

URUGUAY



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

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La población de Uruguay es de 3.241.003 habitantes (1) y está mayormente concentrada en la capital Montevideo (41%). El 48,3% de la población son hombres y el 51,7% son mujeres. La forma de gobierno es democrática representativa, con elección de autoridades cada cinco años. Está dividido administrativamente en 19 departamentos, gobernados por una Junta Departamental (31 miembros) y un Intendente. El gobierno nacional está compuesto por el Poder Ejecutivo, integrado por el Presidente y 13 Ministros; el Poder Legislativo, que tiene dos Cámaras, la de Senadores y la de Diputados; y, el Poder Judicial, compuesto por la Suprema Corte de Justicia y los Tribunales y Juzgados. Las elecciones nacionales de 2004 dieron la victoria a una coalición de izquierda, por primera vez en la historia del país, y el nuevo gobierno asumió el 1 de marzo de 2005.

Determinantes sociales, políticos y económicos

Uruguay tiene un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,838 y ocupa el lugar 46 en el mundo (2). En el período 2000–2004 la economía atravesó un ciclo recesivo y en 2002 se vivió una difícil crisis económica, con caída del empleo real y consecuencias serias en el sistema financiero. El Producto Interno Bruto (PIB) per cápita pasó de US\$ 6.043 en 2000 hasta el valor más bajo en 2003 de US\$ 3.309, y en 2005 fue de US\$ 5.081. La tasa de desempleo fue de 12,6% en 2000, ascendió a 16,9% en 2002 y se ubicó en 12,2% en 2005. La caída del PIB, el aumento de la tasa de desempleo y el endeudamiento en dólares de la población urbana y rural han generado la agudización de la situación de pobreza del país. El 15,3% de la población vivía bajo la línea de pobreza en 1999, cifra que ascendió en 2004 a 32,1%, con una concentración en la población infantil (56,5% de los niños y niñas entre 0 y 5 años vivían bajo la línea de pobreza en 2004) (3, 4). El aumento de la pobreza y la consecuente pérdida de la se-

guridad social generan impactos directos sobre el sistema de salud del país. Se incrementó la población que se atiende en el sector público sin que hasta el momento haya variado la diferencia de gasto por tipo de sector (público o privado). El 5,4% de la población vive en asentamientos irregulares. Montevideo es el departamento que presenta una mayor concentración de población en asentamientos irregulares (10,1% de su población). La distribución por edad de la población de los asentamientos difiere de la distribución general de la población: 26% de la población de los asentamientos tiene entre 0 a 9 años de edad y 64% son adolescentes y jóvenes (1).

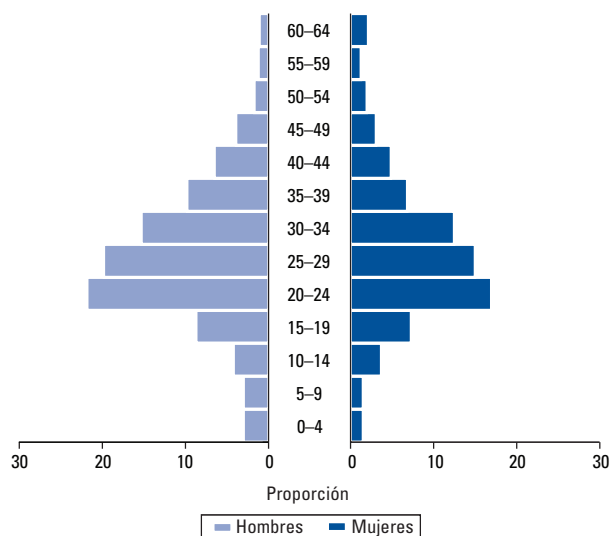
La crisis económica también ha agudizado la emigración internacional, con la emigración de personas jóvenes y adultas a otros países, como lo muestra la figura 1. En el período 1996–2004 emigraron 122.000 personas, lo que en cifras representa la quinta parte del número promedio de nacimientos totales anuales en el mismo período.

En 2004, 27,1% de las personas del primer quintil de ingresos tenía de 0 a 3 años de instrucción formal, mientras que solo 7,5% del quintil más alto había alcanzado la misma cantidad de años de educación. En el primer quintil, solamente 2,0% de las personas habían llegado a 13 años o más de instrucción, mientras que 38% en el quintil 5 tenían ese nivel (5).

Desde 2003 es obligatorio cursar 10 años de educación (siete de primaria y tres de secundaria o educación técnica). Según datos de 2004 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la proporción de personas de 14 a 15 años de edad que completó seis años de estudio fue 62,9% en los hombres y 95,8% en las mujeres. Entre los 20 y 21 años de edad los porcentajes de cumplimiento de 12 años de educación descienden: 32,3% de los hombres y 42,7% de las mujeres.

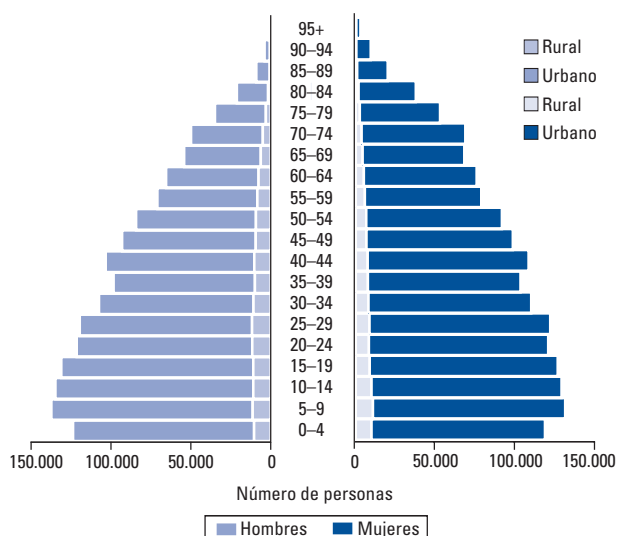
El analfabetismo (medido en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, 2006) (6) es de 2,3% del total de la población del país (2,7% en hombres y 2,0% en mujeres). Sin embargo, en Montevideo el analfabetismo es algo menor que 2,0% y en las localidades pequeñas y áreas rurales es de casi 4,0%. Los hombres analfabe-

FIGURA 1. Estructura de la población que emigra de Uruguay, 1996–2004 (en porcentaje).



Fuente: INE. Censo 2004, Fase I, síntesis de resultados.

FIGURA 2. Población por grupos de edad y sexo según área geográfica, Uruguay, 2004.



Fuente: INE. Censo 2004, Fase I, síntesis de resultados.

tos superan en todas las edades a la población femenina, diferencia que es mayor en las personas de 65 años y más de edad (hombres 5,6%; mujeres 4,4%). El analfabetismo en los hombres que viven en asentamientos irregulares es de 6,1% mientras que el de las mujeres es de 4,7%.

Si bien las mujeres tienen más cantidad de años de escolaridad que los hombres, en términos de la inserción laboral y de la remuneración la situación es completamente inversa. La tasa de empleo para el país urbano en 2004 fue de 62,9% para los hombres y 40,6% para las mujeres.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La tasa anual de crecimiento demográfico para todo el país (2005) fue de 0,6 %. El 92,0% de la población uruguaya vive en zonas urbanas y 8,0 % en zonas rurales. La población urbana crece a una tasa anual de 4,3 por 1.000 habitantes mientras que la población rural decrece a una tasa anual media intercensal de -11,2 por 1.000 habitantes.

Según la distribución por edad, las personas mayores de 65 años y más constituyen 13,4 % de la población. Como lo muestra la figura 2, la población de 80 años y más de edad representa 3,2% del total de la población del Uruguay.

