

Uruguay



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 extensión de 176.215 km² y su relieve es ondulado, con amplias llanuras y colinas de baja altura y una franja costera de tierras fértiles. Su clima es templado. El gobierno es democrático y representativo, con tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Su capital es Montevideo y la división político-administrativa incluye 19 Departamentos y 89 municipios.

Uruguay es un país de ingresos medios-altos y registra un sostenido crecimiento económico. El producto interno bruto (PIB) creció 36% entre 2004–2010. La población es 98% urbana y 18,6% está bajo la línea de pobreza. La tasa global de fecundidad fue de 1,99 hijos por mujer, inferior al nivel de remplazo.

PRINCIPALES AVANCES

DETERMINANTES Y DESIGUALDADES EN SALUD

Se ha logrado la cobertura universal de educación para niños de 4 y 5 años de edad, con importante cobertura de niños de 3 años. La cobertura de educación secundaria en 2008 era de 70%.

Se pretende reducir brechas digitales en educación facilitando el uso de nuevas tecnologías de información con entrega gratuita a todos los escolares de computadoras personales con acceso a Internet. En 2009 fueron entregados 380.000 computadoras. Hay 220.000 nuevos hogares que cuentan con computadora –la mitad del quintil más pobre– y se ha brindado conectividad a Internet a 2.068 escuelas.

MEDIO AMBIENTE Y SEGURIDAD HUMANA

Los bosques ocupan 3,7% del territorio; el bosque nativo está protegido por la Ley Forestal que prohíbe su tala.

La Dirección Nacional de Medio Ambiente desarrolla capacidades de gestión ambiental de contaminantes orgánicos persistentes. Se importan 6.000 toneladas anuales de plaguicidas. El Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina es centro colaborador de la OPS/OMS en toxicología ambiental humana.

La salud ocupacional muestra avances, incluidas políticas de ambientes laborales saludables e instalación de comisiones paritarias de salud y seguridad. En emergencias y desastres, se estableció el Sistema Nacional de Emergencias para la coordinación, prevención y atención de desastres estacionales.

LA SALUD Y SUS TENDENCIAS

Se han logrado reducir problemas materno-infantiles y enfermedades transmisibles, aumentando la esperanza de vida. La carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se ha incrementado. Uruguay presenta una de las tasas de mortalidad materna más bajas de la región. En 2010, se registraron 8,5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad infantil fue de 7,7 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Indicadores básicos seleccionados, Uruguay, 2009–2010

Indicador	Valor
Población 2010 (millones)	3,3
Pobreza (%) (2010)	18,6
Alfabetismo (%) (2009)	98,3
Esperanza de vida al nacer (años) (2009)	76,1
Mortalidad general (por 1.000 habitantes) (2009)	9,4
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) (2010)	7,7
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) (2010)	8,5
Médicos por 1.000 habitantes (2009)	2,9
Camas por 1.000 habitantes (2010)	1,2
Cobertura de inmunización DPT3 (%) (2010)	95,0
Cobertura de atención del parto (%) (2010)	99,9

No hubo notificaciones de dengue, leishmaniasis ni Chagas. El programa de inmunizaciones es gratuito, obligatorio y exitoso; no hay casos de sarampión ni rubéola. El tétanos se redujo con la obligatoriedad de vacunación. Se redujo la hepatitis B al incluirla en el esquema de vacunación. No hay notificaciones de rabia humana ni canina. La hantavirosis es endémica, predomina en hombres y zonas rurales; hubo 18 casos en 2010. Leptospirosis e hidatidosis son endémicas, de carácter ocupacional y distribución focal.

Hay baja prevalencia de VIH/sida, concentrada en trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas privadas de libertad. La mortalidad por sida en 2009 fue de 5,1 muertes por 100.000. Durante la pandemia de influenza A (H1N1), el plan nacional de contingencia permitió una adecuada vigilancia y atención.

En 2009, la mortalidad general fue de 9,6 muertes por 1.000 habitantes. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de muerte. Los principales grupos de causas de muerte son: enfermedades cardiovasculares (30,6%), neoplasias (24,8%), enfermedades respiratorias (9,2%) y causas externas (6,6%). Ha mejorado el control de la enfermedad coronaria mediante nuevos métodos de diagnósticos y de tratamiento.

POLÍTICAS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE SALUD

El gasto en salud creció 23,1% entre 2004–2008, alcanzando el 7,5% del PIB. El gasto per cápita en salud creció en 22%. La protección social en salud creció en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Por una parte, pasó a

Reforma Estructural del Sistema Sanitario

Se inicia en 2008 una reforma estructural del sistema sanitario, con el fin de avanzar hacia el aseguramiento sanitario universal. Cuatro leyes la sostienen: Ley 18.131 de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Ley 18.161 que descentraliza la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Ley 18.211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a cargo de la organización y funcionamiento de la red asistencial público-privada; y Ley 18.335 sobre derechos y deberes de los pacientes y usuarios.

