilizar las líneas de trabajo definidas.
15. Consolidar redes de relacionamiento estratégico, programático y técnico-científico, y diversificar los interlocutores, aliados y socios de la OPS/OMS en el país, a través de Convenios, Acuerdos y/o Programas de Trabajo mutuamente acordados.

Bibliografía

- Administración de Servicios de Salud del Estado. Hacia una nueva dinámica institucional, 2010-2014. ASSE. Montevideo. 2014.
- Agostino, A. Uruguay: Sustentabilidad y Equidad. Material complementario del informe sobre Desarrollo Humano 2011. Montevideo: PNUD Uruguay. 2012. Disponible en: <http://www.uy.undp.org/content/dam/uruguay/docs/MAyE/undp-uy-sep-sustent-equi-2013.pdf>
- Amarante y col. El Estado Nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias. 2007. UDELAR. UNICEF. Cooperazione Italiana. PNUD Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_estado_nutricional_politicas_alimentarias.pdf
- Angulo M. y col. Relevamiento y análisis de caries dental, fluorosis y gingivitis en adolescentes escolarizados de 12 años en la República Oriental del Uruguay. Facultad de Odontología. UDELAR. 2015
- Arbulo V, Castela G, Oreggioni I, Pagano JP. Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Proyecto “Avances y consolidación de la Cobertura Universal en Salud en Uruguay”. OPS-OMS. Área Economía de la Salud – DIGESNIS – MSP. 2014. Disponible en: http://www.paho.org/uruguay/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=460&Itemid=241
- Arim, R., Failache E., Salas G., Severi C., Vigorito A.(2013). Trayectorias de privación en la infancia. Un análisis en base a datos de panel. Informe final del proyecto CSIC de Inclusión Social. Montevideo, 2013.
- Benia W, Isabella F, Katzkowicz N., Yapor M. ASSE en la Reforma de la Salud. En: Transformar el futuro. MSP. Montevideo, 2010.
- Benia W, Medina G. Construcción de una red continente. En: Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D. Edit. Atención Primaria de Salud en el Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. OPS-OMS. Montevideo, 2011.
- Bonilla S et al. Cianobacterias y cianotoxinas en ecosistemas límnicos de Uruguay. Revista del Laboratorio Tecnológico del Uruguay INNOTEC 2015, 10 (9 - 22).
- Burdín G, Esponda, Vigorito A. Desigualdad y Altos Ingresos en Uruguay: un análisis en base a registros tributarios y encuestas de hogares. Facultad de Ciencias Económicas. Instituto de Economía. 2014.
- Cabella, W. Análisis de situación en población. Uruguay. OPP, UNFPA, Montevideo, 2012.
- Cabella W, Nathan M, Tenenbaum M. La población afro-uruguaya en el Censo 2011. En: Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay. Fascículo 2. Programa de Población. Unidad Multidisciplinaria. Facultad de Ciencia Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Trilce. 2013.
- Cabrera S, Coteló A, Antelo V, González G, Librán M, Perna A, Savio E. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007-2009. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 17-20 July 2011, Roma, Italy. Abstract CDB028

- Colafranceschi M, Failache E, Vigorito A. Desigualdad multidimensional y dinámica de la pobreza en Uruguay en los años recientes. El Futuro en Foco. Cuadernos sobre Desarrollo Humano. Montevideo: PNUD, 2013. Disponible en: <http://www.uy.undp.org/content/dam/uruguay/docs/cuadernosDH/CUADERNO%20DH02.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2014. CEPAL. Santiago de Chile. 2014.
- Comisión Nacional de Zoonosis. Plan estratégico 2006-2009. Montevideo. 2010.
- Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP). Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Informe año 2014. (Cifras Provisorias al 21.01.2015). Disponible en: <http://www.chlaep.org.uy/descargas/2014-cifras-provisorias-al-21-01-2014.pdf>
- Consejo Nacional de Políticas Sociales. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País Uruguay 2013. Uruguay Social. Montevideo, setiembre 2013.
- Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud (DES-MSP). Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA). Plataforma Interinstitucional para la evaluación y el monitoreo del Acceso y la Cobertura Universal en Salud (MSP-UDELAR-OPS/URU). Diciembre de 2012. En: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=404&Itemid=241
- Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud (DES-MSP). Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo. Plataforma Interinstitucional para la evaluación y el monitoreo del Acceso y la Cobertura Universal en Salud (MSP-UDELAR-OPS/URU). Diciembre de 2012. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=405&Itemid=241
- Ministerio de Salud Pública. División Economía de la Salud (DES-MSP). Costos compartidos en salud: revisión del marco conceptual y experiencias de las Américas y el Caribe. Tasas moderadoras en Uruguay impacto en el acceso y la protección financiera. Plataforma Interinstitucional para la evaluación y el monitoreo del Acceso y la Cobertura Universal en Salud (MSP-UDELAR-OPS/URU). Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=891&Itemid=306
- Universidad de la República. Encuesta Alimentación y Bienestar (Montevideo y área metropolitana). Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. UDELAR-INDA. 2015.
- Universidad de la República. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECOM-UdeLaR). Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos. Plataforma Interinstitucional para la evaluación y el monitoreo del Acceso y la Cobertura Universal en Salud (MSP-UDELAR-OPS/URU). Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=891&Itemid=306
- Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Ciencia Política (ICP-UdeLaR). Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa en la implementación del SNIS: cambio institucional, posibles escenarios y orientaciones de cambio. Plataforma Interinstitucional