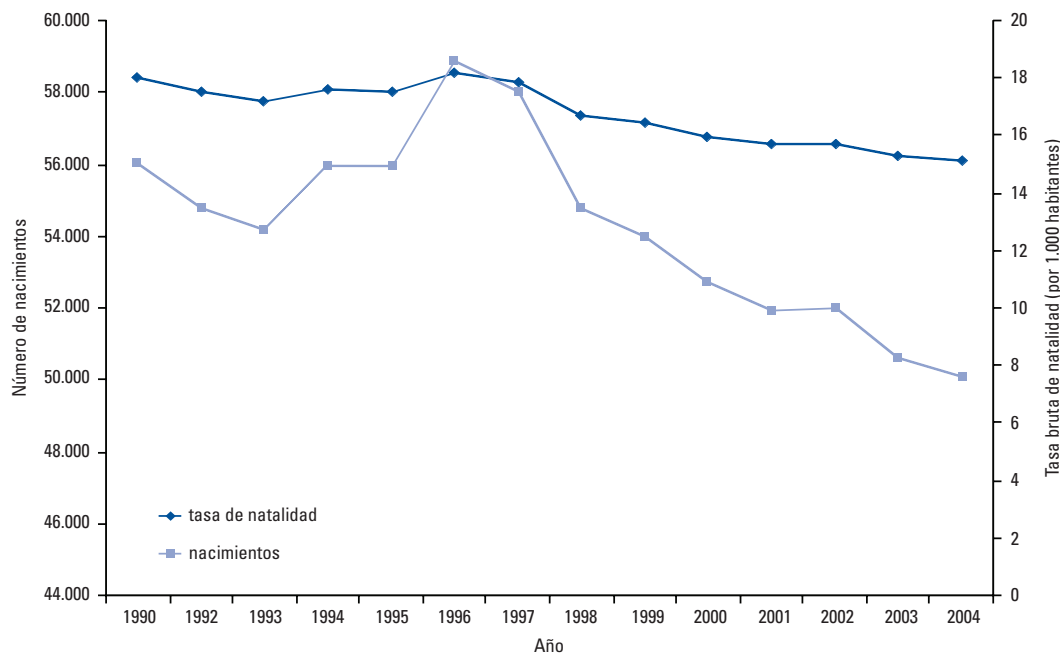
En efecto, el envejecimiento de la población es una característica demográfica y la pirámide poblacional (2004) insinúa una forma de huso. Dicho envejecimiento viene siendo acompañado por una disminución de la natalidad. La población mayor creció a una tasa anual media de 8,5 por 1.000 habitantes mien-

tras que el resto de los grupos etarios lo hizo a una tasa de 2,4 por 1.000.

Como lo revela la figura 3, el período 2001–2004 muestra una disminución en el número de nacimientos. La tasa global de fecundidad bajó de 2,5 hijos por mujer en 1996 a 2,1 hijos por mujer en 2004. El embarazo adolescente muestra claras diferencias según el nivel socioeconómico de la madre. En Montevideo (donde ocurren aproximadamente 38% de los nacimientos), 4,8% de las madres de clase socioeconómica alta tienen su primer hijo antes de los 18 años, versus 30,7% de las madres del nivel socioeconómico bajo. La tasa bruta de natalidad es de 15,1 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 2004, lo que representa un descenso con respecto a años anteriores. La esperanza de vida al nacer es de 75,3 años promedio para ambos sexos, con una diferencia de más de 7 años entre sexos: 78,9 años para las mujeres y 71,6 años para los hombres.

Existe un sistema nacional de registro obligatorio de defunciones, a cargo de la Oficina de Registro Civil, con datos que proporciona el Ministerio de Salud Pública (MSP). Todo certificado de defunción debe ser firmado por un médico (Ley No. 5453 de mayo de 1942). A partir de 1997 se comenzó a usar la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). Aproximadamente 65% de las defunciones ocurren en hospitales u otras instituciones de salud.

La tasa bruta de mortalidad fue de 9,76 por 1.000 habitantes en 2004 (32.220 defunciones). De acuerdo a datos disponibles de 2003 (7), 80% de las defunciones son debidas a los siguientes cinco grandes grupos de causas (CIE-10): enfermedades del sis-

FIGURA 3. Nacimientos registrados y tasa bruta de natalidad, Uruguay, 1990–2004.

Fuente: INE. Censo 2004, Fase I, síntesis de resultados.

tema circulatorio (33,6%); tumores (neoplasias) (23,4%); enfermedades del sistema respiratorio (9,4%); síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (8,2%); y causas externas (5,7%).

En 2005 la tasa de mortalidad infantil fue de 12,7 por 1.000 nacidos vivos, con una tasa de mortalidad neonatal de 7,1 por 1.000 nacidos vivos y una de mortalidad postneonatal de 5,6 por 1.000 nacidos vivos (8).

La tasa de mortalidad infantil bajó de 29,4 por 1.000 nacidos vivos en 1985 a 12,7 por 1.000 nacidos vivos en 2005. Este descenso (56,8%) es principalmente a expensas del descenso de la mortalidad infantil de niños atendidos en instituciones de salud del sector público (que descendió dos tercios, mientras que en las instituciones del sector privado descendió un tercio). Entre 1986 y 2001, la tasa de mortalidad infantil descendió 44,3% en Montevideo mientras que en el resto del país descendió 53,9%. Si bien las tasas de mortalidad infantil descendieron entre 1997 y 2002, existen diferencias entre los distintos Departamentos: la mayor tasa de mortalidad infantil se registra en aquellos ubicados en el noroeste del país (Rivera, Cerro Largo, Tacuarembó) mientras que los ubicados al sur del Río Negro presentan tasas menores (9). En Montevideo, aquellos barrios que presentan peores condiciones habitacionales, de hacinamiento y de precariedad de la vivienda, de dificultad en el acceso a saneamiento y a la atención de madre e hijo, presentan tasas más altas de mortalidad infantil.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Desde 1996 se observa una disminución el número de nacimientos, con 50.051 nacimientos en 2004 (la tasa bruta de natalidad disminuyó de 18,2 por 1.000 en 1996 a 15,2 por 1.000 en 2004). De los nacimientos en 2004, 37,0% fueron en Montevideo y 63,0% en el resto del país. El 8,6% de los nacimientos fueron de bajo peso (menos de 2.500 gramos). En la población menor de 1 año, las malformaciones congénitas fueron la causa principal de muerte (24,0%). La segunda causa más importante fue la hipoxia intrauterina y otras dificultades y afecciones respiratorias del recién nacido (13,0%) y en tercer lugar las sepsis bacterianas (9,0%). El número de casos de sífilis congénita notificados y confirmados en el Uruguay fue de 29 para el año 2005 (tasa 0,6 por 1.000 nacidos vivos). Se señala que existe un subregistro no estimado. En la población de 1 a 4 años de edad, las tres principales causas de muerte fueron los accidentes y efectos adversos (23,9%), las anomalías congénitas (13,8%) y las infecciones respiratorias agudas y neumonía (11,0%).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004, los accidentes fueron la causa del 39,5% de las muertes en este grupo de edad, seguidos por fallecimientos por tumores (17,3%). En 1999 los tres Departamentos de Pediatría de la

Facultad de Medicina de la Universidad de la República incorporaron la enseñanza de la estrategia de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) en los cursos de pregrado de la carrera de medicina. En 2001, el MSP y la Facultad de Medicina firmaron un acuerdo para su implementación conjunta en el primer nivel de atención en el país. Si bien se han realizado varios talleres y cursos de capacitación, aún no se ha medido el impacto directo que los mismos pudieran haber tenido en la disminución de las enfermedades más prevalentes en la infancia.

