

17

Miguel Fernández Galeano / Wilson Benia

# Salud



nuestro tiempo

Libro de los Bicentenarios

## Presidente de la República

José Mujica

## Vicepresidente de la República

Danilo Astori

## Comisión del Bicentenario

Presidente ministro Ricardo Ehrlich (MEC), ministro Fernando Lorenzo (MEF), ministro Eleuterio Fernández Huidobro (MDN), ministro Luis Almagro (MRR.EE.), ministro Enrique Pintado (MTO), ministra Liliam Kechichián (MTD), senador Gustavo Penadés, senador Roque Arregui, senador José Amorín Batlle, diputado Iván Posada, Raúl Oxandabarat (Poder Judicial), Dante Turcatti (UDELAR), Rosario Caticha (ANEP), Marcos Carámbula (Congreso de Intendentes), Ricardo Pallares (Academia Nacional de Letras), Ángel Corrales Elhordoy (Instituto Geográfico Militar), Ariadna Islas (Museo Histórico Nacional), Carlos Liscano (Biblioteca Nacional), Alicia Casas de Barrán (Archivo General de la Nación)

## Comité de Honor de *Nuestro Tiempo*

Daniel Vidart, Julio César Jauregui, Carlos Maggi, Heber Raviolo

## Comité Editor

Hugo Achugar, Alicia Casas de Barrán, Carlos Contrera, Milton Fornaro, Carlos Liscano, Rosario Peyrou, Gonzalo Reboledo

**Editor:** Milton Fornaro

**Editoras de texto:** Rosario Peyrou (jefe) y Omaira Rodríguez

**Editor de fotografía:** Carlos Contrera

**Diseño gráfico:** Rodolfo Fuentes / NAO

**Corrección:** Martha Casal del Rey

## Administración

Secretaría ejecutiva de la Comisión del Bicentenario

## Gestión de impresión, logística y comercialización:

Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO)

*Nuestro Tiempo* es una publicación de la Comisión del Bicentenario, Montevideo, Uruguay, 2013/2014.

ISBN (Nuestro Tiempo) 978-9974-712-00-3

ISBN (Salud) 978-9974-712-17-1

Las opiniones vertidas en los fascículos son responsabilidad de los autores.

Los editores han realizado todos los esfuerzos por contactar a los titulares de los derechos de las fotografías, ilustraciones y otros materiales publicados en esta serie. Cualquier omisión será corregida en futuras ediciones.

Esta serie de publicaciones utiliza las fuentes tipográficas *Quiroga* y *Libertad* (diseñadas por Fernando Díaz) y *Rambla MVD* (diseñada por Martín Sommaruga). Todas ellas producidas en Uruguay.

*Nuestro Tiempo* rinde homenaje a los creadores, realizadores, autores y colaboradores de la serie de fascículos *Nuestra Tierra* (1968-1970)

Impreso en Imprimex S.A. D.L. 361.786

Licitación Abreviada N° 3/13

nuestrotiempo@nuestrotiempo.gub.uy

Miguel Fernández Galeano / Wilson Benia

# Salud





Carlos Contrera

**Wilson Benia** es Doctor en Medicina, Magíster en Epidemiología y especialista en Medicina familiar y comunitaria (UDELAR). Postgrado en Atención Primaria de la Salud (Universidad de Córdoba). Prof. Adjunto de Medicina Preventiva y Epidemiología, Programa APEX-CERRO. UDELAR (1997–2001). Prof. Adjunto Titular del Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, UDELAR (2001–2009). Investigador asociado de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, UDELAR (2003–2009). Director de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (2005–2010). Asesor de la Dirección de la División Salud de la Intendencia de Montevideo (2010–2012). Consultor Nacional de OPS/OMS y Coordinador de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS-ASSE) desde abril de 2012.



Carlos Contrera

**Miguel Fernández Galeano** es Doctor en Medicina (UDELAR). Especialista en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina (UDELAR) y Consultor Nacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Fue Vice Ministro de Salud Pública (2005–2010), legislador departamental de Montevideo (1990–1995), Director General de la Salud y Programas Sociales, suplente de Intendente en la Intendencia Municipal de Montevideo (1995–2005) y Presidente del Fondo Nacional de Recursos (2005–2010). Ha participado y conducido investigaciones en sistemas de salud y modelos de atención y gestión; políticas de cobertura y financiamiento sanitario; políticas de medicamentos y tecnologías sanitarias; aseguramiento de la calidad de la atención y la seguridad del paciente en servicios de salud.

# El derecho a la salud de los uruguayos



Carlos Contrera

## Í N D I C E

<b>Introducción</b> .....	5
<b>Situación de la salud de los uruguayos</b> .....	9
Los aspectos demográficos: cuántos y cómo somos.....	9
Morbilidad y mortalidad: el modo de enfermar y morir de los uruguayos.....	12
Los determinantes sociales de la salud.....	21
<b>La Reforma del Sistema de Salud como respuesta</b> .....	25
<b>De la recuperación democrática al inicio de la Reforma</b> .....	25
<b>El escenario de segmentación y la fragmentación</b> .....	26
La Reforma en el marco de políticas sociales integrales.....	30
Visión y estrategia de la Reforma.....	30
Los componentes de la Reforma .....	33
<b>Avances en el derecho a la salud</b> .....	45
El derecho universal a la cobertura .....	45
El derecho al acceso, integralidad y calidad de la atención.....	47
Los colectivos poblacionales priorizados.....	48
Financiamiento y su impacto en la equidad .....	49
<b>Desafíos del futuro</b> .....	53
Lo demográfico y epidemiológico: <b>objetivos sanitarios de un Plan Nacional de Salud</b> .....	54
Los recursos humanos .....	54
Incorporación de tecnología: <b>costos crecientes, equidad, calidad, y sostenibilidad</b> .....	55
El desafío de las familias, la perspectiva de género y la necesidad de cuidados.....	56
La cobertura universal en salud: entre lo posible y la utopía .....	57
<b>Bibliografía</b> .....	60

farmacia

Farmacia no tiene en  
la información sobre  
publicación  
informes al 2157

ESPERE  
DETRÁS  
DE LA CINTA  
AMARILLA.

rmes





Carlos Contrera

La cotidiana atención que ponen las personas a su salud, atendiendo las señales de su cuerpo o de su ánimo, tiene su correlato en una periódica preocupación de las instituciones por disponer de una síntesis integradora y prospectiva acerca de la situación sanitaria del conjunto de la población, y de los dispositivos sociales, institucionales y técnicos para su atención. Este fascículo busca satisfacer ese requerimiento de contar con una puesta al día de los problemas y perspectivas de la Salud en el Uruguay de hoy.

Una puerta de entrada adecuada para recorrer este tema complejo es situarnos en un enfoque de derechos. Ya en 1946 Uruguay y los demás estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron un principio internacional fundamental: “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social...”. Asimismo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, protege “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”<sup>1</sup>

1 OPS/OMS, 50º Consejo Directivo. 62ª Sesión del Comité Regional CD50/12, 2010.

Diremos Salud refiriéndonos a una noción asociada al curso de vida de las personas, entendida como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades biológicas, físicas, afectivas, intelectuales, sexuales desde el nacimiento hasta la adultez joven. Y, siguiendo a Canguilhem, como “la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y el desarrollo científico y tecnológico”<sup>2</sup>

La salud es una realidad construida socialmente. La justicia social es el determinante primordial de la salud de los individuos y las poblaciones. Impacta en el modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura. La esperanza de vida de un niño que nazca hoy en ciertos barrios del Uruguay urbano puede ser de ochenta años, o mucho menor si nace en otras zonas desfavorecidas. La desigualdad e inequidad sanitaria, ligadas al esencial derecho a la vida, son cuestión de vida o muerte.

Se denominan determinantes sociales los factores que condicionan la situación en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. Configuran el tipo de sistemas de

2 F. Martínez Martín, “Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad/Inequidad en Salud”, 2006.


atención a la salud, y a su vez son la resultante de fuerzas políticas, sociales, culturales y económicas. Sin duda, los que tienen el efecto más profundo y deletéreo son los determinantes estructurales, como la distribución de la riqueza, la discriminación (por género, clase social, etnia, discapacidad y orientación sexual) o la existencia de estructuras políticas y/o de gobierno que refuerzan las desigualdades en lugar de reducirlas. Se expresan a través de determinantes intermedios como las condiciones de acceso a servicios básicos, niveles de libertad política, conformación de la familia, ambiente natural y social y el propio sistema sanitario. Van moldeando la salud al permitir u obturar la expresión de cargas genéticas, complejidades del aparato psíquico, valores culturales y núcleos de sentido en la vida de individuos y comunidades, en su interacción con elementos biológicos, físicos, mecánicos, etcétera.

La búsqueda de conocimiento y de herramientas operativas para incidir en este campo complejo de la realidad, ha dado origen a la Salud Pública. ¿Y qué es la Salud Pública? Según autores reconocidos es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. La salud y la enfermedad no son solo categorías científicas, sino también políticas (de poder), y tanto el conocimiento científico respecto a la salud y la enfermedad, como lo que se define como práctica médica e instituciones sanitarias, están altamente influenciadas por el contexto social y político que las rodea.<sup>3</sup>

En la búsqueda de explicitar los ejes de intervención y responsabilidad de los estados y los gobiernos en el cuidado de la salud de las poblaciones, se han definido las denominadas Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): análisis de situación de salud, vigilancia, promoción, participación social, capacidad de planificación, gestión y fiscalización, acceso equitativo, desarrollo de recursos humanos, calidad, investigación y reducción del impacto de desastres y emergencias en salud.

A partir de estas referencias conceptuales podemos identificar algunos desafíos que la sociedad uruguaya tiene hoy y que periódicamente deberá revisar en su agenda futura:

- La situación demográfica y epidemiológica: envejecimiento poblacional y prioridad de la primera infancia.
- La necesidad de articular las respuestas del sector salud con el conjunto de las políticas sociales.
- El reto de la cobertura universal con cantidad, calidad, oportunidad y capacidad de respuesta de los servicios de salud en lo preventivo y lo asistencial.
- Los recursos humanos en salud en número, distribución y formación acordes con las necesidades sanitarias.
- Las tensiones vinculadas a la incorporación de tecnología: costos crecientes, equidad, calidad y sostenibilidad.
- La necesidad de un sistema de cuidados que dé respuestas a las familias integrando la perspectiva de género.
- La relación entre la medicina y la sociedad, relación médico-paciente, ética y responsabilidad de los equipos de salud.

Estos desafíos serán ejes orientadores para profundizar la reflexión y transversalizar el abordaje, tratando de contribuir a una mirada dinamizadora y democratizante de la salud como dimensión de la vida de los uruguayos. Transitaremos el camino ya elegido por José Royol en 1970 en el fascículo correspondiente a la colección *Nuestra Tierra*<sup>4</sup> Delinearemos un diagnóstico de situación, nos detendremos en los componentes de un tratamiento en curso a partir de las respuestas generadas por la Reforma, y propondremos una mirada prospectiva sobre los futuros posibles en diálogo con porfiadas utopías. 

3 Navarro, "Concepto actual de la salud pública", 1999.

4 Royol, *La Salud Pública*, 1970.







## Situación de la salud de los uruguayos

### Los aspectos demográficos: cuántos y cómo somos

Los datos del Censo 2011 indican que en Uruguay residen 3.390.077 personas con una densidad de población de 17,8 habitantes por km<sup>2</sup>, lo que configura una población escasa en relación al territorio. Se trata de una característica de la historia demográfica del país. Montevideo concentra el 40% del total de la población en el departamento de menor superficie (530 km<sup>2</sup>); el 60% restante se distribuye en 18 departamentos.

La población rural constituye el 5,34% con 175.613 personas, mientras que la población urbana es el 94,66%. El alto nivel de urbanización determina que el 92% habite en menos del 1% del territorio nacional.<sup>5</sup>

En cuanto a la estructura de la población, el Censo 2011 confirma la agudización del proceso de envejecimiento poblacional, propio de un país que inició el siglo XXI con la

transición demográfica<sup>6</sup> completamente procesada, y se encuentra actualmente en un régimen postransicional.<sup>7</sup>

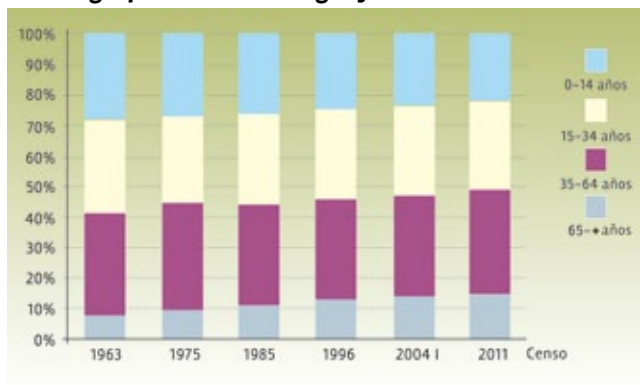
La población de 65 años y más pasó de representar el 7,6% del total en 1963 a ser el 14,1% en 2011. A la inversa, en el período 1963-2011, se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de ser el 28,2% en 1963 a constituir el 21,8% en 2011, similar a lo observado en los países desarrollados (Gráfica 1).

6 Se llama *transición demográfica* al proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación de equilibrio con bajo crecimiento demográfico consecuencia de una mortalidad y natalidad altas, a otra situación de equilibrio con crecimiento bajo o nulo de la población pero sostenido por tasas bajas de mortalidad y natalidad. En términos de la estructura de la población, el descenso sostenido de la natalidad y la mortalidad provoca una disminución del peso relativo de los niños y adolescentes y un aumento de la proporción de personas en edades avanzadas. A este proceso se le denomina "envejecimiento de la población".

7 W. Cabella, *Análisis de situación de población*, 2012.

5 MSP. OPS. Indicadores Básicos de Salud, 2011

**Gráfica 1. Evolución de la población por grandes grupos de edad. Uruguay. Censos 1963 a 2011**



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

El cociente entre la población menor de 15 años sobre la mayor de 64 (índice de envejecimiento)<sup>8</sup> es de 1,6. Este valor es de 4 en Latinoamérica y el Caribe, mientras que en Europa y los países más desarrollados llega a 1.<sup>9</sup> En términos absolutos la población menor de 15 años se ha reducido a la mitad a partir de los inicios de la década del 60, mientras que la de 65 o más años de edad, se ha quintuplicado.

La evolución en intensidad del proceso de envejecimiento de la población uruguaya interpela a las políticas públicas y al sistema sanitario, exigiéndole cambios en el modelo de atención, que debe adaptarse a un modo de enfermar característico de estas edades. El mantenimiento de los logros en materia de salud pasa por garantizar una vejez sana en una población envejecida.

La proporción de personas entre 15 y 64 años, en cambio, se ha mantenido estable, determinando una relación

<sup>8</sup> En el *Índice de Envejecimiento*, los valores más bajos indican mayor envejecimiento.

<sup>9</sup> Population Reference Bureau, 2012.

de dependencia<sup>10</sup> que se ha conservado. Entre 2008 y 2010 había 57 personas en su mayoría dependientes, por cada 100 personas potencialmente activas. Este indicador de dependencia permite evaluar si los que trabajan para generar bienes y servicios, contribuyen a la seguridad social y desarrollan tareas de cuidado, pueden sostener a la población potencialmente dependiente en los extremos de la vida.

La composición demográfica por sexo registra un muy leve aumento de la población femenina, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres. En el año 2010 la esperanza de vida era de 76,1 años para el conjunto de la población, con una diferencia de 7 años entre hombres (73 años), y mujeres (80 años).

El porcentaje de mujeres pasó de 51,7% en 2004 a 52% en 2011. La relación de masculinidad<sup>11</sup> pasó de 93,4 en 2004 a 92,3 en 2011. La población femenina envejece durante un período de tiempo mayor que la masculina, y en consecuencia tiene más de 64 años el 15% de las mujeres y el 11% de los varones. Este proceso recibe el nombre de “feminización del envejecimiento”. El 60% de los adultos mayores son mujeres.

Estas características poblacionales se resumen en una pirámide poblacional que acentúa su forma de bulbo, típica de una estructura demográfica crecientemente envejecida (Gráfica 2).<sup>12</sup>

En relación a la dinámica de la población, se destaca que la tasa bruta de natalidad ha mostrado un descenso constante entre 1996 y 2005, pasando de 18,2 a 14,9 nacimientos por mil habitantes. A partir de 2005 se redujo esta tendencia

<sup>10</sup> *Relación de dependencia*: se calcula dividiendo el total de población de 0 a 14 años, sumado a la población de 65 y más, por el total de población de 15 a 64 años, multiplicado por 100. Mide la población en edades predominantemente inactivas en relación a la población en edades potencialmente activas.

<sup>11</sup> *Relación de masculinidad*: expresa la cantidad de hombres cada 100 mujeres.

<sup>12</sup> INE. Resultados del Censo de Población, 2011.

**Gráfica 2. Pirámide poblacional de Uruguay. Censo 2011**



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

decreciente, estabilizándose la natalidad en torno a los 47.000 nacimientos anuales.

La fecundidad de las uruguayas ha sido históricamente inferior a los promedios regionales. La tasa global de fecundidad, que en 1996 era de 2,5 hijos por mujer, ha descendido progresivamente hasta franquear en 2004 el nivel de reemplazo con 2,0 hijos por mujer, manteniéndose así hasta la actualidad. Las corrientes migratorias de población joven y la progresiva implantación de la anticoncepción gratuita en los servicios de salud, podrían estar en la base del fenómeno.<sup>13</sup>

Estudios nacionales muestran una polarización social de la fecundidad, relacionada con las pautas reproductivas de los grupos sociales ubicados en los extremos del nivel

educativo. Las mujeres menos educadas tienen promedialmente su primer hijo a edades tempranas y un número de hijos superior al promedio nacional; las que tienen un nivel educativo alto presentan una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y muestran un aplazamiento del calendario reproductivo.<sup>14</sup>

La conocida asociación entre bajo nivel educativo, pobreza y mayor descendencia, nos coloca ante el problema de la reproducción de la sociedad uruguaya, mayoritariamente en sus sectores más vulnerables, en detrimento de su pleno desarrollo. La complejidad del problema se manifiesta con claridad en el cruce de las categorías de género, generaciones y pobreza:

<sup>13</sup> Cabella, *Análisis de situación de población*, 2012.

<sup>14</sup> Varela, *Demografía de una sociedad en transición*, 2008.

En las mujeres se ha depositado socialmente la responsabilidad de las tareas de cuidado, como una competencia que se entendía propia de su naturaleza biológica.