El carácter universal de la reforma, el aporte de los beneficiarios según ingreso y la recepción de beneficios según necesidades, son el núcleo de un proyecto basado en la solidaridad, con una lógica de derechos exigibles y sin restricciones.

La separación del Ministerio de Salud Pública (MSP) con el principal prestador público, permite diferenciar la función de rectoría de la función de prestación asistencial. La ASSE se transformó en empresa pública, estatal y autónoma respecto del MSP.

Se firman contratos de gestión con los prestadores cuyas cláusulas promueven los servicios de salud basados en la atención primaria, determinan las garantías explícitas del Plan Integral de Atención a la Salud y metas de prestación que evalúan el desempeño según las prioridades asistenciales definidas por el MSP. El modelo de gestión incluye instrumentos de participación y control social por parte de los usuarios.

cubrir a todo el núcleo familiar, incorporando de modo gradual a los hijos y cónyuges de los aportantes. Por otra parte, el SNIS se transformó en un seguro para toda la vida. El fondo redistribuye los recursos financieros desde la población con menor utilización de servicios de salud (menor riesgo) hacia grupos con mayor uso (mayor riesgo).

Se han hecho avances de equidad en la distribución del gasto: en 2005, el gasto mensual era de US\$ 45 por usuario privado y sólo de US\$ 14 por usuario público. Para superar esta situación el presupuesto público aumentó de US\$ 190 millones anuales en 2005 a US\$ 690 millones en 2011, lo que se tradujo en que el gasto fuera de US\$ 48 mensual por usuario privado y US\$ 41 mensual por usuario público. Los cambios en el sistema de salud permitieron también un mayor acceso de la población a servicios sanitarios, con eliminación total o parcial de copagos.

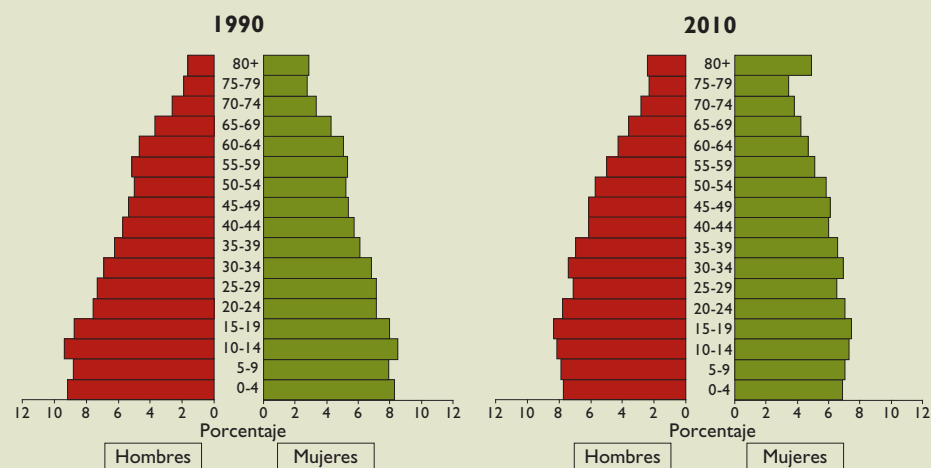
Los profesionales de salud se concentran en las grandes ciudades. Si bien se reconoce el valor de un equipo multi-profesional, no existe un plan estratégico para su integración organizativa y funcional al sistema. En 2010 el MSP creó la División de Recursos Humanos con el fin de priorizar el desarrollo de recursos humanos para salud, enfocándose especialmente en la formación, capacitación y gestión. Se cuenta con iniciativas para orientar la formación del recurso humano hacia un modelo basado en la atención primaria, lo que supone un importante desafío.

En el área de salud mental, se han reformulado planes nacionales de control y monitoreo, generado guías e implementado progresivamente prestaciones.

Se han producido avances en el uso racional y la prescripción adecuada de medicamentos, y en la evaluación de tecnologías sanitarias según criterios de costo-efectividad. Se cuenta con 19.791 médicos contratados a nivel privado y 5.948 en sistema público (ASSE).

Por tratarse de un país de ingresos medio-altos, Uruguay ha dejado de ser receptor de fondos de ayuda internacional. Actualmente hay solo dos proyectos en salud respaldados con fondos internacionales: "Proyecto de Prevención de Enfermedades Crónicas" y la reciente propuesta al Fondo Global para Sida, Tuberculosis y Malaria. Hay avances en la integración de sistemas de vigilancia y respuesta, en conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional. Se han establecido mecanismos de intercambio bilateral en áreas de fronteras, particularmente con Brasil.