Salud de los adolescentes (10 a 19 años)

Al igual que para los niños entre 5 y 9 años, en 2004 los accidentes fueron la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años de edad (33,2% de las defunciones de este grupo). La segunda causa fueron los suicidios (12,5%), seguidos por los tumores (9,5%) y las agresiones u homicidios (9,1%). El embarazo adolescente constituyó 16,5% de los embarazos totales en 2001.

Salud de los adultos (20–59 años)

De las 32.220 defunciones producidas en 2004, 15,0% ocurrieron en este grupo etario. El 69,0% de estas muertes se debieron a tres causas principales: tumores (30,0%), enfermedades del sistema circulatorio (20,0%) y causas externas (19,0%).

En cuanto a la mortalidad materna, en 2005 se registraron 11 muertes, 4 de ellas debido a complicaciones de abortos, para una razón de mortalidad materna de 23,3 por 100.000 nacidos vivos.

Salud del adulto mayor (60 años y más)

Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades del sistema circulatorio (2.274 por 100.000 personas de 60 y más años de edad), los tumores (1.405 por 100.000) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, infecciones respiratorias agudas y neumonía (620 por 100.000).

Salud de las personas con discapacidad

Se realizó la primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad entre septiembre de 2003 y agosto 2004 (10). Los resultados principales revelan una prevalencia de discapacidad de 7,6% en la población general (estimándose unas 210.400 personas discapacitadas). No se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia en la capital y el resto del país. Las mujeres tienen una prevalencia mayor (8,2%) que los hombres (7,0%). Más de la mitad de las personas con al menos una discapacidad (50,8%) tienen 65 años o más de edad, seguidas de las personas entre 50 y 64 años (18,4%) y por las personas de 30 a 49 años (12,9%). El aumento de la prevalencia de la discapacidad con la

edad determina que uno de cada cuatro adultos mayores padece de alguna discapacidad. La mayoría de la población con discapacidad (66,0%) padece una sola discapacidad, independientemente del sexo. Los encuestados atribuyeron su discapacidad en 51,0% de los casos a una enfermedad, 21,0% de nacimiento, 18,0% debido al envejecimiento y 9,0% como secuela de accidentes. Veintiún por ciento de los discapacitados declaran necesitar ayuda para cuidarse a sí mismos y 40,0% para desplazarse fuera del hogar.

Las discapacidades declaradas como la principal fueron: dificultades para caminar (33%), visión (25%) y audición (13,6%). La proporción de personas con discapacidad que carecen o tienen muy bajo nivel de instrucción (37,0%) es muy superior a la de los no discapacitados (12,6%). Solamente 16,5% de las personas económicamente activas con discapacidad está empleada versus 53,4% de la población no discapacitada.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Un problema potencial es la reintroducción del mosquito *Aedes aegypti* con las posibles apariciones de casos de dengue, ya que en 1997 fue detectado nuevamente después de haber estado ausente desde su erradicación en 1958. A través de un riguroso plan de prevención se ha logrado controlar la infestación en zonas geográficas delimitadas (fundamentalmente en tres ciudades del interior: Salto, Mercedes y Fray Bentos). No se han notificado casos autóctonos de dengue (hasta agosto de 2006) a pesar de que existen en los países vecinos.

Se tiene un alto grado de control sobre la enfermedad de Chagas. Su principal vector, *Triatoma infestans*, estaba presente en dos terceras partes del territorio nacional, pero para 1997 el programa específico de lucha antivectorial, integrado en la Iniciativa de Control de Chagas del Cono Sur, logró la eliminación o minimización de la infestación vectorial domiciliar. Sucesivas evaluaciones internacionales realizadas en 1998, 1999 y 2000 certificaron este logro y Uruguay es el primer país endémico que interrumpe la transmisión. En la actualidad continúan las acciones de vigilancia y control en pos de la eliminación total de *T. infestans*.

El síndrome pulmonar por hantavirus fue reconocido en el país por primera vez en 1997 y, desde entonces, ha mantenido una incidencia anual baja (0,22 casos por 100.000 habitantes) en toda la región sur del país. La letalidad promedio fue 24% y 72% de los casos son de sexo masculino (2006). El factor de riesgo más importante es el de vivir o trabajar en áreas rurales. El roedor silvestre involucrado sería *Oligoryzomys flavescens*.

La tasa de prevalencia de lepra para todo el Uruguay en 2005 fue 0,04 por 10.000 habitantes. Las tasas más altas se registran en dos departamentos del litoral noroeste: Artigas (0,53 por 10.000)

y Río Negro (0,19 por 10.000). Montevideo presenta una tasa de 0,01 por 10.000. El número de casos notificados y confirmados anuales de lepra en el Uruguay bajó de 628 en 1989 a 15 en 2002. Anualmente se notifican y confirman entre 10 a 20 casos en todo el país.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde el inicio de los años ochenta no se notifican casos de **poliomielitis, tétanos neonatal y difteria**. En 1999 se registraron los últimos casos de **sarampión**, y actualmente se está en proceso de su erradicación. Tampoco se han presentado casos de **rubéola** desde 2002. En 2005 se presentó un brote de **parotiditis** infecciosa en Montevideo que afectó fundamentalmente a jóvenes de 18 a 24 años de edad, los cuales habían recibido una sola dosis de vacuna. Se presentaron más de 2.500 casos, pero no hubo muertes. La vacunación obligatoria para la **varicela** comenzó en 1999.

Las coberturas de vacunación en menores de un año en el quinquenio 2002–2005 fueron superiores a 95% para todas las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (11), que en 2006 son: difteria, hepatitis b, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tétanos, tos ferina, tuberculosis, varicela, meningitis y otras infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b.

El número de casos notificados y confirmados durante 2005 de **Hepatitis vírica A** fue de 2.877 (88,7 casos por 100.000 habitantes), siendo San José (633 casos por 100.000), Artigas (608 por 100.000), Canelones (89,9 por 100.000) y Montevideo (34,2 por 100.000) los departamentos con más casos.

Enfermedades crónicas transmisibles

Desde mediados de los años noventa la incidencia de casos de **tuberculosis** no muestra cambios sustanciales, registrándose anualmente un promedio de 650 casos nuevos (tasa anual de 20,0 por 100.000 habitantes). No obstante, se registraron 729 casos en 2004 y 723 casos en 2005 (tasa de 22,3 por 100.000 habitantes).

La infección por VIH ha traído aparejado un aumento en el número de casos. Como promedio, en el período 1994–2004, 10% de los casos de tuberculosis eran pacientes con VIH/sida y el 12% de los casos registrados en 2005 eran portadores de la infección. Los pacientes con tuberculosis y VIH/sida son fundamentalmente adultos jóvenes, especialmente entre 25 y 34 años; existe un número significativamente mayor de pacientes con tuberculosis pulmonar no confirmados bacteriológicamente en relación a la población tuberculosa VIH negativa; la letalidad es varias veces mayor que la registrada en personas VIH negativas; y, la tasa de abandono del tratamiento también es mayor que en los pacientes no infectados por VIH. Hasta 2005 no se ha observado una mayor tendencia a desarrollar resistencia a las drogas antituberculosas en esta población. Otra situación particular es la superpoblación de los establecimientos de reclusión, donde se re-

gistran tasas de hasta 600 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes en algunos centros de reclusión, es decir una tasa 30 veces superior a la de la población en general.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia de VIH/sida presentaba en 2005 un predominio de la transmisión sexual (71%; prevalencia de 1975 casos en dicho año) y dentro de ésta la forma heterosexual (63%). La vía sanguínea es responsable de 25,4% de los casos (prevalencia de 706 casos en 2005) y la transmisión perinatal es responsable de 3,6 % de los casos (prevalencia de 101 casos en 2005). A partir de estudios centinelas en 2000 se demuestra que la prevalencia de personas con VIH/sida era de 0,23% de la población, la que se incrementó a 0,45% en 2004. En 2005, las personas con VIH/sida procedían 78,3% de Montevideo y 21,7% del resto del país.