para la evaluación y el monitoreo del Acceso y la Cobertura Universal en Salud (MSP-UDELAR-OPS/URU). Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=891&Itemid=306

- Universidad de la República. Facultad de Medicina. Informe quinquenal UdelaR. Los cambios, la Facultad de Medicina y el SNIS. Montevideo. Marzo 2009.
- Universidad de la República. Facultad de Odontología. Informe Situación de la salud bucal de los uruguayos. UDELAR. Montevideo. Noviembre 2014.
- Fernández Galeano M, Benia W. Futuros posibles de la salud y la enfermedad. En: Arocena R, Caetano C. (coord). La aventura uruguaya ¿Naidés más que naidés? Random House Mondadori, Montevideo, 2011.

Fernández Galeano M, Benia W. Salud. Nuestro Tiempo. Libro del Bicentenario. Montevideo. 2014.

- Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS/OMS, 2015.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2013, Informe final, Montevideo, UNICEF, MIDES. En: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/MICS_Uruguay_web.pdf
- Fondo Nacional de Recursos. Anexo I Listado de técnicas y procedimientos cubiertos 2015. Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy/tecnicas>
- Fondo Nacional de Recursos. Política y Gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo. Relevamiento de la experiencia internacional y respuesta del Fondo Nacional de Recursos. Publicación Técnica N°13. FNR. Montevideo. 2010.
- Instituto Nacional de Alimentación. Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Derecho a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional: logros y desafíos de Uruguay. Informe situación SAN. INDA. FAO. UDELAR – Facultad de Ciencias. Laboratorio de Técnicas aplicadas al territorio. Montevideo. 2015
- Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. INE. 2011. Disponible en : <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Estimación de la Pobreza por el Método del Ingreso. INE 2014. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Estimaci%C3%B3n+de+la+pobreza+por+el+M%C3%A9todo+del+Ingreso+2014/6b034411-75bb-4ba7-b10d-092f5e351d6c>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Principales resultados de Encuesta Continua de Hogares. 2014. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37924/ECH+2014/808d35b5-f9df-44e6-86af-e4bec9f761a8>

- Instituto Nacional de Estadísticas. Estimación de la pobreza por el Método del Ingreso 2015. INE. 2015. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/364159/Estimaci%C3%B3n+de+la+pobreza+por+el+M%C3%A9todo+del+Ingreso+2015/321a0e-db-d97e-4ab0-aa88-e31ce7a22307>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones de población. INE. 2016. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/estimaciones-y-proyecciones>
- Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Informe sobre el estado de la Educación en el Uruguay. INEEd. 2014. Resumen Ejecutivo. Disponible en: <http://www.ineed.edu.uy/sites/default/files/Resumen%20Ejecutivo%20INEEd%20para%20Web.pdf>
- Instituto Nacional de la Juventud. Plan Nacional de Juventudes. 2011-2015. INJU. Montevideo, 2013. En: <http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/23924/1/avances-pnj.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. Secretaria Nacional de Drogas. Documento Base para el diseño de políticas públicas en la temática del alcohol en Uruguay. Montevideo. 2011.
- Katzkowicz N, Pradere G. Oferta y necesidades de Recursos Humanos en Salud. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Uruguay. 2015.
- Kruk C, Suárez C, Ríos M, Zaldúa N, Martino, D. Ficha Análisis Calidad de Agua en Uruguay. Montevideo: Vida Silvestre y Asesoramiento Ambiental Estratégico. 2014. Disponible en: <http://vidasilvestre.org.uy/wp-content/uploads/2013/09/informeaguafinalcm1.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones, INMUJERES. 2013. Disponible en: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/94_file2.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. Reporte Social 2013: Principales características del Uruguay social. MIDES. OPP. AGEV. Disponible en: http://www.opp.gub.uy/images/documentos/Rendiciones/reporte_social_2013.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. Reporte Uruguay 2015. MIDES-OPP Noviembre 2015.
- Ministerio del Interior. Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Montevideo. Noviembre 2014.
- Ministerio de Salud Pública. Desempeño de los Prestadores Integrales del SNIS. 2010-2014. Área Economía de la Salud. Dirección Nacional del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Desempe%C3%B1o%20Sectorial%202010-%202014_versi%C3%B3n%20final.pdf
- Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de enfermedades no transmisibles (PPENT). Estudio de carga global de enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. MSP. Montevideo. 2015.
- Ministerio de Salud Pública. División Epidemiología. Estadísticas Vitales. Registro de mortalidad. MSP. 2015.