Entre los jóvenes, una de cada 10 mujeres de 18 años tiene hijos, mientras que solo 2 de cada 100 varones de esa edad son padres.

En el 2009 el 50% de los niños menores de 3 años vivía en el 30% más pobre de los hogares.

Uno de cada 3 niños menores de 12 años vive por debajo de la línea de pobreza. Los niños y adolescentes son los más afectados por la pobreza en todo el territorio nacional.<sup>15</sup>

El 22% de los hogares monoparentales con jefas mujeres se ubica por debajo de la línea de pobreza.

El tiempo de estas mujeres está dedicado al cuidado de los niños, y al estar insertas en el mercado laboral, sus hijos quedan por largos espacios de tiempo desprotegidos o cuidados por familiares o vecinas.

Estas realidades interpelan fuertemente las políticas de población, requieren dispositivos de intervención adecuados en el marco de la matriz de protección, y colocan en la agenda la necesidad de dar respuestas desde un sistema de cuidados.

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. Los departamentos situados al sur del río Negro presentan mayores porcentajes de población mayor de 64 años, fruto de una menor fecundidad y mayor esperanza de vida.<sup>16</sup>

La mirada desde el sistema sanitario sobre estos datos debe tener presente la desigual distribución de la población en el territorio que determina que el 40% esté concentrado en Montevideo, con la consiguiente predominancia en la cantidad de niños y niñas en este departamento. Cuando se debe organizar la atención de la salud, los números abso-

15 INE. Estimación de la pobreza por el método del ingreso, 2012.

16 M. Paredes. *Estructura de edades y envejecimiento de la población*, 2008.

lutos son determinantes, ya que debe preverse la atención de personas y no de proporciones. Es importante determinar dónde están concentrados los niños y, particularmente, aquellos en situación de pobreza y exclusión social.

## Morbilidad y mortalidad: el modo de enfermar y morir de los uruguayos

La tasa de mortalidad general se ha mantenido en las últimas décadas en valores próximos al 10‰ de habitantes. Fue de 10,6‰ habitantes en 1980 y de 9,9‰ en 2010.<sup>17</sup> El 82% de los fallecimientos se producen a partir de los 60 años y predomina la mortalidad en el sexo masculino (52% en 2007).<sup>18</sup>

En lo referente a la información sobre morbilidad, el país cuenta con datos confiables sobre las causas de muerte. En el año 2010, las primeras cuatro causas de muerte representaron el 70% en términos de mortalidad proporcional. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de muerte. La mayor parte de los fallecimientos fueron por enfermedades del sistema circulatorio (29,5%), seguidas en orden decreciente por cáncer (23,8%), enfermedades del aparato respiratorio (10,6%) y causas externas, incluyendo accidentes de tránsito (6,7%).<sup>19</sup> Esta distribución de las causas de mortalidad se ha mantenido estable por más de una década, con un lento pero sostenido descenso de las enfermedades del sistema circulatorio que en 2000 constituían el 33,6% de la mortalidad.<sup>20, 21</sup> (Grafica 3).

17 INE. Defunciones anuales ocurridas y registradas y tasa bruta de mortalidad, 2008.

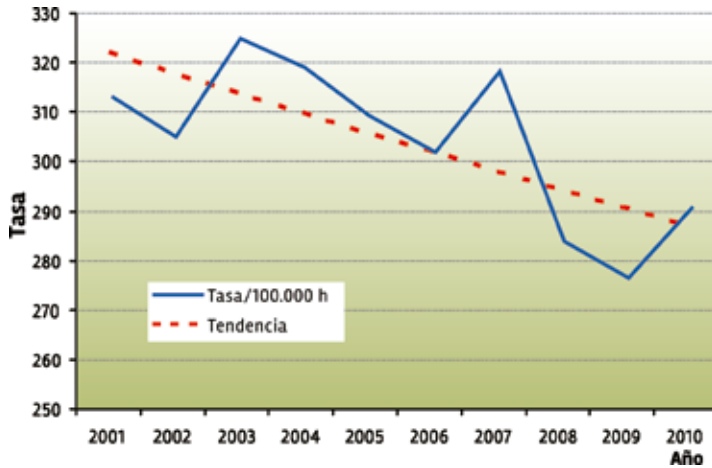
18 MSP. DIGESNIS. Logros y desafíos de la equidad en salud en Uruguay, 2010.

19 MSP. DIGESA, 2011.

20 CHSC. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay, 2010.

21 Veronelli, Nowinski, Haretche, Roitman. *La salud de los uruguayos, cambios y perspectivas*, 1994.

**Gráfica 3. Tendencia de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Uruguay 2001-2010**



Fuente: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. 2010.

Las enfermedades infecciosas, que en la década del 50 eran responsables de casi el 10% de las muertes, representan en el momento actual solo el 2%, evidenciando la transición epidemiológica que ha acompañado a la transición demográfica.

Existen diferencias por sexo en la distribución por causa de muerte. Las cuatro 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.

En el período 2004-2008 el análisis de la mortalidad por cáncer mostró que la localización más frecuente en

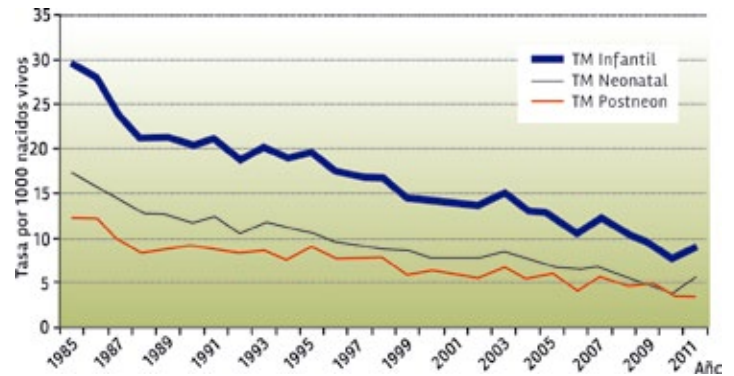
varones es el pulmón (22,7%), seguido de la próstata (14,5%) y el colon-recto (10,7%); en mujeres predominan el cáncer de mama (19,6%), el colon-recto (14,2%) y páncreas (6,5%).<sup>22</sup>

La distribución de la mortalidad por edades presenta diferencias importantes. Entre los 5 y los 40 años los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte. A partir de los 40 años las enfermedades cardiovasculares y oncológicas ocupan el primer lugar.

La mortalidad proporcional por grandes causas es relativamente homogénea en los diecinueve departamentos. (Ver mapa 1)

La tasa de mortalidad infantil (TMI)<sup>23</sup> ha mostrado un descenso sostenido en los últimos años (Gráfica 4). En 1980

**Gráfica 4. Evolución de la mortalidad infantil y sus componentes. Uruguay, 1985-2011**



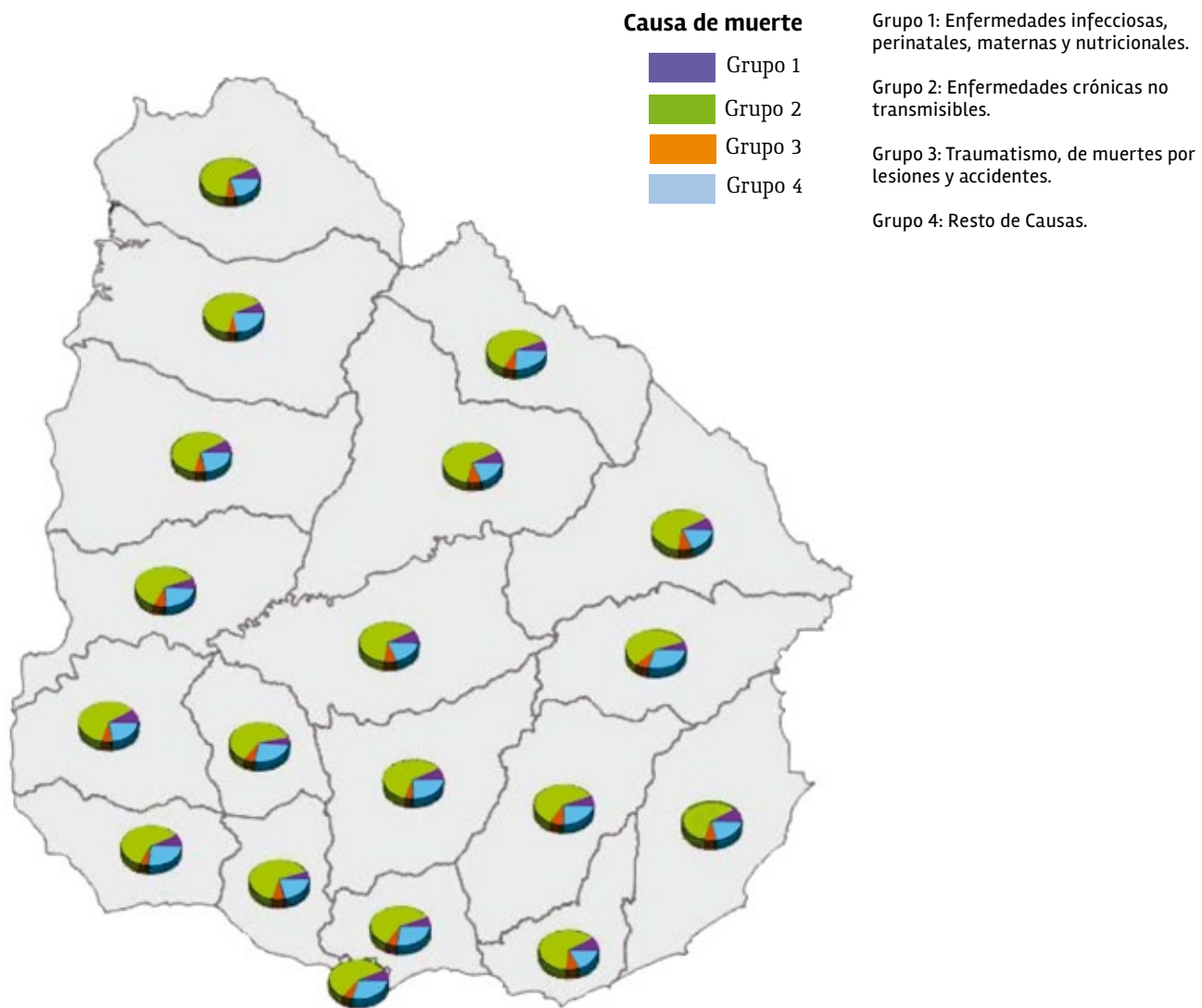
Fuente: Ministerio de Salud Pública.

murieron 2.024 niños menores de un año y en 2.010 solo fallecieron 364 niños antes del año. En 2011 la TMI fue de 8,8 por 1.000 nacidos vivos, predominando la mortalidad neonatal (5,6 por 1.000 fallecieron antes de los 28 días de

22 CHLCC. IV atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay, 2011.

23 Tasa Mortalidad Infantil: total de muertes ocurridas antes de un año de vida/total de nacidos vivos, en un año, por mil.

**Mapa 1. Mortalidad proporcional por grandes causas y por departamentos. Uruguay, 2009**



Fuente: Base de Mortalidad. Unidad de Información Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública, 2009.



vida). Las principales causas de la MI son las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas en casi la cuarta parte de los casos, y la prematurez en el 12%.<sup>24</sup> Estas causas configuran un núcleo duro, de difícil intervención que requiere respuestas activas e innovadoras desde la prevención y la mejora del control de las embarazadas.

En 1990 la tasa de mortalidad en menores de 5 años era de 23,4 por mil. En 2010 fue de 9,5 por 1.000 nacidos vivos; la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 7,8 por 1.000 nacidos vivos en 2015, hace necesarias acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor riesgo de exclusión, y estrategias para eliminar inequidades territoriales.<sup>25</sup>

La mortalidad en adolescentes y jóvenes alcanzó entre 2005 y 2009 a 2.383 fallecidos; el 60% por causas externas (accidentes de tránsito, suicidios y homicidios); fueron varones 8 de cada 10 fallecidos.<sup>26</sup>

La tasa de homicidios de 6,1 por 100.000 habitantes ubica al Uruguay entre los niveles más bajos de América Latina, similares a los de Cuba y Costa Rica. La tasa de suicidios ascendió a 17 por 100.000 en el último quinquenio.

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 de 6,42 por 100.000 nacidos vivos; pero el cumplimiento del ODM 5 exige alcanzar una tasa de 4 por 100.000 en el año 2015.<sup>27, 28, 29</sup> Desde 2005 las políticas con enfoque de género y

derechos implementaron: mejora de la calidad de los cuidados y controles en el embarazo, parto y puerperio; cobertura de métodos anticonceptivos gratuitos (inclusive a adolescentes) que determinó que en 2009 la utilización de métodos anticonceptivos fue de 77% en mujeres; implementación del Decreto 369 con estrategia de reducción de daño en abortos en condiciones de riesgo.<sup>30</sup> La ley de defensa de la salud reproductiva significó avances en ese sentido, así como la reciente ley que habilita la interrupción del embarazo antes de las doce semanas por la sola voluntad de la mujer.

La tasa de mortalidad por Sida en 2009 fue de 5,05 por 100.000 habitantes.

El país no ha podido resolver sus carencias en lo que respecta a un sistema de información sobre la distribución y características de la morbilidad. Se cuenta con registros aceptables sobre cáncer, VIH y algunas enfermedades de notificación obligatoria. Se han realizado estudios sobre algunos temas, pero sus resultados configuran un puzzle donde existen vacíos que impiden completar el estado de situación.

El estudio sobre factores de riesgo ECNT realizado en 2006, mostró que solo el 2,7% de la población adulta estudiada estaba libre de factores de riesgo para ECNT, mientras que el 56,8 % presentaba en forma simultánea 3 factores de riesgo o más.<sup>31</sup>

Estos factores de riesgo dejan traslucir el modo de enfermar de los uruguayos, las diferencias entre varones y mujeres, a la vez que sugieren la probabilidad de enfermar en el futuro. Una de cada 3 personas adultas presenta presión arterial elevada, el 30% presenta hipercolesterolemia y el sobrepeso y/o obesidad afecta a la mitad de la población. En cuanto a la diabetes se registró una prevalencia de glucosa en sangre elevada del 5,5%, que en los hombres ascendía al 6,2%.

24 MSP. Mortalidad infantil en Uruguay, 2011.

25 PNUD. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para Uruguay*, 2010.

26 MSP. Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, 2010.

27 PNUD. Frente a un mundo cambiante: las mujeres, la población y el clima, 2009.

28 MSP. Informe de mortalidad materna, 2010.

29 MSP. Programa de Salud Integral de la Mujer, 2012.

30 MSP. Ordenanza 369/04, 2004.

31 Rodríguez, Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, 2010.

El hecho de que la distribución de factores de riesgo muestre que afectan más a los hombres, se vincula en gran medida a un modelo hegemónico de masculinidad, que aleja a los varones del autocuidado y las acciones preventivas. Las mujeres, en la contracara de los estereotipos de género, son más sedentarias (40,7%) que el total de la población (35%).

El consumo de frutas es insuficiente en el 85% de las personas, con datos similares en ambos sexos.

El Registro Nacional de Cáncer analiza la morbilidad por esta causa y tendencias. Entre los varones el más frecuente es el cáncer de próstata (55,7 por 100.000). En las mujeres son más frecuentes los tumores de mama (71,3 por 100.000), que afectan a una de cada cuatro mujeres con cáncer.<sup>32</sup>

En un estudio realizado por la División de Epidemiología del MSP sobre los egresos hospitalarios de nueve instituciones privadas en 2009, los tumores eran el 7,8%.<sup>33</sup>

En el campo de la Salud Bucal, el país ha mostrado una mejoría relativa en el índice CPOD<sup>34</sup> que en 1996 era de 3 a 5 y en 2005 era menor a 3. Sin embargo relevamientos del 2010 realizados en 4.817 niños mostraron en un 33,9% la presencia de caries en dientes permanentes y 39,3% en dientes temporarios. La pérdida de piezas dentarias afecta a una importante proporción de la población desde edades tempranas y su atención depende fuertemente del pago de bolsillo.

El abordaje de la problemática del consumo de drogas y alcohol es definido desde la Junta Nacional de Drogas (JND) en lo que respecta al diseño de políticas públicas y el resguardo de derechos y garantías individuales y colectivas. La marihuana es la droga ilegal más consumida en forma frecuente. El 20% de las personas de 15 a 65 años ha consumido marihuana alguna vez en su vida y un 4,9% en

los últimos 30 días, según la encuesta realizada en 2011; se observa tendencia ascendente del consumo entre 2001-2011.<sup>35</sup> El 16% de los estudiantes de secundaria ha tenido experiencia con la marihuana, aunque predomina el consumo ocasional, que en el 42% se inicia antes de los 15 años.<sup>36</sup> Un proyecto de ley elevado por el Poder Ejecutivo que regula la comercialización de marihuana se discute en el Parlamento, y está abierto el debate sobre la legalización del autocultivo de Cannabis.

La prevalencia de consumo de cocaína en el último año es del 1,9% entre los 15 y los 65 años. Predomina en varones (3,1%), en Montevideo (2,6%) y por debajo de los 36 años (3,5%). El 0,7% de la población total presenta signos de dependencia (10.200 personas).<sup>37</sup> El 4% de los estudiantes de secundaria alguna vez ha probado cocaína.<sup>38</sup>

La experimentación con pasta base en la población de 15 a 65 años alcanza apenas el 1,1%, y se ha mantenido estable entre 2006 y 2011. Sus consumidores son mayoritariamente varones, menores de 30 años, y residen en la capital. En las zonas más vulnerables de la periferia de Montevideo el porcentaje que consumió “alguna vez en la vida” puede alcanzar hasta el 4%. El consumo de sustancias psicoactivas muestra una segmentación territorial en Montevideo como puede observarse a propósito de la pasta base y el éxtasis (Mapas 2 y 3).