Entre 1983 y 2006 se habían notificado 6.463 casos de pacientes VIH+ y 2.895 casos de sida (número de casos acumulados). De las personas con sida han fallecido 1.467 (tasa de letalidad de 51%). A junio de 2006 existen 7.890 personas viviendo con VIH+ o con sida y se estima que de estos aproximadamente 1.700 pacientes están en tratamiento. El resto, aproximadamente 6.190 personas VIH+/sida identificadas, no reciben tratamiento por diferentes causas: abandono individual del tratamiento indicado, elección de tratamientos alternativos (sin antirretrovirales) o en algunos casos de pacientes VIH positivos por no indicación del médico. Sin embargo, de acuerdo al último estudio centinela (2004), habría unas 5.000 personas viviendo con VIH+/sida que no han sido identificadas como tales.

Considerando el total de los casos hasta 2005, 67,0% de los VIH positivos son de sexo masculino. La población más afectada es el grupo de 15 a 44 años, con una incidencia máxima entre los 25 a 34 años. La razón hombre/mujer evolucionó desde 8,9 en 1989 a 2,2 en 2005.

En 1991 se hizo obligatorio por ley el tratamiento de todos los casos de VIH+ o sida. En 1996 se alcanzó la cobertura de 100% de los pacientes VIH+/sida cuyos médicos indicaban tratamiento. Desde 1997 los equipos de salud están obligados por ley a ofrecer el examen de VIH a toda embarazada que concurra a control. En 1998 se creó una Comisión de Consenso Nacional con la finalidad de protocolizar los tratamientos. En 2002, se creó por ley el Fondo Nacional de Lucha contra el Sida para financiar los tratamientos antirretrovirales y sus correspondientes exámenes paraclínicos; el Fondo se financia a través de un impuesto de 3% a las pólizas de seguros e impuestos a la venta de jugadores de fútbol al extranjero.

Zoonosis

Uruguay fue declarado libre de **fiebre aftosa** sin vacunación en 1999. Sin embargo, en 2000 se reintrodujo el virus en el departamento de Rivera, aplicándose la medidas pertinentes recomendadas por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). En

2001 hubo otro reingreso a través de los departamentos del litoral oeste y desde entonces se recomenzó la vacunación de los bovinos. Se pasó de una vacuna trivalente OAC a una bivalente OA, dado que hace varios años no se registra el virus en el Cono Sur.

Se han presentado escasos casos de **brucelosis** (cinco casos en 2005) y de *carbunco* (cuatro casos en 2005) en trabajadores rurales desde 2000 hasta el momento actual, estando ambas zoonosis en franca regresión.

La **leptospirosis** es una endemia ocupacional y una epizootia en áreas focales dedicadas a la ganadería lechera y al cultivo de arroz o caña de azúcar. Desde 2002 hay una mayor conciencia de la importancia de esta enfermedad con el consiguiente aumento de las notificaciones y de brotes eventuales derivados de inundaciones en asentamientos suburbanos precarios y de reciente aparición. En 2000, se notificaron 23 casos, mientras que en 2002 se notificaron 247 casos (12).

La **hidatidosis** o equinococosis quística fue una parasitosis de alta endemia que, con las acciones de control de la Comisión Nacional Honoraria de Lucha Contra la Hidatidosis, ha disminuido de forma drástica su prevalencia en niños, incidencia real y operatoria en el hombre, y sus prevalencias en caninos (hospedero definitivo), ovinos y bovinos (hospederos intermediarios). En 1993 se operaron 367 casos en todo el país (39,8% de ellos provenientes de Montevideo); y, en 2002 se operaron 139 pacientes (31,7% de ellos provenientes de Montevideo). Con base en esta experiencia nacional, se ha constituido a partir de 2004 el Proyecto Subregional Cono Sur de Vigilancia y Control de Hidatidosis (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), con Secretaría Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Se ha reorganizado la prevención, vigilancia y control de zoonosis y enfermedades transmitidas por artrópodos, convirtiendo por Ley la Comisión Nacional Honoraria de Lucha Contra la Hidatidosis en Comisión Nacional de Zoonosis, encargada de atender estas patologías y con responsabilidades de coordinación de todos los programas específicos en la materia.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Los problemas nutricionales más importantes son la **obesidad** y la **desnutrición energético-proteica**; se desconoce la prevalencia de **anemia nutricional** y **deficiencia de vitamina A**. En una encuesta realizada en 2000 se encontró que 51% de los habitantes tiene algún grado de **sobrepeso**, y 17% es **obeso** (13). Según cifras de 2005, en niños la proporción de obesos es máxima en los menores de 1 año (7,8%) y la desnutrición es máxima en los niños de 1 año (11,8%), medidas por la razón entre peso y talla (14).

Los censos de talla escolar de niños de primer grado de escuelas públicas (aproximadamente 85% del total de la población infantil

asiste a escuelas públicas) revelan que 19,7%, 18,1% y 22,9% de los niños tenían déficit de talla en 1987, 1990 y 2002, respectivamente. Los datos de 2002 sugieren que la situación nutricional de los niños podría evidenciar cierto deterioro, pues según los estándares internacionales (National Center for Health Statistics, CDC), se esperaba que el déficit de talla de ese año fuera de 15,9% (2).

Enfermedades cardiovasculares

Desde hace 50 años las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar como causa de muerte, con 33,0% del total de las defunciones en 2004. La tasa de mortalidad por estas enfermedades fue de 330 por 100.000 en 1999, y 328 por 100.000 en 2004.

Las principales enfermedades son las **cerebrovasculares**, con una tasa de mortalidad del 114 por 100.000 habitantes y las enfermedades **isquémicas**, con una tasa de mortalidad del 86 por 100.000 habitantes. Las enfermedades cerebrovasculares tienen una mayor tasa de mortalidad en las mujeres que en los hombres (128 y 98 por 100.000 habitantes respectivamente) mientras que lo contrario ocurre con las enfermedades isquémicas que son más frecuentes en los hombres (101 vs. 72 por 100.000 habitantes).

Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas representaron 23,5% del total de muertes en el Uruguay en 2004. En un estudio de morbilidad hospitalaria, realizado por el Ministerio de Salud Pública en instituciones privadas de salud en el primer semestre de 2005, se encontró que los tumores representaban 9,6% de los egresos hospitalarios, siendo los tumores malignos 66% del total. Las tasas de egreso hospitalario por esta causa no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (3,47 y 3,77 por 1.000 personas respectivamente). Más de 90% de los casos correspondieron a personas de 45 años y más. En la población general los tumores más frecuentes fueron en primer lugar el **cáncer de mama**, seguido por el **cáncer de tráquea, bronquios y pulmón** y en tercer lugar el de **colon**. En los hombres predomina el tumor de tráquea, bronquios y pulmón seguido por el de **próstata** y luego el de **vejiga**, mientras que en las mujeres predomina el cáncer de mama, con 27% de los casos, seguido por el linfoma no Hodgkin y el tumor de colon. El promedio de estadía hospitalaria por tumores es de 10 días.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Salud mental

En 2005, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 20,6 por 100.000 habitantes, predominando en hombres (77%) y en el interior del país (70,9%). De todas las personas tratadas en establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, el 54% son mujeres y el 11% son niños o adolescentes. El número promedio de contactos por persona es 3,3 por año. Los diagnósticos de admisión

a hospitales psiquiátricos pertenecen principalmente a los grupos esquizofrenia (44%) y trastornos del estado de ánimo (20%).