Estructura de la población por edad y sexo, Uruguay, 1990 y 2010



CONOCIMIENTO, TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

La producción científica en salud se desarrolla en la Universidad de la República, a través de la Facultad de Medicina, y en la Agencia Nacional de Investigación e Innovación, cuyos objetivos están orientados al desarrollo

científico-tecnológico. Existe, además, un Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

PRINCIPALES DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Aunque se han logrado avances en educación primaria, la cobertura de educación secundaria es insuficiente, bajo la meta de una cobertura universal para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se mantienen inequidades de género en condiciones de trabajo, generando brechas en el acceso al trabajo remunerado (53,7% en mujeres y 74,4% en hombres). La remuneración media por hora de trabajo de las mujeres es 10 puntos porcentuales inferior a la de los hombres. En el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la igualdad de género, a pesar de ciertos avances, se mantienen inequidades en las oportunidades y condiciones de trabajo.

La erosión afecta a 30% de la superficie agropecuaria, 87% corresponde a regiones de hortifruticultura. La contaminación atmosférica y del aire es mínima. Las intoxicaciones agudas por plaguicidas representan 16,5% de las consultas, 76% asociadas a plaguicidas domésticos; a nivel agrícola, 36% de las afecciones son por insecticidas, un tercio de origen laboral y accidental.

Cada año son denunciados alrededor de 75 casos de violación, punta del iceberg de un problema silenciado. Las denuncias por violencia doméstica aumentaron más de 20% entre 2008–2010. La población afrodescendiente (10% del total) presenta menor asistencia a educación secundaria y terciaria, mayor nivel de pobreza y desfavorables condiciones de empleo.

Se consolida la Unidad Nacional de Seguridad Vial, que regula y coordina acciones de prevención y control; la accidentalidad vial se asume como un problema de salud pública.

Hay avances en mortalidad materna, pero aún está lejos la meta de ODM. Desde 2008, se prioriza el diagnóstico precoz y tratamiento de sífilis y VIH/sida; el tratamiento antirretroviral tiene acceso universal y su cobertura es de 83%. Se espera bajar los costos de medicación, facilitar el acceso a población vulnerable y a diagnóstico oportuno.

Las ECNT son la principal causa de enfermedad y muerte. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ECNT (2006), encontró 30,4% de hipertensión, 56,6% de sobrepeso u obesidad, 29,2% de hipercolesterolemia y 5,5% de diabetes. Sólo 2,7% de la población no está expuesta a factores de riesgo (56,8% suma tres o más factores de riesgo).

El control y seguimiento de hipertensos es deficitario. El consumo de frutas y verduras es insuficiente en 85% de la población. La prevalencia de tabaquismo bajó a 24% en 2009. El abuso de alcohol es más frecuente en varones (17,4%) que en mujeres (7,9%). El sedentarismo afecta a 35% de la población.

En varones, las principales causas de mortalidad por cáncer son: pulmón (45,32%), próstata (22,13%) y colorrectal (11,37%), en tanto que en mujeres las causas son mama (22,74%), colorrectal (12,65%) y pulmón (6,43%).

En 2010, las causas externas (accidentes de tránsito, suicidios y homicidios) representaron el 60% de la mortalidad en adolescentes-jóvenes; 8 de cada 10 eran varones. La tasa de suicidios ascendió a 17 por 100.000 en el último quinquenio.

Aproximadamente 210.400 personas presentan discapacidad. En adultos mayores, 17% requiere cuidados para realizar actividades de la vida diaria y solo 26% lo reciben, lo que se convierte en un desafío dado el creciente envejecimiento poblacional.

El avance y crecimiento exponencial de la tecnología exige afrontar riesgos financieros que suponen la cobertura asistencial y financiera de enfermedades catastróficas y el acceso equitativo a la medicina altamente especializada y de alto costo.

Aunque hay desarrollo de investigación en salud hay carencias en la producción de conocimientos sobre salud pública. Se debe avanzar en un sistema de información sanitaria y administrativa que dé cuenta de la situación nacional sobre morbilidad, como un modo de contar regularmente con datos básicos para el análisis interno y suministro a organismos internacionales.

Frente al actual grado de desarrollo económico y nivel de condiciones de salud, surgen como desafíos relevantes el envejecimiento poblacional, la creciente población con discapacidades y la inequidad de género. La alta prevalencia de ECNT requiere de un modelo de atención centrado en la promoción y la prevención de la salud, para reducir o eliminar factores de riesgo y determinantes sociales dañinos. Su desarrollo está en curso y debe avanzarse en su consolidación.

El proceso de reforma en el sector ha permitido disminuir parcialmente la segmentación del sistema. Se deben priorizar acciones de fortalecimiento de la red de prestadores públicos donde la ASSE debe liderar el proceso como organismo modelo en atención y calidad. La disponibilidad de sistemas de información, la adecuación en la dotación de personal y el reperfilamiento de los profesionales son urgentes desafíos.