Según datos del CMCT<sup>39</sup> la prevalencia de tabaquismo en población general bajó de 32% en 2006 a 24% en 2009, como consecuencia de la ley 18.256. La exposición laboral al humo del tabaco disminuyó de 36% a 17%. Los ingresos

32 Barrios y cols. III Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay, 2010.

33 MSP. Informe de Egresos Hospitalarios, 2009.

34 CPOD: Índice que valora la salud bucal midiendo el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

35 JND. 5ª Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Hogares, 2011.

36 JND. 5ª Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2011.

37 JND. 5ª Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Hogares, 2011.

38 JND. 5ª Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, 2011.

39 Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.

hospitalarios por infarto agudo de miocardio disminuyeron en un 17%. Respecto al tabaquismo, el 18% de los estudiantes de secundaria son fumadores.<sup>40</sup>

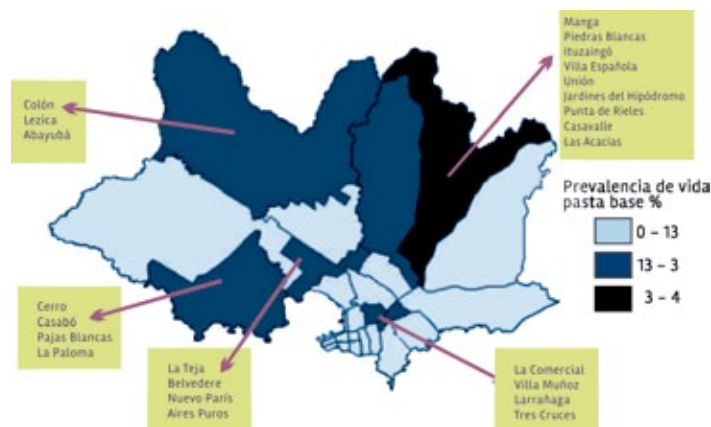
En lo que refiere al abuso de alcohol<sup>41</sup> es más frecuente en varones (17,4%) que en las mujeres (7,9%); los mayores niveles de abuso se ven en hombres de 25 a 34 años (23,3%) y en mujeres de 35 a 44 años (8,7%).

Las mujeres presentan elevados niveles de consumo de tranquilizantes sin indicación médica, mayor que en los hombres en todos los rangos de edad.

La prevalencia de la discapacidad moderada o severa para ver, oír, caminar o aprender, alcanza al 4,3% de la población según el censo de 2011; se estima en 517.000 las personas con al menos una discapacidad leve, moderada o severa. Son 70.300 personas que manifiestan tener dificultades permanentes severas o impedimento total para caminar o subir escalones y su distribución en el país es heterogénea (Mapa 3).<sup>42</sup>

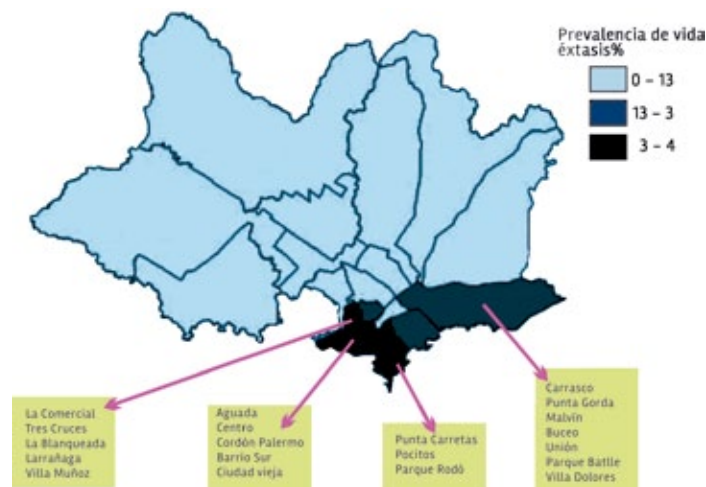
El 17% de los adultos mayores de 60 años requiere cuidados para realizar actividades fundamentales de la vida diaria, y solo un 26% lo recibe.<sup>43</sup>

**Mapa 2. Consumo de pasta base alguna vez en la vida según secciones censales. Montevideo, 2011**



Fuente: Observatorio Nacional de Drogas. JND.

**Mapa 3. Consumo de éxtasis alguna vez en la vida según secciones censales. Montevideo, 2011**



Fuente: Observatorio Nacional de Drogas. JND.

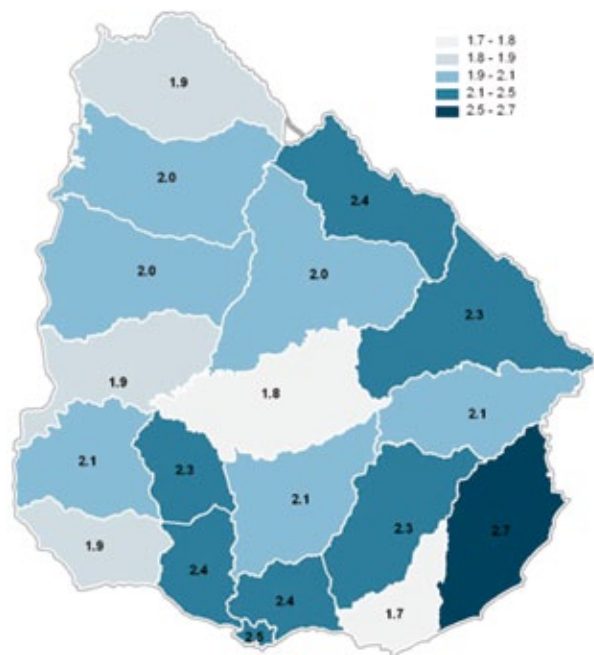
40 JND. 5ª Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, 2011.

41 Abuso por ingesta (*binge drinking*): En varones: 5 o más vasos de bebida alcohólica en un día, en los últimos 7 días. En mujeres: 4 o más vasos de bebida alcohólica en un día, en los últimos 7 días.

42 INE. Resultados del Censo de Población, 2011.

43 Bagnulo, Haretche, Serra. *Disyuntivas para la asignación de prioridades en el gasto público social*, 2009.

**Mapa 4. Porcentaje de población de 2 o más años con dificultades severas permanentes para caminar o subir escalones según Departamento. Uruguay, 2011**



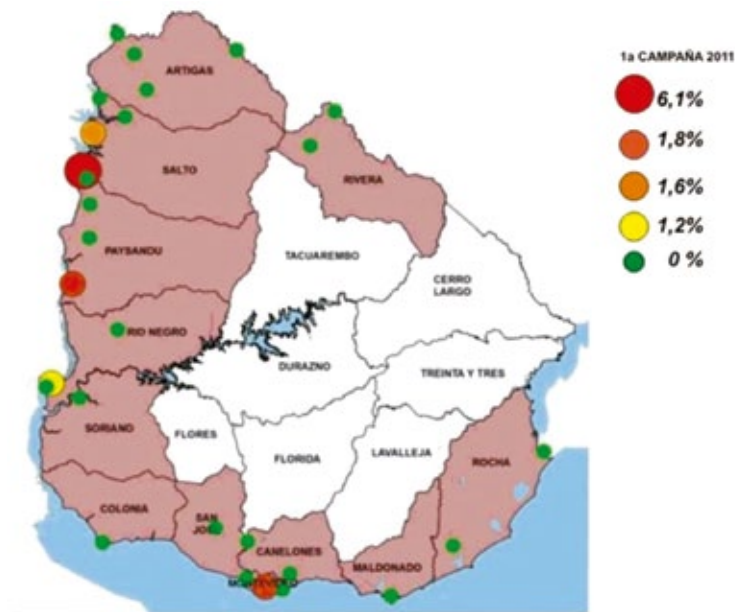
Fuente: INE. Censo, 2011.

En el campo de las enfermedades transmisibles debemos estar atentos a las enfermedades emergentes y reemergentes.<sup>44</sup>

El Dengue es un grave problema de salud pública en la región. En 1997 reingresó al país el mosquito *Aedes aegypti*, su agente vector. Las intensas campañas desarrolladas han mantenido al Uruguay libre de casos de dengue autóctono, configurando una excepción en la región de las Américas.

44 Weissembacher, Salvatella, Hortal. *El desafío de las enfermedades emergentes y reemergentes*, 1998.

**Mapa 5. *Aedes aegypti*: Índice de infestación predial (IIP). Uruguay 2011**



Fuente: División de Epidemiología. MSP.2011

En varios departamentos se mantiene la presencia del vector, especialmente en el litoral oeste y la capital. En 2011 la vigilancia entomológica con el método LIRAA<sup>45</sup> encontró índices de infestación predial (IIP)<sup>46</sup> de hasta 6% (mediano y alto riesgo), lo que generó planes de prevención para controlar la infestación.<sup>47</sup>

45 LIRAA: Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti*.

46 El Índice de Infestación Predial (IIP) es el porcentaje de viviendas positivas (con larvas de *Aedes aegypti*) entre el total de viviendas visitadas en relevamientos en base a muestras con valor estadístico.

47 MSP, Actualización de la situación de dengue en el país y la región, 2011.

Las mediciones de noviembre y diciembre de 2012 mostraron que todos los municipios capitalinos presentaban índices de riesgo leve. En el interior del país en noviembre de 2012 solo la ciudad de Paysandú presentaba índices de riesgo alto.<sup>48</sup> En 2013 el MSP elaboró un plan de contingencia ante una eventual epidemia, con énfasis en la formación de los equipos de salud para el tratamiento de la enfermedad.

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

Respecto a enfermedad de Chagas, en 1997 Uruguay certificó ante organismos internacionales la interrupción de la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* por *Triatoma infestans* (vinchuca). Se trabaja en la eliminación de poblaciones focales remanentes de este vector en tres departamentos: Rivera, Tacuarembó y Colonia.<sup>49</sup>

No hay casos notificados de Leishmaniasis humana ni animal si bien en 2010 se detectó el vector *Lutzomyia longipalpis* en Bella Unión y Salto.

Desde su emergencia en el año 1997 en el Uruguay, la Hantavirus 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 18 casos en 2010.<sup>50</sup>

No hay casos notificados de rabia humana ni canina. El último caso humano de transmisión de rabia urbana fue en 1966 y el último en animal doméstico, en área de frontera con Brasil, fue registrado en 1983. Se avanza en el proceso para lograr el reconocimiento de país libre de rabia a nivel regional, aunque preocupa la reciente detección focalizada por acciones proactivas de vigilancia de rabia en murciélagos insectívoros y hematófagos.<sup>51</sup>

48 MSP, Situación del dengue en la región, 2012.

49 Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, 2010.

50 MSP. Enfermedades de notificación obligatoria, 2010.

51 OPS/OMS. 13ª Reunión de directores de los programas nacionales de control de rabia en América Latina, 2010.

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 2010 hubo 97 casos, para una incidencia de 2,99 por 100.000.

En 2010 la brucelosis generó 15 casos en operarios de carne en plantas de faena.<sup>52</sup> 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).<sup>53</sup>

En el 2002 se logró la tasa de eliminación nacional y subnacional de la lepra; los casos que aún persisten predominan en el noroeste del país. En 2010 hubo 11 casos en mayores de 5 años.<sup>54</sup>

Respecto a las parasitosis intestinales del tipo de las geohelmintiasis, predominan en los asentamientos irregulares. Un convenio interinstitucional entre la Intendencia de Montevideo y la Facultad de Medicina (UDELAR) permitió, entre 1999 y 2008, el tamizaje en 6.205 niños menores de 3 años de centros de cuidado diurno, con una prevalencia de 8%, e incidencias anuales de 5,4% en 2000 a 9,8% en 2008.<sup>55</sup>

El programa ampliado de inmunizaciones gratuito y obligatorio ha logrado muy buenos niveles de acceso a la vacunación, mantenimiento de cobertura y reducción de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles,

52 MSP. Enfermedades de notificación obligatoria, 2010.

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

54 Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Programa de Eliminación de la Enfermedad de Hansen, 2009.

55 Da Rosa, Acuña, Cabrera, Figueredo, Zanetta, Calegari. Datos de las geohelmintiasis en el Uruguay, 2011.

**Gráfica 5. Tasa de Notificación de VIH y Sida por 100.000 habitantes. Uruguay, 1991 – 2011**



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2012.

así como la introducción de nuevas vacunas y fortalecimiento de la participación pública y privada. La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes ha logrado un 95% a 97% de vacunación de la población objetivo. No hay nuevos casos de sarampión y rubéola. El tétanos se ha reducido con la obligatoriedad de vacunación para niños y adultos, con un solo caso en 2009. No hay difteria desde 1975. Se redujo la hepatitis B al incluirla en 1999 en el Certificado Esquema de Vacunación; en 2010 se notificaron 435 casos de Hepatitis no-A (B, C, otras) con una tasa de 13,42 por 100.000.<sup>56</sup>

La tos convulsa, que registró en 2009 y 2010 una treintena de casos, en 2012 configuró un problema relevante con varios brotes.

En Uruguay la epidemia de VIH es de tipo concentrada.<sup>57</sup> Las acciones a nivel nacional mantienen una baja prevalen-

56 MSP. Enfermedades de notificación obligatoria, 2010.

57 *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.

cia en población general de 0,42%. Desde el inicio de la epidemia en 1983 hasta diciembre del 2010, se ha notificado un total acumulado de 9.835 casos de VIH y 4.144 casos de Sida. En estudios realizados entre 2004 y 2009 en poblaciones de mayor vulnerabilidad y con dificultades de acceso a los servicios de prevención y atención, se observan prevalencias mayores: personas privadas de libertad (5,5%), usuarios de drogas inyectables (18,5%), trabajadores sexuales masculinos (19,3%), hombres que tienen sexo con hombres (9%). El 54,1% de los casos de VIH entre 2005 y 2010 correspondió a varones. En 2009 el 75% de los casos nuevos de VIH fueron en Montevideo y 25% en el resto del país.<sup>58</sup>

El mecanismo de transmisión de los casos de VIH notificados en 2010, fue por transmisión sexual en el 92%, sanguínea en el 7,7 % y vertical (madre al recién nacido) en el 0,3% de los casos.

Las tasas de notificación de VIH y de Sida han aumentado entre 1991 y 2010 (Gráfica 5), a un ritmo mayor en las mujeres. La tasa de notificación de Sida para el sexo femenino en 2010 fue siete veces superior a la del año 1991, mientras que entre los varones duplicó la observada en 1991.<sup>59</sup>

Desde 1997 la reglamentación establece el acceso universal al tratamiento antirretroviral, pero se estima una cobertura de 83%.<sup>60</sup> Los desafíos actuales son: bajar los costos de la medicación, facilitar el acceso de la población más vulnerable con servicios más amigables, la capacitación para consejería en todos los niveles y la promoción del diagnóstico oportuno. A ello contribuirá el proyecto “Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay”, aprobado por el Fondo Global.

Durante la pandemia de Influenza A H1N1, un plan nacional de contingencia intersectorial permitió que la

58 MSP. Reporte epidemiológico de VIH-Sida, 2010.

59 MSP. Informe de la situación nacional de VIH/Sida, 2011.

60 MSP. Reporte epidemiológico de VIH-Sida, 2010.

vigilancia y la atención de casos funcionaran adecuadamente. La atención domiciliaria por las unidades móviles y de atención de pacientes por el primer nivel de atención, evitó que se produjeran colapsos hospitalarios. Hubo gran receptividad para la vacunación. En la actualidad se ejecuta un proyecto de vigilancia en infecciones respiratorias agudas graves (IRAG).

Por cierto las transmisibles, como la gripe por Influenza o el Dengue, podrían provocar verdaderos tsunamis en la realidad epidemiológica nacional, el sistema de salud y la vida cotidiana familiar. Pero las epidemias silenciosas deberán ser sacadas de la perversa “naturalización” de la que han sido objeto: los accidentes de tránsito, la sífilis congénita, la violencia de género y entre generaciones, las caries y la pérdida de piezas dentales. Si se consolidan las líneas de acción emergentes en el marco de una matriz de protección social integral e intersectorial, estos problemas encontrarán reducida su incidencia y sus efectos.

## Los determinantes sociales de la salud

La salud de la población y la de cada persona están condicionadas por el entorno ambiental y social en que transcurre la vida desde la etapa intrauterina hasta la vejez. Esta influencia se define como el efecto de los determinantes sociales en la salud a lo largo de la vida.

En los últimos años el país ha registrado un sostenido crecimiento en su economía. El producto bruto interno (PBI) creció 36% entre 2004 y 2010, pasando de US\$ 13.167 millones a US\$ 36.830 millones, en tanto que el PBI por habitante lo hizo de US\$ 4.003 a US\$ 11.999, respectivamente. La tasa de inflación anual fue de 9,2% en 2008 y de 6,9% en 2010. La población económicamente activa (PEA) de 14 años o más en 2010 era de 64,2%. La tasa de desempleo pasó de 10,9% en 2006 a 6,8% en 2010, siendo 2,7 puntos porcentuales más alta en las mujeres, lo que evidencia una inequidad de género en el acceso al mercado laboral.

La población bajo la línea de pobreza (LP) era el 32,1% en el año 2004, descendió a 18,6% en el 2010 y llegó a 12,4% en 2012. Se destaca el problema de la infantilización de la pobreza, con el 33,8% de los niños menores de 5 años bajo la línea de pobreza en 2010, a pesar del importante descenso respecto a 2004 (56,4%).<sup>61</sup> En el 2012 se confirmó la tendencia a la baja llegando a 24,5%. Merece destacarse que en la última medición la proporción de mayores de 65 años por debajo de la LP apenas llega al 3,2%.<sup>62</sup>

En 2009 el Índice de Desarrollo Humano (IDH)<sup>63</sup> era 0,765 ocupando Uruguay el tercer lugar en la Región de las Américas y el 52 en el mundo. En 2011 el IDH fue de 0,783, y sitúa a Uruguay en el lugar 48 entre 187 países, superado únicamente por Chile (lugar 44) y Argentina (lugar 45) en la región.

El índice de alfabetización es de 98,3%. Se ha logrado universalizar la educación inicial para niños de 4 y 5 años.<sup>64</sup> La cobertura de educación secundaria en 2008 era de 70%, por debajo de la meta esperada para la universalización en 2015. El Plan Ceibal se propone reducir la brecha digital y de conocimiento entre los uruguayos.<sup>65</sup>

A pesar de ciertos avances, se mantienen inequidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo. La tasa de actividad femenina entre 1990 y 2009 presenta una evolución creciente pero lenta, generando una brecha en el acceso al trabajo remunerado (54% en mujeres y 74% en hombres durante 2009). La dedicación dispar de varones y mujeres al trabajo no remunerado hace necesario un sistema de cuidados. La remuneración media por hora de trabajo

61 PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País, 2009.

62 INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso, 2012.

63 *Índice de Desarrollo Humano* es un indicador compuesto elaborado por Naciones Unidas, que mide el promedio de los avances de cada país en tres dimensiones: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno.

64 PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País, 2009.

65 OPS/OMS. Salud de las Américas, 2012.

de las mujeres es 10 puntos porcentuales inferior a la de los hombres. El porcentaje de bancas ocupadas por mujeres en el Parlamento es del 14%.