Salud oral

Por decreto del Poder Ejecutivo, a fines de 1999 se inició la producción y venta obligatoria de sal fluorurada en todo el país. En ese año se realizó la última medición del CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de edad, con un promedio de 2,47 piezas.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La Constitución de la República establece que el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. El MSP, creado en 1934 por la Ley No. 9.202, es el organismo responsable de establecer normas y regular el sector, desarrollar programas preventivos y administrar sus servicios asistenciales.

Para dar respuesta al aumento de la situación de pobreza que se verifica especialmente a partir de 2002, se creó por la Ley N° 17.866 (15), en marzo de 2005, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Una de sus principales políticas es el Plan Nacional de Emergencia Social (PANES) que consiste en trasladar desde el Estado un monto de dinero mensual a aquellos hogares que están por debajo de la línea de pobreza y cuyos ingresos por persona no superen el monto de la canasta básica de alimentos (16). Se solicitan una serie de contrapartidas para la recepción de dicho dinero, entre ellas realizar trabajo comunitario, que los niños del hogar concurren a la escuela y el cuidado de la salud. El programa tiene como cometido completar los 2 años de ejercicio para luego ser evaluado en sus resultados.

En el marco del MIDES desarrolla también sus funciones el Programa Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia) (17), cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida e inserción social de niñas y niños y sus familias a través de políticas específicas, varias de las cuales vinculan salud y pobreza. El Programa apoya la promoción al desarrollo integral y el crecimiento de niños y niñas de 0 a 4 años a través del apoyo del Plan CAIF (Centros de Atención a la Infancia y la Familia), que Plan CAIF atiende a 13.800 niños en todo el país, nucleados en 210 centros de atención. El Programa Infamilia también desarrolla junto al MSP acciones para la educación sexual y reproductiva, entre ellas el acompañamiento de las madres y los padres adolescentes en el primer año luego del parto; la capacitación de promotores juveniles y la creación de espacios especializados en la atención de adolescentes. En 2005 se formaron 50 agentes socioeducativos que acompañaron a 1.500 madres y padres adolescentes, y tam-

bién se realizó la capacitación de profesionales de la salud en la temática.

Estrategias y programas de salud

En 2000 el MSP estableció un programa de fortalecimiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el que tuvo un impacto parcial especialmente sobre un grupo de instituciones privadas ubicadas en Montevideo. La situación de endeudamiento y otras causas estructurales fueron el motivo del cierre de varias IAMC, que pasaron de 50 en 2000 a 41 en 2005. Varias instituciones han permanecido en situación de riesgo, y la autoridad sanitaria tiene que jugar un rol activo tanto en la evaluación de desempeño como en el control de la gestión económico-financiero y asistencial de las mismas. A partir de marzo de 2005, el programa del nuevo gobierno plantea que, ante la situación crítica del sector, se requieren cambios de fondo del modelo de atención, del modelo de gestión y de financiación, con la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud y un Seguro Nacional que lo financie. Por ello se considera imprescindible una estrategia integral y una coordinación interinstitucional con otras áreas como alimentación, educación, vivienda, seguridad social, entre otras (18).

El sistema de salud se presenta excesivamente fragmentado e inequitativo: la población cubierta por los servicios públicos de asistencia es más joven, mayormente femenina, de más bajo nivel de ingresos y nivel educativo que la población cubierta por el sector privado; asimismo, el sector privado dispone de tres veces más recursos por beneficiario que el sector público. Con la crisis de 2002, crece la cobertura pública a partir de la disminución de las fuentes de trabajo y la pérdida de cobertura en salud a través de la seguridad social, sin haber habido un incremento correspondiente de recursos asignados, lo que profundiza las inequidades en calidad y acceso.

Organización del sistema de salud

A partir de marzo de 2005, se propone una reforma global para el sector salud (18), uno de cuyos principales objetivos es contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, a través de cambios en el modelo de atención y la aplicación de una estrategia de Atención Primaria en Salud, priorizando las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud, con énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social. La reforma también propone cambios en el modelo de gestión, con base en la democratización, la transparencia, la eficacia y eficiencia, para el logro de una mayor calidad asistencial; y en el modelo de financiamiento, con la creación de un Seguro Nacional de Salud, que asignaría recursos al sector salud a partir de las necesidades asistenciales

de la población. En el seguro propuesto, los usuarios deberían aportar al sistema en función de su ingreso familiar, obteniendo el acceso a la cobertura integral de los servicios de salud. Las empresas públicas y privadas aportarían al fondo un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados. Las instituciones prestadoras recibirían ingresos que les permitirían un adecuado equilibrio entre ellos y los costos de su atención, considerando el nivel de riesgo y gasto esperado de la población cubierta. Ello implica cobrar cuotas diferenciadas por prima de riesgo según sexo, edad u otras variables. Las instituciones de asistencia privada que se integren deberán aceptar e instrumentar las pautas, normas y controles que se definan, como condición para ser financiadas por el seguro. Se propone un laudo salarial único, independientemente de donde se trabaje y un tope de remuneraciones por todo concepto. La administración del Seguro Nacional de Salud estaría a cargo de una superintendencia de salud y el tema del control financiero y el de la calidad de los servicios son componentes principales de la propuesta.

Uno de los primeros proyectos de ley elaborados por el MSP y discutidos en 2006 en el Parlamento es la Ley de Descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándola de la estructura del MSP y convirtiéndola en un organismo autónomo. Este nuevo organismo estaría dirigido por tres delegados del Poder Ejecutivo, un representante de los usuarios y otro de los trabajadores de ASSE. El propósito de este proyecto es completar el proceso de descentralización iniciado en 1987 y permitir al MSP concentrarse en su rol rector del sector salud.

El sistema de salud (19, 20, 21, 22) se ha caracterizado históricamente por un alto nivel de fragmentación en los sectores público y privado y con una fuerte participación del sector privado.

Varias instituciones componen el sector público de prestación de servicios de salud. La red de establecimientos de ASSE es la principal del país, y comprende hospitales, centros de salud, policlínicas y médicos de familia. Da cobertura a la población de menores recursos y se estima que actualmente beneficia a 1.400.000 personas, aproximadamente 40% de la población total. ASSE dispone de 8.000 camas. Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta con infraestructura hospitalaria propia en Montevideo, con 450 camas y servicios de enfermería en las unidades militares del resto del país. Brinda cobertura a aproximadamente 165.000 personas (militares en actividad y retirados y sus familiares). Sanidad Policial tiene una infraestructura hospitalaria de 132 camas en Montevideo y en el interior contrata servicios de ASSE y de prestadores privados. Da cobertura a 70.000 personas (policías en actividad, retirados y familiares). El Hospital de Clínicas de la Universidad de la República cubre la misma población que ASSE y actualmente funciona con 450 camas. El Servicio Materno Infantil del Banco de Previsión Social cuenta con instalaciones propias ambulatorias y brinda cobertura a cónyuges e

hijos de beneficiarios del Seguro de Enfermedad, que no cuenten con cobertura privada. El Banco de Seguros del Estado dispone de un sanatorio propio de 160 camas en Montevideo y contrata servicios en el interior del país. Cubre accidentes laborales y enfermedades profesionales del sector privado. Los Servicios de Entes autónomos y Servicios Descentralizados dan cobertura a sus trabajadores, y en algunos casos a ex trabajadores y familiares. Los servicios médicos de las 19 Intendencias Municipales presentan diferentes niveles de desarrollo, relacionados todos con el primer nivel de atención, y dan cobertura a la población de menores recursos.