- Ministerio de Salud Pública. DIGESA. Salud Sexual y Reproductiva. Información sobre IVE 2013 - 2015.

Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. MSP. Montevideo. 2015. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%2017%20AGOSTO.pdf

- Molins S, Alonso L, Fernández, J. Uruguay: El Plan Integral de Atención a la Salud en Planes de Beneficios en Salud de América Latina, una comparación regional. BID. 2014.
- Naciones Unidas Uruguay. Uruguay, Análisis Común de País. Montevideo. 2015
- Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Oficina de Programación y Política Agropecuaria OPYPA. 2011. Anuario 2011. Montevideo: MGAP. Disponible en: www.mgap.gub.uy
- Oreggioni I. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay. Cambios en el sistema de financiamiento del sistema de salud uruguayo. En: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.
- Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. 2010. En: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos Uruguay. 2014. Montevideo: OPS/OMS, 2014
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, DC: OPS, 2015. Disponible en: http://www.audyn.org.uy/sitio/repo/arch/OPSCONSUMODEUPPENLATINOAMERICA_ESP.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Resolución CE130. R9. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC. 2002. En: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=28&Itemid=
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2010. En: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Montevideo. Octubre 2009. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay_2009.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos. Washington, DC: OPS/OMS. 2014. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=category&id=715&layout=blog&Itemid=260

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con la República Oriental del Uruguay 2012 – 2015. Representación en Uruguay. OPS/OMS. Montevideo. 2013.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto de Opinión Pública de América Latina (LAPOP). PNUD. Informe 2014.
- Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. Plan Estratégico 2015 – 2020. ASSE. RIEPS. 2014. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=488&Itemid=241
- República Oriental del Uruguay. Poder Ejecutivo. Exposición de motivos del Proyecto de Ley presupuestal 2015.
- Setaro M. Reforma del Estado y políticas públicas de la administración Vázquez. 2010.
- Unidad Nacional de Seguridad Vial. Siniestralidad Nacional al 15 de diciembre. Uruguay. 2015. Disponible en: http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/8518013f-bfae-4fc4-8576-426fa81d6109/Informe+de+Siniestralidad+Vial+al+15+de+diciembre+de+2015.pdf?MOD=AJPERES&convert_to=url&cacheid=8518013f-bfae-4fc4-8576-426fa81d6109
- Universidad de la República. Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. Resultados de la Encuesta sobre Alimentación y Bienestar. Montevideo. 2015. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/2/2015/11/0815.pdf>
- Universidad de la República. Facultad de Odontología. Informe “Situación de la salud bucal de los uruguayos”. UDELAR. Uruguay. Noviembre 2014
- Uruguay Crece Contigo- Instituto nacional de Estadísticas. Facultad Ciencias Económicas (UDELAR). Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). Montevideo. 2014. En: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/SALUD,+NUTRICI%C3%93N+Y+DESARROLLO+EN+LA+PRIMERA+INFANCIA+EN+URUGUAY+PRIMEROS+RESULTADOS+DE+LA+ENDIS/7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b>
- Uruguay XXI. Inversión Extranjera Directa en el Uruguay.2015. En: <http://www.uruguayxxi.gub.uy/es/wp-content/uploads/sites/6/2014/11/Informe-IED-en-Uruguay-Abril-2014-Uruguay-XXI.pdf>