Respecto a violencia de género, el promedio anual de delitos consumados de violación entre 2010 y 2012 asciende a 140 casos, que son la punta del iceberg de un problema silenciado pero con visibilidad creciente. Los episodios de delitos registrados por violencia doméstica pasaron de 9.084 en 2010 a 12.004 en 2012, con un aumento mayor al 30%. El 44% de las mujeres asesinadas en 2010 eran parejas o ex parejas de su agresor.<sup>66</sup>

Respecto a la homofobia y sus expresiones de violencia por motivos de orientación sexual o identidad de género, emergieron con fuerza en los años 90 activistas individuales y organizaciones civiles imponiendo una agenda de igualdad de derechos e inclusión.<sup>67</sup>

En relación a las condiciones de vida de la población afrodescendiente (8%) debe mencionarse que su asistencia a educación secundaria y terciaria es mucho más baja, su nivel de pobreza es el doble y las condiciones en el mercado de empleo le son claramente desfavorables.<sup>68</sup>

Uruguay es productor de alimentos por sus condiciones naturales. Resulta paradójica la presencia de desnutrición crónica y carencia de nutrientes esenciales en un porcentaje significativo de niños y adolescentes embarazadas, a la vez de constatarse una epidemia de sobrepeso y obesidad.

En el año 2007, en niños de hasta 24 meses la prevalencia de retraso del crecimiento ascendía a 11,3%, el déficit de peso para la edad a 3,4%, la emaciación<sup>69</sup> a 1,9% y la obesidad

a 8,5%.<sup>70</sup> En la población de 24 a 64 años el sobrepeso y/o obesidad alcanzan el 56,6%.<sup>71</sup>

Un tercio de los niños (31,5%) entre 6 meses y dos años tiene anemia ferropénica, con consecuencias para su crecimiento y desarrollo.

La desnutrición crónica infantil es muy elevada incluso en comparación con la región: alcanza al 11% de retraso de talla en relación con la edad, mientras la obesidad llega al 9,5%.

La malnutrición en las embarazadas, tanto por déficit como por exceso, muestra bajo peso (7%), sobrepeso (19,8%) y obesidad (8,5%). Un tercio de las adolescentes (31,6%) que atendieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, tenían bajo peso al inicio del embarazo y 25,6% llegó al parto en esa condición. El bajo peso influye más en las pacientes del sector público, y el sobrepeso y la obesidad en las del sector privado.

A partir de 2010 se avanzó en la construcción del programa *Uruguay crece contigo*, con una perspectiva universal de promoción de los cuidados a los niños e intervenciones focalizadas en las situaciones más críticas.

Las iniciativas de mejora de las prácticas de alimentación en el recién nacido han permitido aumentar significativamente la lactancia materna exclusiva, que pasó del 54% en 2003 a 65% en 2011.

En materia de inocuidad de alimentos, las enfermedades transmisibles por alimentos (ETA) tienen baja incidencia, con alrededor de 400 casos al año, 30% de ellos por salmonella.<sup>72</sup> La Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) ha certificado el país como libre de aftosa con vacunación y con ausencia de encefalopatía espongiiforme bovina.

---

de peso para la talla.

70 Bove, Cerruti, "Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria", 2007.

71 Rodríguez, *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles*, 2010.

72 MSP. Boletines epidemiológicos, 2010.

---

66 Ministerio del Interior. Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad, 2012.

67 Sempol, "Sexo-género y sexualidades políticas. Los nuevos desafíos democratizadores", 2011.

68 INE, Resultados del Censo de Población, 2011.

69 *Emaciación*: situación de malnutrición que se evidencia en un peso menor al que correspondería a la talla del niño, o sea un déficit



El acceso al agua potable y al saneamiento fue declarado derecho humano fundamental por la reforma constitucional de 2004. Está asegurado el acceso al agua potable para el 98% de la población y el alcantarillado cubre al 78%. La mayoría de los hogares (92,3%) tiene acceso a agua potable de la red general de OSE, mientras que el resto (7,7%) consume agua con menores garantías. La cobertura de saneamiento conecta a 63,5% de los hogares con la red cloacal general. El 36,5% utiliza otras formas (p. ej. pozos negros o fosas sépticas) que en las áreas urbanas resultan más precarias y propensas a contaminación y riesgos.<sup>73</sup> Se prevé que el Plan de Saneamiento IV iniciado en Montevideo ofrecerá saneamiento a cerca del 100% de la población capitalina.

La gestión y manejo de residuos sólidos en Uruguay está en la órbita de las intendencias departamentales, con tendencia a mayor cobertura y tecnificación en los planes de recolección y disposición final.

La degradación de suelos se ha agravado con la explotación forestal. La explotación de la minería a cielo abierto ha abierto recientemente nuevos desafíos y debates. Según el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), la erosión afecta a 30% de la superficie agropecuaria, de la cual 87% corresponde a regiones agrícolas de hortifruticultura. Los problemas de contaminación atmosférica y del aire son mínimos.<sup>74</sup>

La Dirección Nacional de Medio Ambiente implementa un proyecto para el desarrollo de capacidades para la realización de una gestión ambiental adecuada de contaminantes orgánicos persistentes.

Se importan 6.000 toneladas anuales de plaguicidas. El área de respuesta de emergencias es el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT), de referencia en la vigilancia de las intoxicaciones. El MGAP registra por año más de 1.000 productos comerciales con casi 300

principios activos. Las afecciones agudas vinculadas a plaguicidas representan 16,5% de las consultas al CIAT (1.600 por año), de las cuales 76% están asociadas a plaguicidas domésticos (rodenticidas e insecticidas); a nivel agrícola el 36% de las afecciones son por insecticidas, con un tercio de origen laboral y accidental.<sup>75</sup>

La salud en el trabajo muestra avances, incluye políticas de ambientes laborales saludables, instalación de comisiones paritarias de salud y seguridad en los consejos de salarios, actualización en enfermedades profesionales (OIT 2011) y mayor cobertura de salud.<sup>76</sup>

La problemática de la seguridad de los ciudadanos ha ocupado un lugar creciente en la agenda pública, con repercusión en los medios de comunicación. En seguridad vial se ha consolidado la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV) de Presidencia de la República. La siniestralidad vial se asume como un problema de salud pública asimilable a una epidemia. En 2010 hubo 28.510 lesionados (5% más que en 2009), 556 muertes (3,9% más que en 2009), con predominio de varones (75%) y jóvenes entre 15 y 39 años de edad (50%).

En relación a los delitos contra las personas, según el Observatorio del Ministerio del Interior, entre 2008 y 2010 hubo un descenso del 7% en los homicidios consumados y un 32% menos denuncias por lesiones graves.<sup>77</sup>

En relación con emergencias y desastres, se estableció el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), en la órbita de la Presidencia de República, para la coordinación, prevención y atención de desastres estacionales, sobre todo inundaciones e incendios. El fortalecimiento de sistemas de registro, la implementación de planes de vigilancia sanitaria específicos, una política energética tendiente a la diversificación y

75 CIAT. Informe Anual, 2010.

76 MSP. Ordenanza N°. 145. Vigilancia sanitaria de trabajadores expuestos a factores de riesgo laborales.

77 Ministerio del Interior. Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad, 2012.


73 INE-ECH. Principales Resultados, 2009.

74 OPS/OMS. Salud de las Américas, 2012.



la pequeña escala país, ubican a Uruguay en una situación adecuada para implementar planes de acción relacionados al cambio climático.

En lo que respecta al contexto político, desde la recuperación democrática de 1985 hay una maduración y consolidación de las instituciones, así como un aumento del protagonismo y participación de la sociedad civil organizada, que llega a tener fuerte incidencia en la estructuración del Estado. A partir de 2005 se acompañó de la continuidad de políticas públicas con creciente prioridad por las políticas sociales.

Desde el punto de vista político, los sistemas de salud como pilares de la protección social son instrumentos válidos para eliminar las desigualdades y la exclusión, permitiendo la transversalización de la salud en todas las políticas, y revisando los determinantes estructurales de las inequidades que reflejan los sistemas de salud segmentados y fragmentados. 

## La Reforma del Sistema de Salud como respuesta

Desde sus inicios la Reforma sanitaria debió dar respuesta a los desafíos de la equidad, calidad y sostenibilidad institucional. Son tres problemas frecuentes en los sistemas de salud que deben ser abordados simultáneamente por su gran interdependencia. Las decisiones políticas que se toman, la orientación hacia la justicia social y la defensa de los derechos exigibles de las grandes mayorías son las que hacen las más importantes diferencias. Por eso países con niveles similares de gasto sanitario, alcanzan resultados sorprendentemente dispares en comparación con sus inversiones.

### Desde la recuperación democrática hasta el inicio de la Reforma

El Estado benefactor había generado en Uruguay una presencia de servicios públicos de salud con una impronta asistencialista emparentada con el antiguo “hospital de caridad”, mientras que el sector privado estaba marcado por la construcción de “socorros mutuos” que acuñaron los in-

migrantes. La atención que esas estructuras brindaban a los distintos estamentos sociales también sufrió los efectos deletéreos de la dictadura. Tras dos décadas de recuperación democrática, en los primeros años del nuevo milenio persistían disfunciones relevantes del sistema de salud e importantes brechas en los indicadores sanitarios cuando se comparaba al país con otros similares de la región.

La inequidad se expresaba en diferentes planos: en el aporte de los usuarios al financiamiento, en la distribución del gasto y la inversión, en los salarios de los trabajadores médicos y no médicos, en las posibilidades de cobertura y uso entre los servicios de salud de Montevideo y del interior del país. Estaba comprometido el acceso y la integralidad de la atención, con una gestión ineficaz e ineficiente, con baja capacidad de resolución y una calidad asistencial discutida y heterogénea que lógicamente redundaba en la insatisfacción de los usuarios. Los resultados sanitarios eran, y aún persisten, desiguales en los diferentes sectores sociales.

El contexto de falta de sostenibilidad institucional generaba vulnerabilidad de los servicios tanto públicos como privados; entre 1985 y 2002 cerraron dieciséis instituciones, cuatro de ellas desplomadas en la crisis del 2002, afectando a más de 170.000 usuarios.<sup>78</sup> La debilidad en el ejercicio de la rectoría y cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, se traducía en permisividad, ausencia e incumplimiento de reglas y controles respecto de bienes y servicios públicos esenciales; no se regulaban las prestaciones básicas obligatorias y exigibles de asistencia sanitaria para que fueran oportunas, suficientes y de calidad homogénea para todos los ciudadanos.

Se puede afirmar que en el año 2004 el sistema de salud asistía a una auténtica crisis estructural sistémica. La atención de la salud estaba, en efecto, expuesta al riesgo de colapso. Se sostenía una visión marcadamente economicista de la atención en salud y de la organización de la provisión de los servicios sanitarios, con hegemonía y predominio del Ministerio de Economía y Finanzas sobre el Ministerio de Salud Pública en la conducción y orientación de las políticas públicas de salud.

La lógica de mercado, remanente de los años 90 de implantación de criterios neoliberales, había desplazado en muchos campos de acción al Estado, bajo el imperativo de las políticas de ajuste y mercantilización de los servicios de salud y sus prestaciones.

---

78 Entre 1985 y 2002 cerraron las siguientes instituciones: Círculo Napolitano, Asociación Fraternidad, UDEM, Mutualista Batlle, Mutualista Pasteur, Mutual Batlle-Pasteur, Asociación Empleados Civiles, Sociedad Italiana, Partido Nacional, Parma de Beisso, OMA, Frigorífico Nacional, Central Médica, Uruguay España, CEMECO, Sanatorio Panamericano, MIDU, CIMA- España, OCA Larghero, COMAEC.

## El escenario de segmentación y la fragmentación.

Antes de iniciado el proceso de cambio, la organización sanitaria respondía a un modelo de funcionamiento fragmentado, duplicado y segmentado.

Estas características se expresaban simultáneamente en los tres niveles de atención<sup>79</sup>, en la estructuración de los programas prioritarios, en las formas organizativas y relaciones con los usuarios del sistema. Tanto en lo que hace a cobertura asistencial como al aseguramiento y financiamiento, coexistían formas variadas y muchas veces superpuestas, generando un complejo y desarticulado conjunto de servicios y modalidades de atención.

En el sector público estaban incluidos los servicios sanitarios del Banco de Previsión Social (BPS); el Hospital de Clínicas de la UDELAR —como hospital universitario de referencia nacional en Tercer Nivel y medicina altamente especializada—; la Dirección Nacional de Sanidad Policial; la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas; el Sanatorio del Banco de Seguros del Estado (BSE); las policlínicas de la División Salud de la Intendencia de Montevideo y las demás Intendencias Departamentales; y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Este último era el más relevante de los prestadores públicos, creado en

---

79 Clásicamente se ha diferenciado la atención por niveles de complejidad, denominando Primer Nivel a aquellos efectores cercanos y accesibles a la población, con tecnología de baja complejidad, con presencia de médicos generalistas o de familia, integrados a equipos de salud de policlínicas y centros de salud con inserción comunitaria y gran dispersión en el territorio; el Segundo Nivel era identificado con efectores de mediano porte que incluían internación, disponibilidad de especialistas y técnicas diagnósticas de relativa complejidad, reservando la noción de Tercer Nivel para aquellos servicios de gran complejidad, con técnicas diagnósticas y terapéuticas sofisticadas que por su bajo nivel de requerimiento por la población, deben estar concentradas en centros de referencia para ser más eficientes. Estas nociones, si bien perduran, han sido objeto de ajustes al introducirse la lógica más moderna de redes de salud.

el año 1987 como un organismo desconcentrado del MSP, dedicado esencialmente a la población de menores recursos. Contaba con 8 hospitales de referencia nacional o especializados, 3 hospitales de crónicos, 49 hospitales ubicados en las localidades más importantes del interior del país, y más de 300 efectores de Primer Nivel (centros de salud, policlínicas urbanas y rurales, consultorios médicos) distribuidos en toda la geografía nacional. Recientemente estas instituciones han iniciado un proceso sistemático de articulación a través de la Red Integrada de Efectores Públicos (RIEPS) creada por ley en el año 2010, que constituye la estructura operativa para cumplir el mandato legal que tiene ASSE de coordinar los prestadores estatales.<sup>80</sup>

A este amplio conglomerado de servicios públicos se sumaban las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Son instituciones privadas, que bajo diferentes formatos institucionales (mutualistas, cooperativas médicas, etc.) constituyen lo que se ha dado en denominar el “privado social”, por no tener fines de lucro y estar administradas por sus asociados o por colectivos profesionales que trabajan en ellas. Históricamente ejercieron a la vez la función de aseguramiento y la de prestación de servicios de salud, brindando prestaciones a través de un régimen de cobertura en el que se adquiere el derecho a ser atendido a cambio de una cuota de prepago. Configuraron una barrera de contención al ingreso al país de las empresas aseguradoras en salud, esencialmente lucrativas, que en los años 90 tuvieron gran penetración en varios países de la región. En el año 2012 existían 38 instituciones, 10 de ellas radicadas en la capital y 28 distribuidas en los 18 departamentos del Interior.

Esta estructura de servicios se completaba con seguros privados dirigidos a sectores de altos ingresos. Son instituciones privadas con fines de lucro que brindan una canasta de prestaciones más amplia que las IAMC a cambio del pago de

80 El Art. 741 de la Ley 18.719 promulgada en diciembre de 2010 creó la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), reglamentada por el Decreto N° 392/012 del 7 de diciembre de 2012.



© Carlos Contrera

una cuota individual superior a la de las mutualistas. En la actualidad persisten siete entidades con estas características.

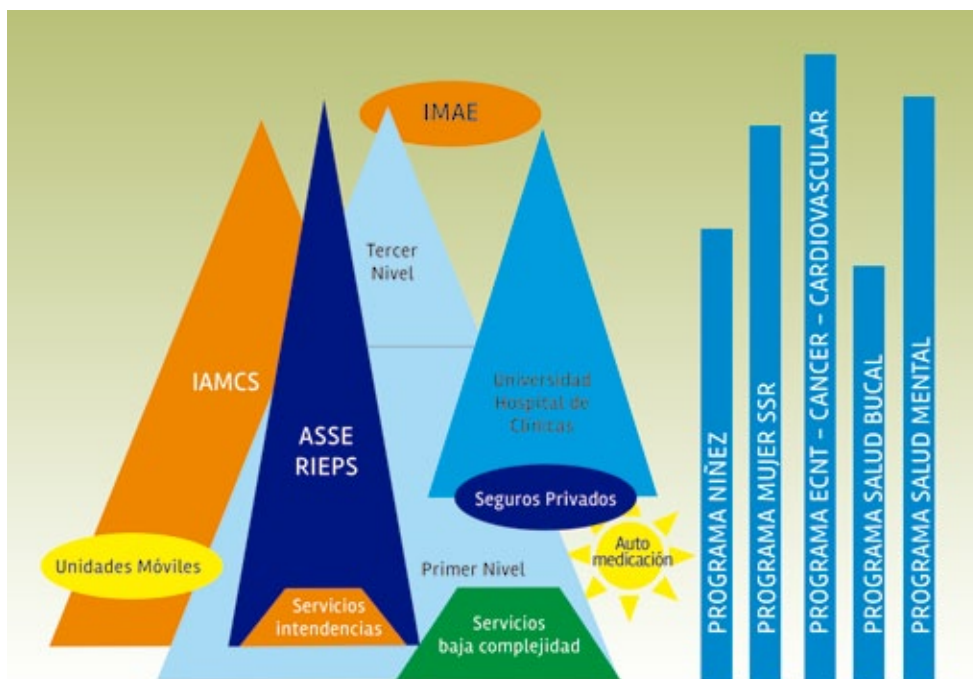
A partir de 1979 surgieron los Servicios de emergencia médico móvil como seguros privados de cobertura parcial, que tuvieron un acelerado crecimiento, dando cuenta de la atención de pacientes críticos con un modelo de unidades móviles medicalizadas. Al impulso de la competitividad de las empresas se fueron sumando otros dispositivos de atención domiciliaria no urgente y policlínicas de atención rápida, como paliativos de importantes carencias en el desarrollo del primer nivel de atención. En la actualidad funcionan alrededor de 130 unidades móviles, pertenecientes a diferentes empresas, que dan cuenta de alrededor de 120.000 llamados mensuales.<sup>81</sup>

El Fondo Nacional de Recursos (FNR), creado en 1979, financia desde entonces la provisión a toda la población de prestaciones de medicina altamente especializada, incorporando en 2005 la cobertura de tratamientos con medicamentos de alto costo basados en protocolos definidos.