En el sector privado se ubican las IAMC, con 41 organizaciones médicas de prepago con prestaciones integrales, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país. Es un sector fuertemente regulado y sus precios están sujetos al control administrativo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). En tanto, el MSP determina sus prestaciones obligatorias y controla tanto sus aspectos asistenciales, como económicos y financieros. La mayoría de estas organizaciones cuentan con servicios de internación propios y sus beneficiarios ascienden a 1.400.000 personas. Las instituciones tienen entre 3.000 y 240.000 afiliados cada una. Los Seguros Privados están conformados por empresas privadas, mayoritariamente de carácter comercial, que brindan prestaciones asistenciales, en régimen de prepago. Este subsector comprende instituciones que brindan tanto cobertura total (similar a las IAMC) como cobertura parcial. A partir de 2000 se comenzaron a intensificar los controles por parte del Estado, en particular aquellos que son competencia del MSP. Los Seguros Privados de Cobertura Integral corresponden a seis empresas, que prestan asistencia a 55.000 afiliados. Los sistemas de emergencias móviles comprenden un tipo particular de seguro privado de cobertura parcial, que brinda principalmente cobertura ambulatoria domiciliaria en casos de emergencia. La mayor parte de los afiliados a estos seguros tienen una doble cobertura, y complementan su asistencia integral, pública o privada, con estos servicios. Los Institutos de Medicina Altamente Especializada son organizaciones asistenciales, que venden servicios de alta tecnología. También un alto número de empresas privadas, sanatorios y clínicas privadas, venden servicios ambulatorios o de internación.

Servicios de salud pública

El 20 de febrero de 2004, en el marco del fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica del MSP (Decreto 64/004), se actualizó el “Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria”, que incluye el listado de enfermedades y eventos notificables y la definición de caso sospechoso, de caso confirmado y de medidas de prevención y control correspondientes. Asimismo, se rediseñó la organización y el funcionamiento de las unidades ministeriales encargadas de la

vigilancia de enfermedades transmisibles, crónicas, ambientales, nutricionales y de accidentes. El MSP en el área maternoinfantil ha impulsado la prevención en policlínicas territoriales y también incorpora en la Reforma de la Salud medidas para asegurar una mayor equidad, como los estudios de control de embarazo de carácter gratuito.

En este marco también, se ha rediseñado la organización y funcionamiento del Laboratorio Nacional de Salud Pública (Decretos 384/999 y 241/000). Sus fines incluyen el asesoramiento técnico y supervisión del funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios de Análisis Clínicos (públicos y privados), la vigilancia epidemiológica, la elaboración de normas y protocolos de diagnóstico, el control de la calidad de reactivos, procedimientos y técnicas y la evaluación externa. El MSP elaboró en marzo del 2006 el Plan Nacional de Contingencia para una Pandemia de Influenza (que incluye la gripe aviar). El MSP viene trabajando de manera intersectorial, en especial con el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), para la prevención de la influenza aviar en los productores.

La cobertura de servicios de agua potable es de 98% del total de la población que reside en asentamientos estables o regulares. Se continúa desarrollando el programa de renovación técnica y ampliación de la cobertura de servicios de agua potable iniciado en los años noventa por la Administración de Obras Sanitarias del Estado (OSE). El país enfrenta el desafío de dar cobertura de agua potable a la población residente en los asentamientos irregulares periféricos de Montevideo, que constituye el 10,1% de la población de la capital. La cobertura de saneamiento es aproximadamente de 80% de la población en el área urbana de Montevideo, más de 50% a través de la red de saneamiento nacional. En el interior urbano se brindan servicios a 30% de la población a través de red de saneamiento y aproximadamente 50% de la población urbana del interior del país elimina las aguas servidas en fosa séptica.

Uruguay ha contado tradicionalmente con un alto nivel de higiene alimentaria. Las responsabilidades nacionales en esta materia corresponden al MSP mientras que la ejecución directa de las actividades de inocuidad de alimentos corresponde a las Intendencias Municipales. Otros actores en esta materia son: el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), el MGAP, organizaciones de protección al consumidor y las cámaras empresariales de la industria y el comercio alimentario. Varios departamentos cuentan con programas integrados de inocuidad de alimentos como estrategia para proteger la salud, la producción y el trabajo local. Se continúa trabajando con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, coordinado por el MSP a nivel nacional. Las Intendencias Municipales realizan además los controles bromatológicos en sus Departamentos y en la órbita del MEF actúa el Área de Defensa del Consumidor (ADECO), que tiene, entre otros cometidos, el control de calidad de los productos.

Servicios de atención a las personas

La donación de sangre en el Uruguay es sólo voluntaria de acuerdo a la normativa vigente. Unos 35.000 uruguayos reciben transfusiones cada año. Existen 87 bancos de sangre en el Uruguay: 45 públicos y 42 del sector privado. Se realiza tamizaje a 100% de la sangre para las siguientes enfermedades: sífilis, hepatitis viral B (antígeno de superficie y anticuerpo “anticore”), hepatitis viral C, VIH (virus HTLV I y II) y Chagas. Con base en el interrogatorio previo a la extracción se descarta 17% de los donantes que concurren a donar a los servicios; y por las pruebas de tamizaje a 4,7% de las sangres extraídas (23).

Promoción de la salud

Como forma de atender a la salud comunitaria, el MSP ha impulsado la estrategia de “comunidades productivas y saludables” en localidades rurales y suburbanas con cierto grado de riesgo social, con el fin de incluir acciones integrales de salud en el desarrollo de la producción y el trabajo local. Se han apoyado proyectos de cooperativas y pymes comunitarias, basados en la producción de alimentos, artesanías y otros productos local-regionales. Los programas del MSP y MGAP han acompañado activamente estas acciones.

Uruguay ratificó el Convenio Marco para el Control de Tabaco y adoptó en 2006 una regulación y legislación nacional que lo transformaron en un país pionero en la Región con espacios públicos, lugares de trabajo, bares y restaurantes libres 100% de humo de tabaco.

Suministros de salud

Existe un amplio marco legal que regula la importación, producción, distribución, venta y propaganda de los medicamentos. El MSP controla los requisitos para otorgar el registro sanitario de los medicamentos considerados necesarios, eficaces, seguros y producidos bajo condiciones que garanticen la calidad y el cumplimiento de las normas en los laboratorios de producción. El MSP cuenta con las unidades de evaluación y registro; de inspección de fabricantes, importadores, distribuidores y locales de venta y expendio; y de análisis de laboratorio para el control de calidad de los medicamentos.

El control comprende las áreas de producción (licencia de fabricación, registro sanitario de productos y buenas prácticas de fabricación) y de distribución (habilitación e inspección del establecimiento y cumplimiento de buenas prácticas).

La normativa ha dispuesto un vademécum común obligatorio para todas las IAMC y existe uno diferente para los servicios públicos. Algunas de las metas definidas por la nueva administración a partir de marzo de 2005 son: aprobar una Ley de Medicamentos Genéricos; dar garantía de acceso y disponibilidad a los medicamentos a partir de la aprobación de un Formulario Terapéutico de

Medicamentos único para todo el sistema de salud; fortalecer la farmacovigilancia, estimular la producción nacional en condiciones de competitividad y con los controles de calidad adecuados; así como promover el uso racional de los medicamentos.

El Decreto 165/99 establece que la fabricación, registro, importación, comercialización, uso y control de reactivos para diagnóstico, equipamiento médico y dispositivos terapéuticos, son de competencia exclusiva del Departamento de Tecnología Médica, perteneciente a la División Productos de Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del MSP. Por su parte, el Ministerio de Industria y Energía, a través de la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear, tiene competencia en materia de equipos que emiten radiaciones ionizantes y desde 2004 coordina con el Departamento de Tecnología Médica para el registro de este tipo de equipamiento (Decreto 43/004).

En 2004 se realizó el primer Censo Nacional de Equipamiento Médico, con el objetivo de realizar un diagnóstico de situación de los principales equipos médicos instalados en todo el país en vistas a la planificación de una introducción racional de nuevas tecnologías. Se destaca la existencia de un elevado porcentaje de equipamiento obsoleto y en condiciones muy precarias de mantenimiento, lo que ha llevado a comenzar a regular también los servicios de mantenimiento de los equipos instalados.

A partir de 2005 y en el marco de la implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud se considera necesaria la creación de un Sistema de Información sobre Tecnología Médica, en vistas a relevar información de manera sistemática sobre la habilitación, organización, funcionamiento y utilización de los equipos médicos.

En relación a la habilitación de empresas fabricantes e importadoras de productos médicos, se comenzó con la realización de Inspecciones de Buenas Prácticas de Fabricación, según la normativa 4/95 MERCOSUR, y la tendencia es llegar a exigir esta certificación a todas las empresas nacionales.

Recursos humanos

Los médicos deben ser egresados universitarios con título expedido por una institución reconocida oficialmente, deben registrarse en el MSP para quedar habilitados para ejercer como profesionales, y deben registrarse en la Caja de Jubilaciones y Pensiones de los Profesionales Universitarios. Los profesionales extranjeros, para poder ejercer en el Uruguay, deben tener un título otorgado por una universidad o institución reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Al 31 de diciembre de 2005 había 13.390 médicos (41,3 por 10.000 habitantes). La dotación de médicos se caracteriza por ser un recurso especializado con más de dos puestos de trabajo en promedio por profesional (24). En cuanto al panorama laboral, un estudio (25) confirmó la dispersión del trabajo médico en un número relativamente importante de cargos. El promedio es superior a los dos cargos por profesional, pero la dispersión en el

CUADRO 1. Profesionales de la salud en Uruguay.

Profesión	Número total	Tasa por 10.000 habitantes
Médicos	13.390	41,3
Odontólogos	4.308	13,3
Licenciados en enfermería	3.543	10,9
Químicos farmacéuticos	1.476	4,6
Parteras	579	1,8

Fuente: Cálculos propios con información de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

número de cargos es importante, y está relacionada con variables como la fecha de egreso de la Facultad de Medicina y la concentración del trabajo en el sector privado. El cuadro 1 indica la relación de esta y otras profesiones de la salud.

El sistema de formación de recursos humanos, tanto desde el punto de vista de los programas como de la cantidad de profesionales y técnicos egresados, no considera en su planificación las necesidades de salud de la población de acuerdo a parámetros demográficos y epidemiológicos. Asimismo, la identificación de las necesidades de recursos humanos para el sector tampoco ha sido una línea de acción sistemática por parte de las autoridades sanitarias. En 2005, se inicia la implementación de un sistema de información sobre recursos humanos disponibles en los servicios de salud tanto públicos como privados, incluyendo cantidad y tipo de puestos de trabajo, nivel de atención donde se desempeñan, remuneraciones y cantidad de actos médicos, lo que significa un avance en la caracterización de la oferta de dichos recursos.

También se desarrollan instancias de coordinación entre el MSP y la Facultad de Medicina con una agenda vinculada al Programa de Residencias Médicas y otras áreas relacionadas con los recursos humanos.

Gasto y financiamiento sectorial

Los estudios realizados a partir del año 1994 muestran una evolución creciente del gasto en salud hasta el año 2000 y una disminución hasta 2004. La relación entre el gasto en salud y el Producto Interno Bruto (PIB) puede observarse en el cuadro 2.

Como lo muestra el cuadro 3, los recursos del sector salud provienen tanto del sector público como del sector privado. El sector público gasta aproximadamente US\$ 12,0 por persona y por mes, mientras que el sector privado gasta US\$ 32,0 por persona y por mes. Si bien la cobertura asistencial está repartida casi por igual entre el sector público y el privado, existe una gran diferencia histórica en el gasto entre ambos sectores.

El financiamiento público se compone mayoritariamente de impuestos, de contribuciones a la seguridad social y de las tarifas por servicios de algunas empresas. Existen impuestos nacionales y municipales que financian gastos en salud y el Presupuesto Ge-

CUADRO 2. Evolución del gasto en salud, Uruguay, 1994–2000 y 2004.

Años	Población (Miles)	Gasto en salud (Millones US\$)	PIB (Millones US\$)	Gasto en salud como porcentaje del PIB (%)	Gasto en salud per cápita (US\$)
1994	3.195	1.590	17.518	9,1	498
1995	3.218	1.781	19.318	9,2	553
1997	3.265	2.163	21.695	10,0	662
1998	3.289	2.292	22.371	10,2	697
1999	3.303	2.238	20.912	10,7	678
2000	3.322	2.182	20.042	10,9	657
2004	3.241	1.184	13.215	9,0	365

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2004 y Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000.

CUADRO 3. Fuentes de financiamiento de la salud, Uruguay, 2000 y 2004.

Fuentes de financiamiento	2000 (%)	2004 (%)
Impuestos generales	21,9	20,2
Impuestos locales	0,3	1,7
Paraestatales y corporaciones públicas	2,3	2,3
Seguridad Social		
Contribuciones del empleador	9,6	11,9
Contribuciones. del empleado/pasivos	4,6	5,8
Transferencias del gobierno a la Seguridad Social	3,3	7,7
Gastos en salud con financiamiento privado	53,4	49,6
Gasto en salud financiado externamente	0,0	0,0
Endeudamiento	4,5	0,8
Total general	100,0%	100,0%
(Millones de US\$)	2.182	1.184

neral de Gastos e Inversiones es el instrumento por el cual se asignan los recursos a las dependencias públicas en el nivel nacional. Los recursos dispuestos para el MSP corresponden en su mayoría al presupuesto de ASSE. Los impuestos municipales son recaudados por los gobiernos departamentales, los cuales en función de sus propias asignaciones presupuestales aportan al sistema, tanto para financiar la prestación de servicios de salud a población del departamento, como la cobertura de sus propios trabajadores. Según lo dispuesto en la Ley 14.407 del año 1975, los empleados y empleadores en la actividad privada, deben realizar un aporte de 3% y 5% respectivamente al Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS). La ley también prevé la posibilidad de no realizar los mencionados aportes al Seguro de Salud, si la empresa y sus trabajadores acuerdan que la cobertura asistencial se financie a través de seguros convencionales. De acuerdo a la Ley 16.713 del año 1995, se da el derecho de cobertura a través del Seguro de Enfermedad, a aquellos pasivos por debajo de un nivel determinado de ingresos; quienes optan por este derecho deben aportar 3% de su pasividad. Los maestros y trabajadores judiciales, ambos del sector público, también han obtenido el derecho a cobertura asistencial a través del BPS. Esta

cobertura, así como el déficit de los aportes de activos y pasivos, se financia a través de transferencias del gobierno a la Seguridad Social.

Algunas empresas públicas (la Administración Nacional de Combustibles, Alcoholes y Portland, el Banco República, el Banco Hipotecario, el Banco de Seguros) financian la cobertura de salud de sus trabajadores, y los fondos se originan en las tarifas que cobran por las prestaciones de sus servicios. El financiamiento privado comprende principalmente el gasto de bolsillo de todas aquellas personas que realizan afiliaciones voluntarias a prestadores privados.