Más allá de los límites de las instituciones en la resolución de los problemas de salud, particularmente en la forma de encarar los episodios de enfermedad, debe mencionarse la automedicación y otras prácticas curativas autoadministradas, que han complejizado aún más el escenario fragmentado de la atención sanitaria. (Figura 1)

81 Barrios. “La respuesta a la pandemia de los servicios de emergencias móviles prehospitalarias”, 2011.

**Figura 1. Modelo de atención fragmentado y segmentado**



Fuente: Levcovitz, E. Ruales, J., 2008. Adaptado a Uruguay por los autores.

Durante muchos años se mantuvo casi intacta la confusa relación de instituciones públicas y privadas que caracterizó al sistema de salud en Uruguay. Rasgos salientes del sistema hasta la entrada en vigencia de la reforma en curso, fueron la segmentación social<sup>82</sup> en la cobertura, y la fragmentación<sup>83</sup>

y duplicación de servicios que supuso la mercantilización del sector salud, con las consecuencias de desigualdad, fracaso y derroche que inevitablemente conlleva.

La atención brindada por los prestadores públicos quedaba restringida a la población de menores ingresos, quienes no podían pagar las cuotas de prepago de las instituciones privadas. Ello se traducía en la idea tolerada y aceptada como una fatalidad, de brindar “una salud pobre para los pobres”.

82 La *segmentación social* es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolidó y profundizó la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población. Durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990.

83 La *fragmentación* del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos

agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.

Por su parte, las IAMC orientaban la atención hacia los grupos de ingresos medios que pagaban las cuotas mutuales de su bolsillo. Además otorgaban cobertura a algunos colectivos de funcionarios públicos y a los trabajadores privados a través de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) creada en 1979 en la órbita del BPS.

El modelo de financiamiento propiciaba la selección adversa del riesgo, priorizando a los jóvenes y sanos, impidiendo la afiliación a las mutualistas de los adultos mayores y los enfermos, en detrimento de la solidaridad intergeneracional y la solidaridad de los sanos para con los enfermos. Se aumentaba la oferta de servicios para los que tenían más capacidad de pago, generando más gasto, sin contar a veces con la evidencia científica suficiente sobre los resultados.

El cobro de las tasas moderadoras para consultas, estudios y retiro de medicamentos dejó de ser un mecanismo regulador de la demanda, para transformarse en un componente recaudador para el financiamiento de las instituciones. Ello determinó que un creciente número de personas tuviera cobertura formal en el sector privado, pero no hiciera uso de los servicios porque los costos de los tickets y órdenes operaban como una barrera para la atención y un verdadero “impuesto a la enfermedad”. Esto sucedía sobre todo para los afiliados a las mutualistas y cooperativas médicas en forma obligatoria a través de DISSE, y que no les era posible elegir como prestador a los servicios públicos. La doble cobertura se fue colando por los intersticios de los sistemas de control, generando verdaderos subsidios del sector público al sector privado.

La Encuesta Familiar de Salud realizada por el MSP en 1982 mostraba que el 19,9% declaraba no encontrarse cubierto por ningún tipo de institución. En 1991 el 6,8% de la población estaba sin cobertura según la Encuesta Continua de Hogares del INE.<sup>84</sup>

La crisis económica y el desempleo del 2002 determinaron un aumento de la población sin cobertura de salud a través del sistema de seguridad social, y una caída de los ingresos de los hogares, lo que reforzó la dificultad de hacer frente al pago de las tasas moderadoras en el sector privado. La pérdida de los mecanismos de protección social sumada a un deterioro de las condiciones de vida tuvo como resultante un fuerte deterioro de los niveles de salud. Expresión de ello fue el salto de la mortalidad infantil que en 2002 fue del 13,5 por mil y pasó a 15 de cada mil nacidos vivos en 2003: murieron en mayor proporción los niños de aquellas gestaciones transitadas en la hostilidad social y en la omisión.<sup>85</sup>

En ese momento se produjo además una disminución de los recursos fiscales destinados a ASSE, lo que a su vez redundó en una caída del 40% entre 1999 y 2002 en términos reales del gasto per cápita en el subsector público, pasando de 444 pesos por usuario en 1999 a 256 pesos en 2002, con un descenso del 80% de los rubros destinados a inversiones, con graves consecuencias en la calidad de la atención a la salud.<sup>86</sup> Se hizo notoria la escasez de medicamentos, las listas de espera para las consultas y el deterioro de los establecimientos sanitarios en su infraestructura y equipamiento.

El sistema se caracterizaba por la hegemonía del modelo hospitalocéntrico, asistencialista y curativo, centrado en la enfermedad, con ausencia de estrategias promocionales y preventivas, falta de continuidad y longitudinalidad de la atención, además de un déficit de los mecanismos de referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención.

El modelo estaba también afectado por la incorporación irracional de tecnología y medicamentos sin evaluación de resultados y de costo/efectividad, empujada por una gran influencia del complejo médico-industrial en la toma de las decisiones y en el control del mercado de la salud. Predominaba la medicina híper-especializada con una

84 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, *El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay*, 2012.

85 Fernández Galeano y Benia, R., 2011.

86 Benia, Isabella, Katzkowicz, Yapor, *ASSE en la Reforma de la Salud*, 2010.

respuesta de atención ineficiente, sin evaluación ni rendición de cuentas de los dineros públicos invertidos, que también se expresaba en la insatisfacción de las necesidades y legítimas expectativas de los usuarios.

No se fomentaba la participación y el ejercicio de derechos por parte de los ciudadanos, oscilando la relación de los usuarios con el sistema entre una lógica de “compra” y una de “caridad” según el estamento social al que pertenecieran.

Utilizando palabras de Jürgen Habermas, se puede decir que el sistema uruguayo de atención a la salud padecía a la vez de una crisis de legitimidad y una crisis de racionalidad.<sup>87</sup>

En un contexto de ajustes fiscales y disminución significativa de la inversión en salud por parte del Estado, se verificaba la subordinación total de las políticas sociales a los ajustes macroeconómicos en el marco de la idea del “Estado mínimo”, la desregulación de los mercados y el impulso de las privatizaciones.

Los aspectos económico-financieros estaban marcados por el ingreso del lucro en la estructura del financiamiento y la “internalización” del mercado en el sector salud. Esto determinaba la exclusión de la cobertura de amplios sectores, el aumento irracional de los costos de la atención, el enriquecimiento del complejo médico-industrial y peores resultados en los indicadores sanitarios.

## La Reforma en el marco de políticas sociales integrales

La Reforma se ha venido desarrollando en el marco de transformaciones estructurales tendientes a la justicia social y el desarrollo sostenible, combinadas con respuestas a la emergencia y la construcción de una matriz de protección social.

<sup>87</sup> J. Habermas. *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*, 1975.

La situación de salud individual y colectiva es en gran medida el resultado de un conjunto de determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales que deben ser atendidos desde una perspectiva integral e intersectorial; es imprescindible asimismo, asegurar el acceso universal a servicios sanitarios integrales como condición necesaria, aunque no suficiente, para avanzar en la dirección del pleno ejercicio del derecho a la salud.

El Plan de Emergencia Social, entre otras herramientas, recurrió a transferencias no contributivas condicionadas al cumplimiento de obligaciones en materia de salud y educación (asignaciones familiares y salario ciudadano para familias con niños en situación de indigencia), otorgamiento de una tarjeta alimentaria para cubrir las necesidades nutricionales básicas, promoción del trabajo juvenil y de las mujeres, un proceso de universalización de la educación inicial y la educación física para colectivos significativos del conjunto de la población.

La segregación socio-espacial de niños y adolescentes en hogares vulnerables por un proceso de reproducción biológica, social e intergeneracional de la pobreza y la exclusión, hacen política y éticamente inexcusable priorizar estos sectores para construir un proyecto alternativo de desarrollo. El incremento del gasto público social fue sustancial para complementar con recursos fiscales generales los aportes contributivos de los individuos a la protección social, así como la priorización de intervenciones orientadas a cubrir necesidades y derechos de niños y jóvenes.

## Visión y estrategia de la Reforma

La transformación del Sistema de Salud en Uruguay se inscribe en la visión de la Conferencia Sanitaria Panamericana que en el año 2002 establecía la necesidad de: “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”.<sup>88</sup>

Los sistemas y servicios de salud están moldeados en su organización, estrategias, programas y prácticas por diferentes factores: políticos, económico-sociales, demográficos, epidemiológicos y el nivel de recursos que asegure su sostenibilidad. Decimos sostenible y no sustentable trascendiendo lo estrictamente financiero; los procesos deben sostenerse desde abajo en pilares que incluyen los valores socio culturales y la participación en el ejercicio de la ciudadanía.

Desde el punto de vista político es central concebir a la Salud como derecho humano esencial, bien público y responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. De lo contrario se la reduce a una mercancía a la que se accede según las posibilidades de pago de la gente.

Sin embargo la Constitución de la República, si bien establece en su artículo 44 la competencia general del Estado en cuanto a la orientación de la política de salud, en materia de cobertura sanitaria garantiza la atención gratuita a “tan solo” los habitantes del país que carezcan de recursos suficientes para su asistencia, e indica que el resto de la población “tiene el deber de cuidar su salud así como de asistirse en caso de enfermedad”.<sup>89</sup> Esto ubica en su justa dimensión el progreso radical que significó la conformación del SNIS y la herramienta que regula su financiamiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), asegurando a todos los habitantes la cobertura integral de su salud, independientemente de su capacidad de pago.<sup>90</sup>

88 OPS/OMS. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002.

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

90 La ley de creación del SNIS (Ley No. 18.211) establece en su Art. 1º: “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” y luego define dentro de las competencias del MSP el aseguramiento del “acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país”.

La transformación del sector salud aplicó un enfoque estratégico desarrollando un proceso gradual y secuencial de cambios, reorientando los recursos, capacidades, estructuras y mecanismos existentes. No era posible construir un sistema de salud sin tomar en cuenta al subsector privado, que a pesar de todas sus debilidades como asegurador y prestador de servicios, atendía a la mitad de la población y ocupaba un porcentaje significativo de los recursos humanos del sector.

Un tercer componente estratégico de la Reforma fue concebirla como una construcción colectiva con múltiples y variados actores sociales e institucionales, con roles e intereses muchas veces contrapuestos, y sujetos a conflictos y tensiones. Fue producto de la acumulación histórica de las luchas por el sistema nacional de salud desde la sociedad civil, la culminación de un largo proceso de debates y síntesis de proyectos políticos, con el protagonismo de actores colectivos como los sindicatos de trabajadores de la salud, el sindicato médico, los docentes y estudiantes de la Universidad de la República, y los propios usuarios del sistema.

En la conducción de la Reforma se trabajó con el Consejo Consultivo para los Cambios en Salud que contó con más de 40 delegados de diferentes ámbitos del sistema de salud.

Resultó relevante definir criterios técnicos sólidos, en base al conocimiento científico sistematizado, para hacer frente a la idea de brindar una cobertura ilimitada de prestaciones desde una lógica de beneficencia irrestricta sin establecer prioridades. Fue clave fortalecer el rol del Estado como rector en la introducción de nuevas tecnologías estableciendo prioridades con rigor y metodología científica. Permitió racionalizar lo que el sistema de salud está obligado ética y sanitariamente a cubrir con independencia de costos financieros, sin olvidar que la apuesta a racionalizar no es lo mismo que racionar.

## La arquitectura jurídica e institucional de la Reforma

El SNIS se plasmó en cinco leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007 luego de casi siete décadas sin leyes sustantivas sobre el sector salud. En primer lugar la Ley 17.930<sup>91</sup> de Presupuesto Nacional (2005-2009) que establece las líneas programáticas de la Reforma de salud. Luego la ley 18.131 que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la ley 18.161 que descentraliza a los servicios de salud estatales (ASSE).

La ley 18.211 crea el Seguro Nacional de Salud y completa la configuración del SNIS explicitando en el artículo cuarto sus objetivos generales.<sup>92</sup> Finalmente se aprobó la ley

---

91 *Ley N.º 17.930, 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, (Ley 17.930. Diciembre de 2005).

92 *Ley N.º 18.211, 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.

18.335 sobre derechos y deberes de los usuarios que completa el andamiaje jurídico institucional en el que se sostiene política y normativamente la Reforma.

Las leyes y el apoyo parlamentario han sido condición necesaria pero no suficiente para los procesos de cambio. Se ha requerido además contar con recursos suficientes, concretados en un presupuesto de salud adecuado y un espacio fiscal disponible para su ampliación y sostenibilidad.

La ley 18.161 de Descentralización de ASSE, separó del MSP al principal prestador integral público, discriminando la función de rectoría y de conducción del sistema de la de provisión pública de servicios. Hasta su aprobación ambas funciones eran ejercidas por el MSP, con una misma figura institucional y jurídica. De este modo ASSE se transformó en un organismo público, estatal y autónomo del Ministerio, habilitado formalmente a establecer relaciones de complementariedad y competencia en condiciones de igualdad con el resto de los prestadores.

Finalmente en diciembre de 2010, se aprobó la ley 18.731 por la que se incorporaron a la cobertura del Seguro los jubilados y pensionistas, profesionales que ejercen fuera de la relación de dependencia y aquellos que hasta ese momento se encontraban cubiertos por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales. Asimismo incluyó un capítulo

---

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.

modificativo del régimen de aportes personales al financiamiento del Seguro, que supuso el establecimiento de un umbral por encima del cual se procede a la devolución de aportes.

## Los componentes de la Reforma

Se implementó una transformación del sistema de salud que supuso cambios en los modelos de gestión, atención y financiamiento, y dos herramientas: el SNIS como expresión organizativa y funcional de los servicios que lo conforman y el FONASA como instrumento de financiamiento del seguro público obligatorio. Estos componentes de la Reforma han sido interdependientes y con efectos sinérgicos entre sí.

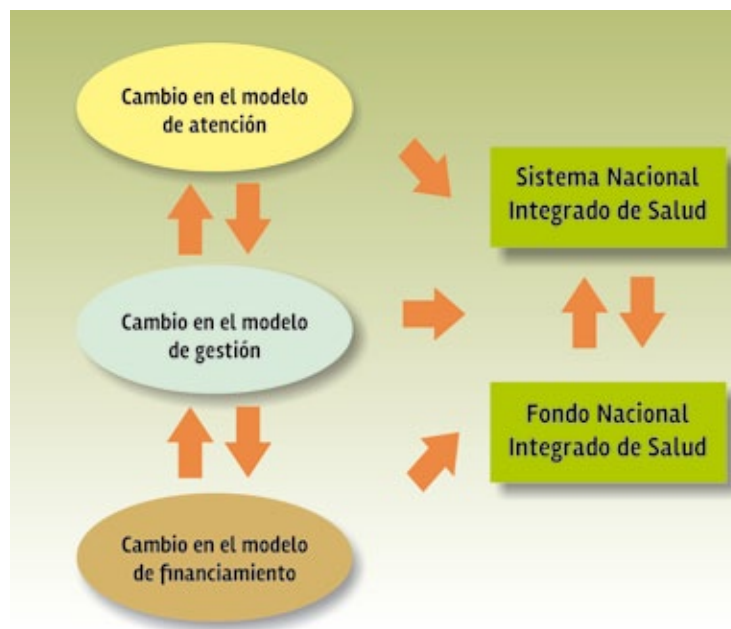
El SNIS es una de las principales transformaciones estructurales de la organización sanitaria nacional desde la Ley Orgánica de Salud Pública (ley 9.202) de 1934, promoviendo cambios de fondo en las prácticas hegemónicas que caracterizaban la atención sanitaria y las políticas de salud.<sup>93</sup>

Para enfrentar el problema de la segmentación social que afectaba seriamente al sistema, se impulsó el reperfilamiento institucional, promoviendo:

- El fortalecimiento de la función de rectoría del MSP como autoridad sanitaria nacional, garantizando la conducción de la política sectorial y el cumplimiento efectivo de sus funciones esenciales.
- La armonización e integración del financiamiento en un fondo público obligatorio (FONASA) que a la vez de otorgar al Estado el poder regulatorio efectivo y de planificación de la política, asegurara el aporte equitativo de todas las personas a un financiamiento común, con neto impacto redistributivo.

93 Desde la Ley Orgánica de Salud Pública se aprobaron solamente las leyes de creación del Banco Nacional de Órganos y Tejidos y la de creación del Fondo Nacional de Recursos.

Figura 2. Los componentes de la Reforma



Fuente: Elaboración propia.

Simultáneamente la Reforma se ha orientado a superar la fragmentación y duplicación de los servicios en los diferentes niveles de atención. Impulsa la integración operativa, definiendo un sistema basado en la Atención Primaria de Salud (APS) Renovada y la incorporación de los programas en redes integradas e integrales de servicios. Es un proceso complejo, en el que quedan aún muchos capítulos pendientes, particularmente en los cambios de fondo en el modelo de atención y de gestión, que forman parte de la agenda hacia la consecución de los objetivos sanitarios de la Reforma.

El **cambio en el modelo de atención** está basado en la implementación de los valores, principios y elementos de la estrategia de la APS Renovada, en la promoción de la participación social y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

A pesar de que el cambio del modelo de atención es una de las prioridades centrales de la Reforma persisten limitaciones y resistencias en la organización y la memoria institucional de los servicios; los estímulos e incentivos que se promovieron desde el financiamiento, no han resultado suficientes para avanzar sustantivamente en este plano de transformación.

La calidad de la atención primaria se basa en combinar primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación en redes integradas de servicios. Sin accesibilidad no hay nada que ofrecer. Si hay accesibilidad, debe ofrecerse lo adecuado y necesario según el conocimiento científico actualizado. Si se hace accesible y se ofrece lo adecuado y necesario, conviene el seguimiento a lo largo de años. Por último, siendo accesible y ofreciendo lo adecuado y necesario a lo largo de años, es imprescindible coordinar los servicios dentro y más allá del primer nivel de atención.

Cuando se cumplen estos cuatro atributos se obtienen indicadores de menor mortalidad, mayor equidad, distribución más equitativa de los servicios de salud y menos hospitalizaciones. Los datos sustentan estas conclusiones tanto para países desarrollados como en desarrollo, por lo que la estrategia de atención primaria y la jerarquización del primer nivel de atención son parte esencial de los sistemas sanitarios, de su papel como determinantes de salud y componentes del Estado de Bienestar.

El logro de la atención longitudinal radica en el éxito de la gestión clínica y la satisfacción de los trabajadores de la salud que resuelven problemas, los evitan o mitigan el sufrimiento y contribuyen a la salud pública.

Persisten obstáculos a esta estrategia, vinculados al perfil de los profesionales, que alimentan un círculo vicioso de difícil solución. En la formación de los estudiantes se privilegiaba la patología compleja, de baja frecuencia y que requiere uso de tecnología; existía carencia formativa en disciplinas sociales, promoción de la salud, abordaje comunitario, prevención, enfoque de género y otras áreas prioritarias desde la perspectiva de la salud colectiva.

Se ha formado a los profesionales en la aversión a la incertidumbre, bajo la “tiranía del diagnóstico”, a veces alejados de la comunidad y de sus valores y capacidades, y con una hipertrofia asistencial que condiciona las respuestas clínicas en detrimento de las de salud pública. Los recientes cambios en el plan de estudios de las facultades del área de la salud de la UDELAR, aunque auspiciosos, todavía no han mostrado su impacto en el perfil de los profesionales que egresan.

La coordinación entre los diferentes niveles de atención es aún defectuosa, y el paso de la asistencia en el primer nivel hacia y desde los servicios hospitalarios constituye un tránsito cargado de dificultades.

La Promoción de la Salud no logra todavía suficiente impacto en la vida cotidiana, influyendo en los determinantes sociales y ambientales de salud. Debe estimularse la Educación para la Salud recurriendo a formas efectivas de comunicación para promover los cambios conductuales y el autocuidado de las personas.

Visualizamos sin embargo algunos rasgos de un modelo de atención emergente, capaz de superar una práctica basada en diferentes especialistas para distintos episodios de enfermedad, buscándose en cada uno el “diagnóstico-curación”.

En las últimas décadas se ha venido construyendo una acumulación de prácticas alternativas sobre todo en el sector público, en marcos institucionales como las Policlínicas Municipales capitalinas, la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE de Montevideo y diversas experiencias del interior del país (CAPS<sup>94</sup> de Las Piedras, DAPS<sup>95</sup> de Tacuarembó, Centro Auxiliar de Tala, entre otras).<sup>96</sup> Desde los inicios de la Reforma el modelo emergente ha ganado espacios en los servicios de salud a partir de algunas líneas de trabajo que resultan particularmente potentes para responder a la actual realidad epidemiológica y la que vendrá:

94 Centro de Atención Primaria de Salud.

95 Desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

96 Benia, Medina, *Construcción de una red continente*, 2011.

- La reorganización territorial en base a áreas de salud y población a cargo de equipos interdisciplinarios con conocimiento de las necesidades en salud. Han sido avances los procesos de asignación de usuarios a efectores y la elección por los usuarios de un médico de referencia como meta prestacional para las instituciones del SNIS.
- El establecimiento de redes integradas de atención entre las diferentes instituciones asistenciales bajo un mismo paraguas organizacional con base territorial, a efectos de asegurar la continuidad de la atención mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia<sup>97</sup>, promoviendo la complementación entre prestadores públicos y privados.<sup>98</sup>
- El desarrollo de programas integrales de atención articulados en una matriz programática, desde la que se define un conjunto de intervenciones para cada territorio en función de la planificación local. Las metas prestacionales vinculadas al control del embarazo y captación/seguimiento de los niños hasta los dos años de vida han introducido en los servicios una dinámica centrada en la prevención.
- La coordinación interinstitucional e intersectorial de actores involucrados directamente con determinantes económicos, sociales y ambientales de la salud. Ha contribuido en este sentido la conformación del Gabinete Social, el Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, la Estrategia para la Infancia y la Adolescencia que diseña e implementa la Estrategia para la Infancia y la Adolescencia (ENIA 2010-2030).
- La red informática que viabilice un sistema con trazabilidad de las intervenciones y prestaciones brindadas

97 Se denomina referencia a los mecanismos de derivación de pacientes desde el primer nivel de atención a otros de mayor complejidad (ej. para consultas con especialistas, estudios complejos o internación), y contrarreferencia a los mecanismos de derivación desde el nivel hospitalario al seguimiento en los servicios del primer nivel de atención.

98 OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud basadas en la Atención Primaria de Salud, 2009.

a los pacientes. El Programa Siembra y el convenio de AGESIC<sup>99</sup>-MSP para la historia clínica electrónica y la telemedicina (imagenología, etc.) son avances en ese sentido.

El **cambio en el modelo de gestión** de la Reforma hace emerger un Estado de nuevo tipo, en un proceso denominado reinvencción del Estado, que ahora fija objetivos y metas, es auditor, evaluador y fiscalizador de su cumplimiento y se compromete e involucra en la mejora de su desempeño; un Estado regulador que fija y aplica premios y castigos, con el propósito explícito de posibilitar un funcionamiento diferente del sistema y que se convierte en “escudo” de los derechos de los usuarios.<sup>100</sup>

Es de destacar la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como organismo desconcentrado dependiente del MSP, integrado por representantes del MSP, el Ministerio de Economía, el BPS y los trabajadores, usuarios e instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios asistenciales. La JUNASA suscribe contratos de gestión con cada uno de los prestadores del SNIS, regulando y controlando el cumplimiento de los derechos exigibles en número, tipo y calidad de las prestaciones recibidas por los beneficiarios del Sistema.

Los contratos de gestión<sup>101</sup> permiten definir relaciones claras y previsible con los prestadores de la red de servicios. Se basan en la capacidad de exigir respuestas suficientes, oportunas y de calidad.

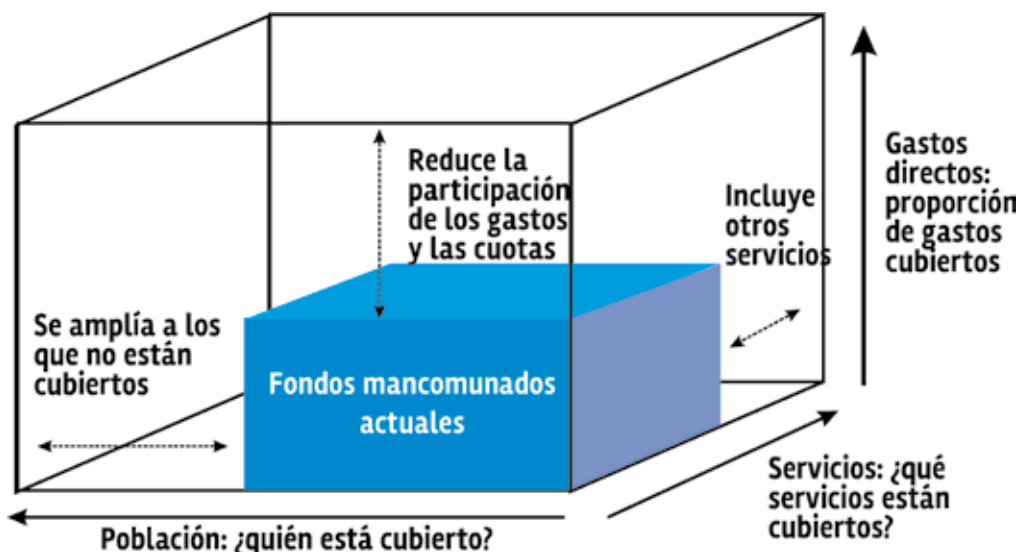
El nuevo modelo se apoya también en la participación y el control social de la gestión como un componente clave de la Reforma, en el que se puede destacar una serie de avances.

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

100 Setaro, “Reforma del Estado y políticas públicas de la administración Vázquez”, 2010.

101 Documento de compromiso firmado periódicamente entre la JUNASA y los prestadores públicos y privados del SNIS.

**Figura 3. Dimensiones de la cobertura universal**



Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2010.

La instalación de los Consejos de Salarios ha incluido entre sus cometidos no solo la negociación salarial sino también la negociación de las condiciones de trabajo y el desarrollo de la información y vigilancia necesaria a tales fines.

En la ley 18.211, además de prever una integración participativa de la JUNASA se determina que en cada institución que integre el SNIS debe existir un Consejo Consultivo y Asesor integrado por la Dirección Técnica de la empresa, representantes de sus usuarios y de sus trabajadores. Entre sus competencias se puede reseñar: apoyar las campañas de promoción y prevención de la salud, proponer estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador y evaluar el desarrollo en la institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el MSP y en los balances económico-financieros y memorias de gestión de las entidades.

Asimismo la ley 18.161, que crea ASSE como servicio descentralizado, incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.

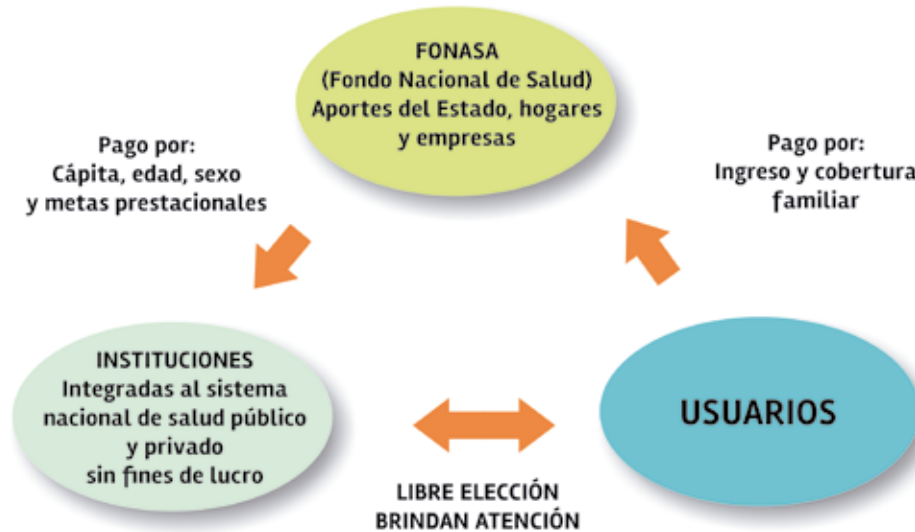
Respecto al **cambio de modelo de financiamiento** y su impacto en la cobertura es importante considerar las distintas dimensiones de la cobertura en salud<sup>102</sup> (Figura 3).<sup>103</sup>

102 Dimensiones de la Cobertura en Salud:

- *Cobertura horizontal o poblacional*: refiere a la proporción de la población cubierta.
- *Cobertura vertical o protección financiera*: implica el acceso equitativo a la atención en salud independientemente de la capacidad de pago de la persona (proporción de gastos cubiertos).
- *Profundidad de la cobertura o cobertura prestacional*: hace referencia a las prestaciones o servicios a los que la población cubierta tiene acceso.

103 OPS/OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2010.

**Figura 4. Cambio en el Modelo de Financiamiento y conformación del FONASA. Uruguay, 2008**



Fuente: Olesker, D., Fernández Galeano, M., "Rectoría del Estado y justicia social", en: Elsalde, R. (comp.), *Gozos y sombras del gobierno progresista*. Montevideo: Dedos, 2009.

El financiamiento de salud involucra básicamente tres funciones: recaudación de ingresos, unificación de los recursos y compra de servicios de salud. Es mucho más que recaudar dinero para la salud: importa a quién se le pide que pague, cuándo se paga y cómo se gasta el dinero recaudado.

En la mayoría de los sistemas de salud, aun cuando muchas de las prestaciones están cubiertas, los usuarios comparten el costo de los servicios, realizando un gasto de su propio bolsillo (tasas moderadoras y copagos comprenden el pago de tickets y órdenes).

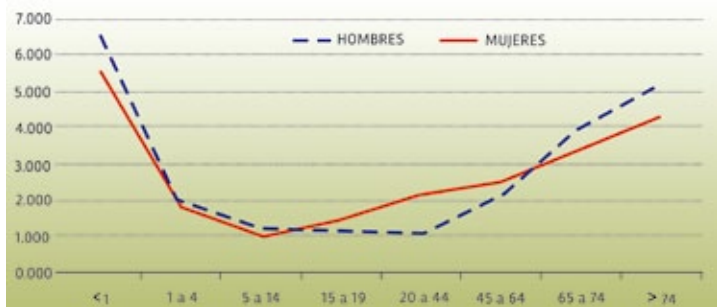
Los gastos de bolsillo realizados al momento de hacer uso de los servicios de salud, se consideran regresivos, pues el monto a pagar es fijo, independiente del nivel de ingresos de las familias. Los hogares más pobres destinan mayor proporción de sus ingresos al gasto en salud y mayor será la probabilidad de tener que realizar desembolsos que impliquen un gasto catastrófico para la familia.

El objetivo principal de la unificación de fondos es la amortiguación de los riesgos financieros asociados a la necesidad de utilizar los servicios sanitarios, y permite transitar hacia un sistema de salud que administra riesgos y en el que los individuos de altos ingresos subsidian a aquellos de bajos ingresos. Por otro lado, los fondos mancomunados compuestos por muchos participantes tienden a favorecer que los sanos subsidien a los enfermos.

Los avances hacia la cobertura universal en salud tuvieron un hito en la creación del Seguro Nacional de Salud financiado por el FONASA, un fondo único, público y obligatorio, ampliando la cobertura a nuevos colectivos. Supuso un progreso en la ampliación de fondos mancomunados, la integración de colectivos anteriormente amparados en distintos mecanismos como DISSE, Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales.

Los usuarios aportan proporcional y progresivamente al sistema en función de sus ingresos y obtienen cobertura

**Gráfica 6. Cápitas relativas vigentes a partir del Decreto 430/011**



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

integral para el trabajador y su familia. Las tasas de aporte van desde el 3% del salario cuando los ingresos son bajos<sup>104</sup>, al 4,5% de los ingresos cuando no se tienen hijos menores de 18 años y el 6% con hijos entre 0 y 18 años o con discapacitados de cualquier edad.

Los empresarios aportan en todos los casos el 5% del salario de sus trabajadores. El Estado complementa los aportes de los trabajadores y las empresas públicas o privadas con una inversión fiscal de sus rentas generales. Si bien en los últimos años se han producido incrementos salariales incluyendo el salario mínimo, el aporte solidario progresivo de los trabajadores formales inscriptos en la seguridad social no es suficiente para cubrir una cápita promedio<sup>105</sup> cercana a los 50 dólares mensuales.

El FONASA reembolsa a los servicios de salud los recursos necesarios para cubrir los costos de la asistencia inte-

104 Ingresos nominales mensuales inferiores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC), que es una unidad de referencia cuyo valor se actualiza anualmente. En 2013 una BPC vale 2.598 pesos, es decir, aproximadamente 130 dólares americanos.

105 Monto promedio por usuario que se reembolsa mensualmente desde el FONASA a las instituciones prestadoras.

gral que reciben los beneficiarios del sistema independientemente de los que estos aportan (Ver Figura 4).

Se ha ampliado, sin embargo, la capacidad recaudatoria de fondos dirigidos al financiamiento de la salud. En la actualidad, con una cobertura del Seguro casi cuatro veces mayor a la registrada en 2004, las transferencias necesarias para cerrar la brecha entre egresos e ingresos del FONASA son inferiores en términos reales a las registradas en la etapa previa a la Reforma.

Por otra parte, el mecanismo de pago ajustado por riesgo (cápita variable por edad y sexo) permitió vincular los pagos del seguro con las necesidades asistenciales de los usuarios, avanzando en la racionalización económica tanto a nivel del seguro como al interior de los prestadores del SNIS, además de mejorar la relación entre modalidad de pago e incentivos a la contención de costos. Se prevé que niños menores de un año, adultos mayores y mujeres en edad reproductiva generen costos más importantes a los servicios<sup>106</sup> (Gráfica 6).

La protección social en salud creció en el marco del SNIS en dos sentidos. Cubre a todo el núcleo familiar, ya que han sido incorporados de manera gradual los hijos y cónyuges de los aportantes. Pasó a ser un seguro para toda la vida, ya que antes el trabajador después de aportar a la seguridad social toda su vida, cuando más lo necesitaba tenía que pasar a la cobertura pública porque no podía sostener de su bolsillo una cuota de prepago en una institución del subsector privado.

El sistema era doblemente injusto; para el trabajador, porque lo obligaba a cambiar el prestador que lo había atendido a lo largo de su trayectoria laboral; y para el Estado, porque ASSE se tenía que hacer cargo de la cobertura en el momento en que esta significaba los mayores costos asociados a la edad.

106 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, "El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo", 2012.



No obstante, aún hoy, cuando las personas con cobertura FONASA que habían elegido un prestador privado quedan desocupadas y no tiene causal jubilatoria, deben cambiar al prestador público.

Los usuarios aportan ahora a un fondo centralizado y se elimina su vínculo directo con el prestador en los aportes financieros; el trabajador mantiene el vínculo con el prestador que elige porque tiene libre elección: puede elegir el prestador público que es la red de ASSE o hacerlo entre alguno de los 49 prestadores privados.

Además, los servicios de salud reciben ingresos en función del cumplimiento de metas prestacionales definidas por las políticas de salud.

El aporte complementario por metas prestacionales<sup>107</sup> es de un 10% de la “cuota salud” promedio (no ajustada por tasas asociadas a sexo y edad) y se otorga cuando se verifican indicadores de cumplimiento de objetivos sanitarios concretos en prestaciones exigibles para la cobertura integral y que están en línea con el cambio de modelo de atención impulsado. Es una lógica de pago por desempeño, que comenzó en octubre de 2008.<sup>108</sup>

La gestión administrativa y contable del FONASA no requirió crear una nueva estructura: se utilizó al BPS sin necesidad de crear una superintendencia. Se basó en una concepción de reformar el Estado sin necesidad de crear

pesadas estructuras para cumplir funciones que organismos ya existentes pueden desarrollar.

Concomitante con estos cambios, en el modelo de financiamiento se llevó adelante el fortalecimiento de los fondos públicos destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador público integral, sobre lo cual volveremos más adelante.

Los objetivos del aseguramiento público y social, en primer lugar se vinculan al logro de la justicia contributiva, la eficiencia económica y la eficacia sanitaria, o sea: alcanzar resultados en salud. La capacidad de respuesta de sistemas con Seguro de Salud como el de Gran Bretaña (en inglés, NHS) tiene una gran consistencia de resultados a partir de una fuerte centralización financiera, que es compatible con la descentralización operativa y desconcentraciones de servicios.

Cuando se tiene una concentración tan grande de recursos como puede ser el 7% del PBI en un solo sector, es lógico que muchos intereses pujen por acceder a ellos. De lo que se trata es que sea el Estado, y no el mercado, el garante de su buen uso y distribución equitativa.

En lo que hace a la cobertura prestacional se aprobó en el año 2008 el Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS) que es un catálogo de las prestaciones de carácter obligatorio para los prestadores integrales y los tratamientos cubiertos por el FNR, que periódicamente son objeto de revisión.