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud están compuestas por organismos que tienen como función específica la captación y administración de fondos para la compra de servicios (como el Seguro de Enfermedad del BPS), así como por otros organismos cuya función principal es prestación de servicios. A partir de las contribuciones a la Seguridad Social y de las transferencias del gobierno se financia la cobertura de asistencia integral de aproximadamente 600.000 trabajadores y pasivos en IMAC, que forma parte de los prestadores asistenciales del sector privado.

Respuesta a la agudización de la situación de pobreza

En 2002 Uruguay vivió una difícil crisis económica, con caída del empleo real y consecuencias serias en el sistema financiero. El aumento del desempleo y el endeudamiento en dólares de la población urbana y rural generaron la agudización de la situación de pobreza del país. Mientras 15,3% de la población vivía bajo la línea de pobreza en 1999, esa cifra ascendió a 32,1% en 2004, con una concentración en la población infantil (56,5% de los niños y niñas entre 0 y 5 años vivían bajo la línea de pobreza en 2004).

Como respuesta, en marzo de 2005 se creó el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Una de sus principales políticas es el Plan Nacional de Emergencia Social (PANES) que consiste en trasladar desde el Estado un monto de dinero mensual a aquellos hogares que están por debajo de la línea de pobreza y cuyos ingresos por persona no superen el monto de la canasta básica de alimentos. Se solicitan una serie de contrapartidas para la recepción de dicho dinero, entre ellas realizar trabajo comunitario, que los niños del hogar concurren a la escuela y el cuidado de la salud. El programa tiene como cometido completar los 2 años de ejercicio para luego evaluar sus resultados. En el marco del MIDES, desarrolla también sus funciones el Programa Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia), cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida e inserción social de niñas y niños y sus familias a través de políticas específicas, varias de las cuales vinculan salud y pobreza. El Programa apoya la promoción al desarrollo integral y el crecimiento de niños y niñas de 0 a 4 años y desarrolla también junto al Ministerio de Salud (MSP) acciones para la educación sexual y reproductiva, entre ellas el acompañamiento de las madres y los padres adolescentes en el primer año luego del parto, la capacitación de promotores juveniles y la creación de espacios especializados en la atención de adolescentes.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR), una institución pública no estatal cuyo objetivo es financiar un grupo de prestaciones de alto costo y baja frecuencia, también es una institución agente de financiamiento. Sus fondos surgen mayoritariamente del pago del Seguro de Enfermedad del BPS, por los activos y pasivos cubiertos; pagos de bolsillo de las personas que voluntariamente están afiliadas a una IAMC; pagos por prestaciones, provenientes de Rentas Generales, para la cobertura de quienes se atienden en ASSE, e impuestos específicos. EL FNR contrata prestadores públicos o privados (denominados Institutos de Medicina Altamente Especializada) para prestaciones de alta tecnología. Otros organismos como ASSE, Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional, Sanidad Policial del Ministerio del Interior, las Intendencias Municipales o el Banco de Seguros del Estado, son agentes de financiamiento que también reciben fondos del financiamiento público, y realizan a su vez prestaciones asistenciales.

A nivel privado, las IMAC y los Seguros Privados de Salud cumplen el doble rol de agente de financiación y prestador de servicios.

Cooperación técnica y financiera en salud

La mayoría de los proyectos iniciados en los años noventa financiados por el Banco Mundial llegaron a sus productos finales durante el año 2000. El Proyecto de Fortalecimiento de las IAMC, desarrollado a partir de ese mismo año, contó con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

A partir de 2005 surgen nuevas líneas de apoyo del Banco Mundial, fundamentalmente vinculadas al área social, en particular a la reforma del sector salud. La Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa desarrollándose para dar cumplimiento a las resoluciones de los Consejos Directivos y de las autoridades sanitarias nacionales y departamentales. Desde diciembre de 2000 hasta julio de 2006, el MSP, con el apoyo de la OPS y financiamiento del BID, desarrolló un proyecto de salud bucal que incluía la investigación de costo-efectividad de la técnica o práctica de restauración atraumática (PRAT). Dicha investigación se ejecutó simultáneamente en otros dos países de la Región. Como consecuencia de la mencionada investigación, el MSP y la Intendencia Municipal de Canelones firmaron en 2005 un convenio marco de complementación referido como Plan Departamental de Salud. Una de sus líneas de trabajo consiste en la APS en salud bucal.

En 2004 se aprobó por ley un Memorandum de Entendimiento entre los gobiernos de Uruguay e Italia por un crédito de US\$ 15 millones para la adquisición de equipamiento para el sector público de salud.

Referencias

1. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Censo 2004. Total del país. Síntesis de resultados. Montevideo: INE; 2005.

- Disponible en: http://www.ine.gub.uy/fase1new/TotalPais/divulgacion_TotalPais.asp.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe del desarrollo humano en Uruguay. Montevideo: PNUD; 2005. Disponible en: <http://www.undp.org.uy/>.
 3. Calvo JJ, Las necesidades básicas insatisfechas en Uruguay. Montevideo: Universidad de la República; 2005.
 4. Uruguay, Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones de pobreza por método de ingreso. Montevideo: INE; 2004.
 5. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de género 2001–2004. Montevideo: INE; 2006.
 6. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. Montevideo: INE; 2006. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/enha2006/enha.asp>.
 7. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Información Poblacional. Mortalidad por edad, causa, sexo y departamento, 2003. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia_219_1.html.
 8. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Información Poblacional. Mortalidad infantil, 2003. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/subcategoria_4_1_1.html.
 9. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2002. Población. Montevideo: INE. Disponible en: www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras/poblacion.pdf.
 10. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Discapacidad 2004. Montevideo: INE; 2004.
 11. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Departamento de Epidemiología. Programa Ampliado de Inmunizaciones; 2002–2005.
 12. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/index_1.html.
 13. Pisabarro R, Irrazábal E, Recalde A. Primera Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO I). *Rev Med Uruguay* 2000; 16(1): 31–38.
 14. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Nutrición. Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya. Montevideo: MSP; 2005. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/2111.pdf>.
 15. Uruguay. Ley N° 17.866. Creación del Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/normativa/index.html>.
 16. Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social. Presentación del Plan de Emergencia y Políticas Sociales. Montevideo: MIDES; 2005. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/archivo_doc/index.html.
 17. Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social. Programa Infancia, Adolescencia y Familia, Infamilia. Disponible en: <http://infamilia.gub.uy>.
 18. Encuentro Progresista-Frente Amplio. Programa de salud del gobierno del Encuentro Progresista; marzo 2005.
 19. Uruguay, Administración de los Servicios de Salud del Estado. Planificación de la Red Asistencial de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Montevideo: ASSE; abril 2002.
 20. Portillo J, Buglioli M, Lazarov L. Servicios de salud en el Uruguay [capítulo]. En: *Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; Organización Panamericana de la Salud; 2004.
 21. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000. Montevideo: MSP; 2002.
 22. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud 2004. Montevideo: MSP; abril 2006. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia_523_1.html.
 23. Uruguay, Servicio Nacional de Sangre. La transfusión de sangre en Uruguay. Informe 2003. Montevideo: SNS; 2003.
 24. Uruguay, Caja de Jubilaciones y Pensiones Profesionales del Uruguay. Disponible en: http://www.cjppu.org.uy/info_interes_estadistica_2005.htm.
 25. Uruguay, Equipos Mori. Encuesta Médica Nacional 2004. Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/gremiales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf>.