Destacamos la sinergia entre cambios en el financiamiento y el cambio de modelo de atención mediante la eliminación de las barreras de acceso, estableciendo la gratuidad total en controles preventivos de los menores de 18 años. Se promovió la rebaja del 40% de copagos de medicamentos, la gratuidad de acceso para la población diabética, la gratuidad de exámenes para control de embarazo y de los exámenes preventivos para la salud de las mujeres (mamografía, Papanicolau). Por otra parte se aprobó la reducción de copagos de medicamentos para la población hipertensa y se definió un conjunto amplio de prestaciones gratuitas

107 Ejemplos: Meta 1: Salud del niño recién nacido hasta su primer año de vida y de la embarazada. Meta 2: Recursos Humanos. En 2009 tuvo dos componentes: la meta de capacitación del personal en temas prioritarios como hipertensión, diabetes, tabaquismo y violencia doméstica, y otro componente que apuesta a que cada afiliado tenga un médico de referencia asociado. Meta 3: busca que todos los adultos mayores posean el Carné del Adulto Mayor. En 2012 se agregó la exigencia de anotar cinco datos clave de la salud del adulto mayor en la Historia Clínica. Meta 4: Surge en 2012 de la negociación en relación al nuevo laudo médico, está vinculada a la contratación de profesionales en régimen de alta dedicación.

108 Buglioli, Dean, Esponda, Raffaele, *El pago de los servicios de salud por parte del SNS*, 2010.

para jubilados que ingresan al FONASA (precisamente la población con mayor intensidad de uso de los servicios e insumos para cubrir su atención integral).

Un capítulo particular sobre la integralidad y el financiamiento lo constituye la modalidad que tiene el Uruguay para abordar el aseguramiento universal de la cobertura de las llamadas “enfermedades catastróficas” que requieren de procedimientos y/o medicamentos de alta complejidad y costo. Cuenta con el Fondo Nacional de Recursos (FNR) plenamente consolidado en el marco de la Reforma como un fondo centralizado de financiamiento, complementario e independiente financiera e institucionalmente del FONASA.

El FNR brinda cobertura financiera a un vasto conjunto de prestaciones de medicina altamente especializada para atender enfermedades que en general son de baja prevalencia y demandan un uso intensivo de recursos tecnológicos y financieros. Estas enfermedades tenían un efecto “catastrófico” para instituciones que debían responder a estas situaciones que además son de gran impacto y sensibilidad social.

Al presente más de 250.000 pacientes han podido acceder a un conjunto de 16 técnicas en cardiología, traumatología, nefrología que son implementadas por 27 Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) y 41 centros de hemodiálisis que funcionan a nivel público y privado en las IAMC, o como servicios externos de empresas privadas conformadas por equipos de especialistas en las diferentes áreas bajo cobertura.

Asimismo el FNR ha sido fundamental para encarar la cobertura centralizada de los medicamentos de alto costo para todos los usuarios del SNIS, en función de estrictos protocolos de inclusión basados en evidencia científica. Ha puesto en marcha un conjunto de instrumentos técnicos de gestión para garantizar a la vez la calidad y la sustentabilidad del sistema: normativas y protocolos, mecanismos de evaluación previa de los pacientes con segunda

opinión médica, ateneos sobre casos de mayor complejidad, análisis de riesgo-beneficio utilizando tablas internacionales.

La evaluación de la calidad de vida pasó a ser un factor relevante para prescripción de drogas y la indicación de actos invasivos y muy riesgosos. La actitud de vigilancia incluye la captación precoz y el seguimiento de las complicaciones frecuentes en estos casos.

Las políticas de control de la calidad del FNR se han acompañado de la puesta en marcha de programas preventivos y de control de factores de riesgo de las patologías cubiertas (programa de cesación de tabaquismo, salud renal, salud cardiovascular) que han resultado exitosos.

## **El fortalecimiento de la rectoría**

La sostenibilidad política, social y económico-financiera de estos cambios estructurales requiere el ejercicio pleno, transparente y moderno de la rectoría por parte del MSP y la JUNASA, que ha sido posible consolidar con la conformación del SNIS y el FONASA.

La JUNASA firma contratos de gestión con todos los prestadores públicos y privados, controlando que se cumplan, garantizando la calidad de la atención para los usuarios, y tiene potestades sancionatorias.

El tiempo representa un problema en todos los sistemas e instituciones de salud; ha ingresado a la agenda de las políticas como indicador de calidad en las estrategias para mejorar la prestación de la atención sanitaria. Desde la rectoría del MSP, se definió un máximo de tiempo de espera permitido por lo cual todo usuario del SNIS tiene derecho en 24 horas a tener médico general, pediatra y ginecólogo, en 30 días para las demás especialidades y en 180 días para la cirugía programada.

Para la implementación de estos controles la autoridad sanitaria cuenta con un conjunto entrenado de inspectores, a los que se les ha mejorado sensiblemente la remunera-

**Figura 5. Funciones de rectoría y nuevas herramientas institucionales**



Fuente: OPS /OMS. Adaptado por los autores a la realidad de Uruguay.

ción; se exige una alta dedicación e incompatibilidades con otras inserciones laborales por conflicto de intereses.

El MSP mantiene la rectoría sobre la conducción, la regulación y la observancia de las funciones esenciales de salud pública (FESP) y la JUNASA, como órgano desconcentrado del MSP, hace la vigilancia de la cobertura, la articulación del financiamiento y es la que regula la organización y provisión de los servicios.

En el año 2011 se creó la Dirección General del SNIS (DIGESNIS) como brazo ejecutivo de la JUNASA para la vigilancia de la cobertura, las definiciones en lo que refiere a la armonización y complementación del financiamiento, y la regulación de organización en la provisión de la atención (Figura 5).

En la reforma uruguaya el Ministerio no ha perdido la conducción sobre el conjunto del SNIS y sus diferentes com-

**Cuadro 1. Número de médicos, distribución porcentual y tasas por 10.000 habitantes según regiones Uruguay 2005–2012**

REGIONES	Año					
	2005			2012		
	Número	%	Tasa por 10.000 hab.	Número	%	Tasa por 10.000 hab.
Departamentos al Norte del río Negro	986	7,4	17	1.385	8,8	24,7
Departamentos al Sur del río Negro	757	5,6	17	834	5,4	19,7
Departamentos de la franja costera	1.904	14,2	21	2.510	1,6	25,5
Montevideo	9.742	72,8	73	10.979	69,8	83,2
<b>Total del país</b>	<b>13.390</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>15.789</b>	<b>100</b>	<b>47,7</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Caja de Jubilaciones Profesionales del Uruguay e INE (Proyección de Censo 2005 – Censo 2011). Se incluye en la franja costera: Colonia, San José, Canelones, Maldonado y Rocha y se los excluye de los departamentos al Sur del río Negro.

ponentes, dado que si bien la JUNASA es un órgano colegiado con participación de trabajadores, usuarios y empresas, los representantes del Poder Ejecutivo son mayoría y dentro de este el MSP posee la mayoría decisoria. Se evitó aplicar el modelo de superintendencia autónoma de las autoridades sanitarias, que en otras experiencias ha generado tensiones que afectan la gobernabilidad del sistema.

## El desafío de los recursos humanos en Salud

La distribución de los recursos humanos resulta estratégica para la mejora de los sistemas de salud, así como una dotación de personal capacitado, motivado y suficiente; implica disminuir las diferencias que empujan a los profesionales a emigrar a otros países o a evitar trabajar en zonas alejadas o rurales.<sup>109</sup>

Si analizamos la evolución histórica de las políticas y la gestión de los recursos humanos en la Salud se constata un conjunto de distorsiones, aunque Uruguay ha alcanzado

largamente la meta planteada por OPS de 25 recursos humanos (médicos, licenciados en enfermería, parteras universitarias) cada 10.000 habitantes.

Considerando que el número global de médicos por habitantes es de los más altos de la región, existen notorias desigualdades entre las diferentes especialidades y su distribución geográfica.

Mientras en Montevideo hay 83,2 médicos cada 10.000 habitantes, en el Interior esta cifra desciende a 24 por 10.000 aun cuando a lo largo de los últimos diez años se produjo un incremento de los profesionales radicados en el Interior. Por su parte la densidad de Licenciados de Enfermería en el 2011 ascendía a 15 por 10.000 habitantes (Cuadro 1).

Los recursos se forman sin partir de las necesidades sanitarias, manteniendo un modelo centrado en el médico, en detrimento de otros perfiles del equipo de Salud, basado en la hiper-especialización, atendiendo el episodio “enfermedad” en detrimento de la atención longitudinal a lo largo del curso de vida. Se pone el foco en la atención de la enfermedad y no se centra en la salud.

109 OMS. Seminario de trabajo sobre la implementación del código de conducta de la OMS, 2011.

La ausencia de planificación de los recursos humanos en Salud se expresa particularmente en el multiempleo médico y sus consecuencias sobre la disminución en la calidad de atención, en debilidades en la relación médico-paciente y en la relación entre el médico y las instituciones prestadoras. Se constata menor tiempo dedicado al estudio y la investigación, con dispersión de recursos económicos y del uso del tiempo, lo que genera sentimientos de insatisfacción y frustración personal y profesional.

**Cuadro 2. Tasa por 10.000 habitantes de médicos y licenciados en enfermería. Uruguay, 1999, 2003, 2009 y 2012**

PROFESIÓN	Año			
	1999	2005	2009	2012*
Médicos	37	41	42	47
Lic. en Enfermería	8	11	12	15

\*Para el 2012 la tasa de médicos por 10.000 habitantes se construyó con los datos de la Caja de Jubilaciones de Profesionales Universitarios y el Censo de 2011 (INE).

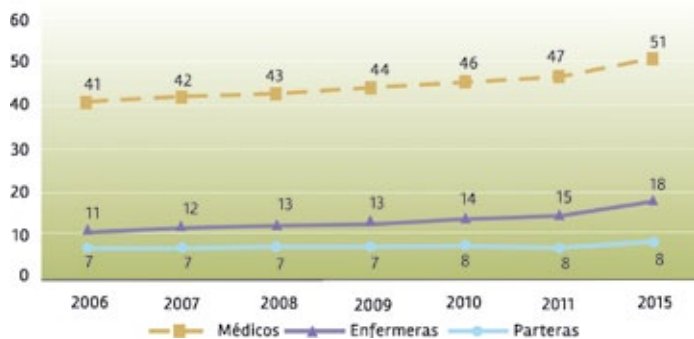
Fuente: Perfil de Recursos Humanos de Sector Salud. MSP, 2009.

**Cuadro 3. Densidad por 10.000 habitantes de recursos humanos en Salud, 2005–2010–OMS/WHO**

Estado Miembro	Médicos	Enf. y Partería	Relación Méd/Lic. Enf.	Odontólogos	Farmacia
	(Densidad por 10.000 hab.)	(Densidad por 10.000 hab.)		(Densidad por 10.000 hab.)	(Densidad por 10.000 hab.)
Finlandia	29,1	239,6	8.2	7,6	10,7
Noruega	41,6	319,3	7.7	8,9	7,6
Canadá	19,8	104,0	5.3	12,6	9,2
Brasil	17,6	64,2	3.6	11,7	5,4
Alemania	36,0	111,0	3,0	7,8	6,0
República Checa	36,7	87,4	2.4	7,0	5,8
Perú	9,2	12,7	1.4	1,2	0,6
Cuba	67,2	90,5	1.3	16,3	4,1
Ecuador	16,9	19,8	1.2	2,4	0,5
<b>Uruguay (Enfermeras, Parteras y Auxiliares de Enfermería)</b>	<b>37,4</b>	<b>55,5</b>	<b>1.4</b>	<b>7,0</b>	<b>5,3</b>
<b>Uruguay (Lic. Enfermería)</b>	<b>41,0</b>	<b>14,0</b>	<b>0.34</b>	<b>7,0</b>	<b>5,3</b>
Región de las Américas	2,0	72,5		..	...
Mundial	14,2	28,1		2,2	4,0

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS, 2012.

**Gráfica 7. Evolución de los recursos humanos en Salud según disciplinas seleccionadas, Uruguay 2006–2015**  
Densidad de RHS cada 10.000 habitantes



Fuente: Núñez S. *Los desafíos de Toronto. Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. 2007 – 2015. Uruguay. División Recursos Humanos de la DIGESNIS. DT 0X/12. MSP, 2012.*

En lo que refiere a la relación médico/licenciados en enfermería la situación es de cuatro médicos por una enfermera y representa una distorsión importante en lo que debiera ser la conformación esperada de los equipos de salud con un médico cada cuatro enfermeras (Cuadro 2).

Las comparaciones internacionales en base a información de la OMS que muestra el Cuadro 3, permiten apreciar

las asimetrías que tiene en Uruguay la distribución de los recursos humanos en salud.

Si se considera el período que va de 2008 a 2011 con la implementación del SNIS, se observa que los trabajadores de la salud, considerando médicos, licenciados y auxiliares de enfermería, han tenido una evolución creciente en el período, pero con importantes diferencias entre departamentos.

El crecimiento de los recursos humanos ha sido dispar entre las diferentes zonas geográficas, incluyendo a Montevideo, y no ha tenido una clara dirección en el sentido de reducir las brechas territoriales existentes.

Si se observa la densidad de recursos humanos por subsector, se concluye que el privado presenta una brecha entre Montevideo-Interior más reducida. Si se desagregan los datos por grupos de especialidad, se destaca que las menores dificultades están en el subsector privado para las especialidades básicas.<sup>110</sup> Se destaca también la dificultad para la radicación de especialidades quirúrgicas en el Interior en ambos subsectores. ASSE, por su parte, tiene los recursos humanos fuertemente concentrados en la capital del país, lo que responde a una forma de organizar los servicios en la que se sitúan los centros de referencia nacional en Montevideo.<sup>111</sup>



<sup>110</sup> Especialidades básicas: medicina general, pediatría, ginecología y geriatría.

<sup>111</sup> MSP. Distribución de los RRHH en Salud en el Uruguay, 2012.

## Avances en el derecho a la salud

Es posible analizar los efectos que ha tenido la Reforma sobre distintos aspectos de la salud de la población. Algunos son más sencillos de evaluar, pues se cuenta con registros confiables e información disponible y sistematizada. En otros casos los sistemas de información no tienen la posibilidad de mostrar resultados mensurables. En cuanto a los impactos, si bien se verán a largo plazo, es posible identificar tendencias en algunas áreas.

Si observamos determinados indicadores sanitarios a modo de fotografías parciales de la realidad presentada en el capítulo I, podemos afirmar que la salud de los uruguayos presenta señales de mejoría en este principio de milenio. Las tasas de mortalidad infantil desde el año 2010 indican que ya se ha logrado en este campo el objetivo del milenio planteado por la OMS. El país se ubica en la región entre los que tienen mejor razón de mortalidad materna.<sup>112</sup>

112 Razón de Mortalidad Materna: Número de muertes de mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio/Total de nacidos vivos, por 1.000, en un determinado período y lugar.

Se logró una respuesta adecuada ante la epidemia de gripe A H1N1 que impidió el colapso de los servicios hospitalarios en función de la articulación de la capacidad instalada en el primer nivel de atención, la activa participación de los servicios de unidades móviles prehospitalarios y una decidida acción de rectoría y comunicación social.

El control del tabaquismo ha disminuido las internaciones por infarto agudo de miocardio, poniendo a Uruguay a la vanguardia de las políticas en la materia.

Si bien desde 1997 reingresó al territorio nacional el mosquito *Aedes aegypti*, y existe circulación viral y brotes epidémicos en países fronterizos, el Uruguay se ha mantenido libre de la enfermedad en virtud de una acción preventiva y de promoción de salud articulada por la autoridad sanitaria, con carácter interinstitucional y participación comunitaria.

### El derecho universal a la cobertura

La conformación del SNIS aseguró la cobertura a todos los habitantes del territorio nacional, dado que desde ASSE, otros

prestadores estatales y los prestadores privados, se brinda cobertura integral a toda la población, con independencia de su inclusión en el Seguro Nacional de Salud financiado por el FONASA.

La Reforma generó, asimismo, cambios significativos en la distribución de la cobertura según tipo de institución prestadora, así como en la proporción de personas sin cobertura formal.

En Montevideo, en el año 1971 la cobertura mostraba una distribución en la que el 58,7% estaba a cargo de las IAMC, el 24,3% del MSP, el 10,7% de otras instituciones y un 16,5% no tenía cobertura formal en salud.<sup>113</sup> La encuesta realizada por el MSP en 1982 mostraba que la proporción era de 42,8% para las IAMC, el 24,3% a cargo del MSP, otras instituciones cubrían el 13% y un 19,9% permanecía sin cobertura.<sup>114</sup>

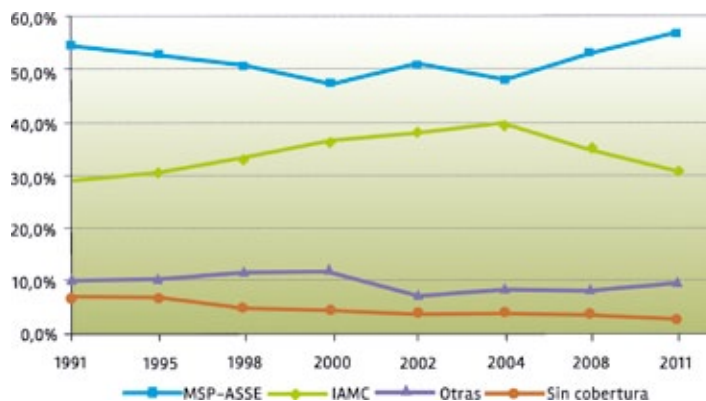
Más allá de las dificultades de interpretación, se constata que las personas sin cobertura pasaron de 20% en 1982 al 2,6% en el 2011. Entre 1991 y 2011 el porcentaje se redujo a menos de la mitad (del 6,8% al 2,6%).<sup>115</sup>

113 Encuesta de hogares: demanda de asistencia médica en Montevideo, 1971.

114 MSP. Encuesta Familiar de Salud, 1982.

115 El 2,6% sin cobertura en el 2011 (89.000 personas) resulta inconsistente con un sistema de salud en el que todos los residentes en Uruguay tienen derecho de atención a la salud. Si se analiza la distribución de este grupo según quintil de ingreso se observa que 24.000 personas se encuentran en el 4<sup>to</sup> y 5<sup>to</sup> quintil, o sea que pertenecen al 40% de la población de mayores ingresos. Si bien las situaciones declaradas de carencia de cobertura en su mayoría debieran responder a casos de informalidad en el mercado de trabajo de personas con buenos ingresos, existe un porcentaje no menor de este grupo que declara no poseer cobertura aunque seguramente la tiene y desconoce este derecho o directamente responde erróneamente a la pregunta por otros motivos.

**Gráfica 8. Evolución de la cobertura de la población según tipo de prestador, Uruguay. 1991–2011.**



Fuente: Elaboración de DIGESNIS–MSP a partir de ECH–INE.<sup>116</sup>

En los últimos veinte años el 90% de la población recibió cobertura sanitaria por las IAMC y ASSE, con fluctuaciones asociadas a la situación económica.

La Gráfica 8 y el Cuadro 4 muestran que en la década de los 90 y hasta el 2004 la cobertura por las IAMC disminuyó en forma sostenida y como contracara aumentó la de ASSE. A partir del 2004, se observa un aumento progresivo de la cobertura por las IAMC. Entre los años 2004 (48%) y el 2011 (57%) se verifica un crecimiento del sistema mutual cercano al 20% concomitante con una disminución del porcentaje de la población que se atiende en ASSE.<sup>117</sup>

La cobertura que brindan otros prestadores (Sanidad Militar, Policial, etc.) se mantiene estable en torno a un 10%.

116 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, “El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay”. *Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud*, 2012.

117 La doble cobertura más común se da entre las personas que declaran tener derechos de atención en Sanidad Militar/Policial y en ASSE. En ASSE solo se incluyen aquellas personas que tienen derechos exclusivamente en ese prestador.



**Cuadro 4. Cobertura de Salud de la población total por tipo de prestador, años seleccionados 1991–2011**

PRESTADOR	AÑOS							
	1991 %	1995 %	1998 %	2000 %	2002 %	2004 %	2008 %	2011 %
<b>MSP-ASSE</b>	28,8	30,2	33,0	36,1	38,2	39,6	35,0	31,1
<b>IAMC</b>	54,5	52,7	50,7	47,5	50,6	48,0	53,2	56,6
<b>Otras</b>	9,9	40,6	11,6	11,9	7,3	8,2	8,2	9,7
<b>Sin Cobertura</b>	6,8	6,5	4,7	4,5	3,9	4,2	3,6	2,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Continua de Hogares. INE.

## El derecho al acceso, integralidad y calidad de la atención

En 2011 se ha iniciado un proceso de inclusión de prestaciones en el campo de la salud mental. Luego de los avances de ASSE con la instalación de equipos de salud mental en todo el territorio nacional y la experiencia de la integración de psicólogos en equipos de áreas territoriales, se empieza a saldar una deuda acumulada en este campo. Desde la rectoría del Programa de Salud Mental del MSP se ha implantado un conjunto de prestaciones en todas las instituciones del SNIS,<sup>118</sup> según diferentes modalidades: intervenciones grupales, atención psicoterapéutica individual, de pareja, o de familia.<sup>119</sup>

<sup>118</sup> Intervenciones grupales dirigidas a familiares de personas con uso problemático de drogas o diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave, usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada o intento reciente de autoeliminación de un familiar, situaciones de violencia doméstica, docentes de enseñanza primaria, secundaria y técnica, o personal de la salud que consulte por temáticas de su actividad laboral. Atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal dirigida a usuarios con IAE, usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad, docentes y trabajadores de la salud.

Atención individual y/o grupal psicoterapéutica orientada a la rehabilitación de usuarios con consumo problemático de drogas, usuarios con trastornos mentales severos y persistentes (Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar).

<sup>119</sup> MSP. Programa Nacional de Salud Mental, 2011.

La implementación de la Operación Milagro y la consolidación del Hospital de Ojos de ASSE como centro de referencia nacional, con casi 30.000 cirugías de cataratas/pterygium realizadas, ha permitido avanzar considerablemente en la atención de la salud ocular.

En el terreno de la salud sexual y reproductiva la ley 18.426 ha significado un avance en el ejercicio efectivo de derechos.<sup>120</sup> Su reglamentación ha generado en todos los prestadores del SNIS la instalación de equipos de salud sexual y reproductiva. Los decretos que integran al PIAS prestaciones como la vasectomía y la colocación gratuita del DIU, eliminan barreras para las opciones reproductivas de mujeres y varones. La votación por el Parlamento de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y su posterior proceso de implementación desde el 3 de diciembre de 2012, con la disponibilidad de guías técnicas para la interrupción farmacológica del embarazo con Mifepristona seguida de Misoprostol, ha completado las respuestas del Estado a demandas largamente sostenidas por el movimiento de mujeres.

Desde 2007 se implementan acciones para la atención de situaciones de violencia doméstica y de género; se

<sup>120</sup> Ley 18.426. “El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población... promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos...”.

**Cuadro 5. Acceso efectivo a las prestaciones según tipo de prestador, Uruguay, 2011**

	ASSE %	IAMC %	Seg. Priv. %	Pol./Mil. %
Sí	98,1	98,1	97,3	76,3
NO, por no poder pagar tickets, etc.	0,0	0,7	1,7	2,6
NO, por demoras excesivas	0,7	0,2	0,0	0,8
NO, por distancia del lugar	0,1	0,1	0,4	8,9
NO, otros	1,1	0,8	0,5	11,3
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración de DIGESNIS-MSP a partir de ECH-INE.

construyó una Red de referentes de Violencia Doméstica que en 2009 articulaba 72 equipos en instituciones públicas y privadas. Ha resultado relevante que los servicios de Salud incorporaran la indagatoria de rutina sobre violencia doméstica en la historia clínica y posterior consejería.<sup>121</sup>

A partir de la implantación de las metas prestacionales, el control del niño se incorporó a la agenda de prioridades de todos los prestadores del sistema de Salud. Hasta ese momento era una prioridad solo para el sector público vinculado a la vulnerabilidad de los entornos de pobreza. Esto evidencia la prioridad que ha ido ganando la atención de la primera infancia y la estimulación temprana.

En la ECH de 2011 el 97% de los usuarios del SNIS manifestaron no tener barreras de acceso para su atención. Cerca del 2% de las personas cubiertas por un seguro privado consideraron excesivo el precio de los copagos o tasas moderadoras. En ASSE y las IAMC la causa más común por la cual las personas no concurren regularmente a los centros asistenciales se vincula con la percepción de que “no precisan atenderse”.

En la cobertura a través de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial, se encuentra un porcentaje de personas que declara no atenderse regularmente que es significativamente mayor que los casos de ASSE, IAMC y seguros privados. Un 8% de los potenciales usuarios declara no atenderse

por distancias excesivas con la institución, mientras que un 11% alega “otros motivos”. La gran mayoría de estas personas posee derechos de atención también en ASSE o en una IAMC configurando una situación de doble cobertura.

## Los colectivos poblacionales priorizados

En diciembre de 2005 la cantidad de personas cubiertas por DISSE se aproximaba a 600.000 trabajadores formales del sector privado. En setiembre de 2012 estaban incorporadas al FONASA un total de 2.086.477 personas: 1.108.140 trabajadores activos, 590.731 hijos de trabajadores menores de 18 años, 316.807 pasivos y 70.799 cónyuges o concubinos de trabajadores con aportes a la seguridad social.<sup>122</sup>

En este crecimiento de la cobertura, que pasó del 20 al 60% de la población del país, se destaca el aumento de los menores de 18 años que representan ahora casi un tercio de la población, frente a 0,5% en DISSE; en el caso de los adultos mayores, si bien hay un descenso de la proporción, en números absolutos ha crecido la cobertura de este grupo (Gráfica 9).<sup>123</sup>

122 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, ob.cit.

123 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, Ibíd.

121 MSP. Observatorio de Violencia Doméstica y Salud. Uruguay, 2009.

**Cuadro 6. Proporción de usuarios con cobertura DISSE (2006) y FONASA (2011) en relación al nivel de ingresos**

Decil de ingreso	1º %	2º %	3º %	4º %	5º %	6º %	7º %	8º %	9º %	10º %
Beneficiarios DISSE	3	8	12	16	21	25	27	30	31	29
Beneficiarios FONASA	16	40	50	54	58	61	63	64	65	61

Fuente: Elaboración de DIGESNI-MSP a partir de ECH-INE.

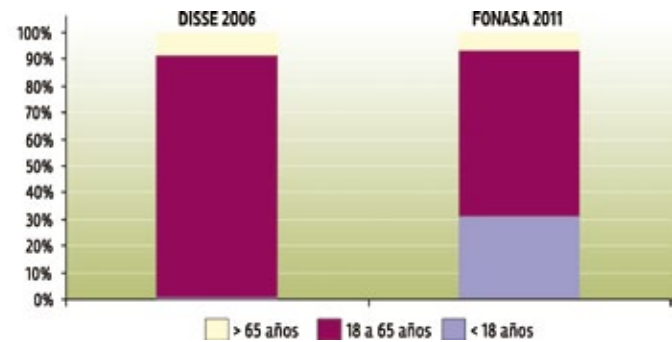
Asimismo, como se desprende del Cuadro 6<sup>124</sup>, además del importante aumento en la cobertura que se brinda a través del FONASA con respecto a DISSE, este aumento se produce en favor de la población más joven y de estratos socioeconómicos más bajos.

La proporción de personas con cobertura a través de la seguridad social ha tenido, entre 2006 y 2011, un aumento mucho mayor entre los sectores más pobres que entre los de mayores ingresos. Entre la población ubicada en el primer decil<sup>125</sup> los cubiertos por DISSE representaban un 3%, mientras que en el FONASA eran un 16% en 2011. En el segundo decil apenas un 8% accedía a DISSE, mientras que en el año 2011 un 40% poseía cobertura por el FONASA (cinco veces más). En cambio, entre las personas del decil 10, el aumento solo se duplicó.

Se estima que a finales del año 2016, la cantidad de personas incluidas en el FONASA alcance a 2.500.000 personas. Esta estimación de la División Economía de la Salud (DIGESNIS/

124 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, Ibíd.

125 Para medir la distribución del ingreso entre los hogares, éstos son clasificados en deciles de acuerdo al ingreso per cápita percibido por el hogar. Para ello se determina el nivel de ingreso per cápita de cada hogar, dividiendo el total de ingresos de cada hogar por el número de integrantes del mismo. Luego los hogares se ordenan en orden creciente, de acuerdo a su nivel de ingreso per cápita. Luego se divide el total de hogares en diez grupos de igual tamaño, cubriendo cada uno el 10% del total, de modo que el primer grupo (primer decil) comprende a los hogares de menores ingresos y el último grupo (décimo decil) representa a los que tienen mayor ingreso per cápita.

**Gráfica 9. Cobertura por DISSE (2006) y FONASA (2011), según tramo etario. Uruguay**

Fuente: DIGESNIS a partir de ECH 2011 y MSP 2008.

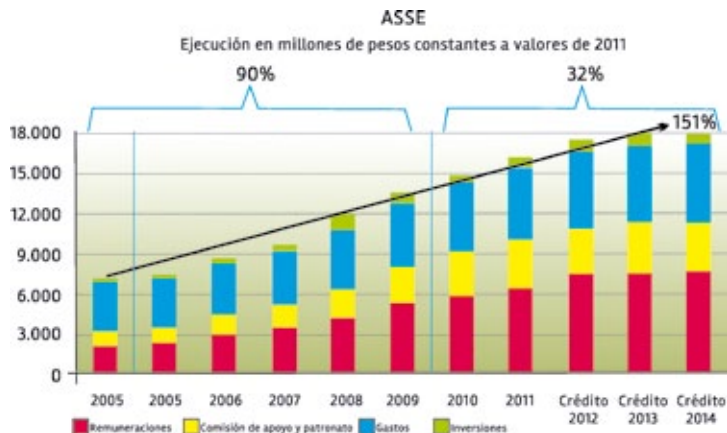
MSP) se hizo tomando en cuenta el cronograma establecido por ley 18.731 para la incorporación de los diferentes colectivos.<sup>126</sup>

## Financiamiento y su impacto en la equidad

En el año 2011 los fondos públicos de rentas generales y aportes a la seguridad social destinados a salud fueron

126 Cónyuges según la cantidad de hijos a cargo (de más a menos); pasivos según fueran IAMC o ASSE en diciembre 2010, y según su edad y nivel de ingresos (desde los de mayor edad y menores ingresos hasta los de menor edad y de mayores ingresos).

**Gráfica 10. Evolución del presupuesto de ASSE. Uruguay, 2004 – 2011**



Fuente: Exposición de motivos. Rendición de cuentas 2011.

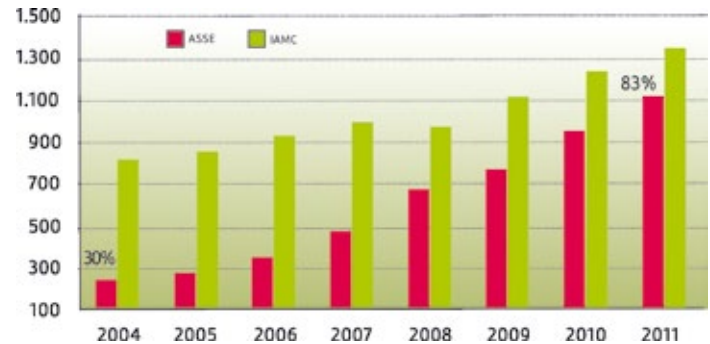
43.874 millones de pesos, lo que equivale a 4,9% del Producto Interno Bruto (PIB) sobre un gasto total en salud del orden del 7,4%. En el período 2004 a 2011 esos fondos crecieron en términos reales a una tasa promedio anual de 12,8%, valor muy superior a la tasa de crecimiento del PIB, que fue del 5,3% anual. El mayor crecimiento relativo del gasto público en salud ocurrió a partir del año 2008 con el ingreso de numerosos colectivos poblacionales al Seguro, junto con el fortalecimiento presupuestal de ASSE.

El crecimiento en los fondos asignados a ASSE, explica el 37% del crecimiento total del gasto público en salud del período. Los fondos ejecutados por ASSE pasaron de 4.448 millones de pesos en el año 2004 a 16.166 millones de pesos en el año 2011, los más altos asignados al subsector público en la historia del país.<sup>127</sup>

En el período 2004–2009 el gasto ejecutado por ASSE se incrementó en un 90%. Las asignaciones presupuestales

127 ASSE. Exposición de motivos. Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal, 2011.

**Gráfica 11. Gasto mensual por usuario de ASSE y las IAMC (en pesos corrientes). Uruguay, 2004 – 2011**



Fuente: Exposición de motivos. Rendición de cuentas 2011

previstas para el período 2010–2014, incluyendo la asignación adicional votada en la rendición de cuentas 2011, implican un crecimiento adicional del 32%. De esta manera, ASSE acumula un aumento del orden del 150% en el período 2004–2014 (Gráfica 10).

Este aumento del gasto total de ASSE se da concomitantemente con una reducción de la población atendida, que pasó de 1,5 millones de usuarios en 2004 a 1,2 millones en 2011. Como consecuencia de ambos factores, el gasto por usuario alcanzado en 2011 casi triplica en términos constantes los valores de 2004.

La brecha existente antes de la Reforma en relación al gasto por afiliado de ASSE respecto del sistema mutual, se redujo sustancialmente. En el año 2004 el gasto mensual por usuario de ASSE equivalía apenas al 30% del gasto mensual por usuario de las IAMC, en tanto en 2011 el gasto de ASSE representa el 83% del gasto por usuario del sistema mutual (Gráfica 11). Se estima que para el futuro la mencionada brecha continuará reduciéndose.

**Cuadro 7. Evolución de indicadores de producción sanitaria ASSE, 2001–2011**

AÑO	Intervenciones quirúrgicas cada 1.000 usuarios año	Consultas por usuario año	Egresos cada 1.000 usuarios año	Camas cada 1.000 usuarios
2001	27,4	3,3	101,4	4,6
2002	26,1	3,7	100,7	4,1
2003	27,7	3,7	96,4	3,9
2004	30,5	4,1	107,9	4,1
2005	30,6	4,2	113,1	4,3
2006	30,6	4,1	110,7	4,3
2007	31,8	4,7	126,6	4,9
2008	40,2	5,0	133,6	5,3
2009	42,6	5,6	125,4	4,9
2010	43,0	5,8	131,4	5,1
2011	<b>44,5</b>	<b>6,4</b>	<b>134,1</b>	<b>5,0</b>

Fuente. ASSE. Unidad de información. 2012.

Se han empezado a revertir las brechas en la cantidad y calidad de las prestaciones entre proveedores, lo que no depende exclusivamente de los mecanismos de financiamiento. ASSE ha mejorado sus indicadores de gestión en varias áreas (Cuadro 7) (Gráfica 12).

El pago de bolsillo también es relevante en la relación entre financiamiento y equidad. La ley 18.211 de creación del SNIS, establece explícitamente que “el Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población”.

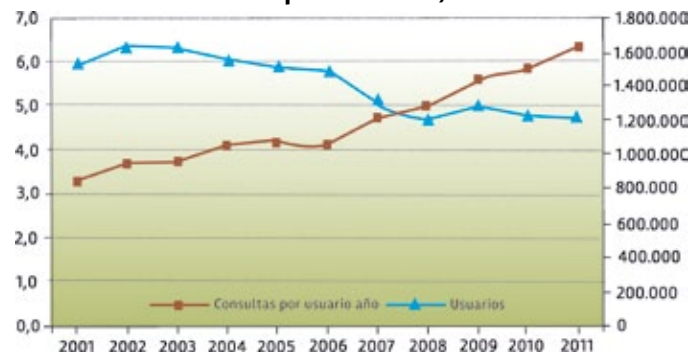
En el marco de la Reforma se apuntó a reducir el rol recaudador que tienen los tickets y órdenes en las IAMC. En 2011 los ingresos por este concepto representaron el 9% de los ingresos netos de las instituciones, lo que significó una disminución del 27% respecto al año 2004.<sup>128</sup>

128 ASSE. Exposición de motivos. Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal, 2011.

El gasto de bolsillo como proporción del gasto sanitario nacional, por su parte, presentó una tendencia decreciente pasando de un 22% en el 2005 a 17% en el 2008.

En junio de 2013 la autoridad sanitaria anuncia un plan gradual de eliminación de los copagos.

**Gráfica 12. Evolución de número de usuarios y cantidad de consultas por año. ASSE, 2001–2011**



Fuente. ASSE. Unidad de información, 2012.



### Lo demográfico y epidemiológico: objetivos sanitarios en un Plan Nacional de Salud

Desde lo demográfico un escenario futuro centrado en derechos será el resultado de una política de población que les permita a los uruguayos ser cuantos deseen ser, superando el complejo de “ser solo 3 millones”. Así será si las políticas públicas aseguran el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, habilitando a que las personas y las familias elijan realmente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, sin que su “deseo” esté sobredeterminado por factores que distorsionan las decisiones reproductivas. Ni tener hijos para ser alguien, como puede suceder con las mujeres pobres, ni dejar de tenerlos para ser alguien como puede sucederles a las mujeres de clase media y alta. El sistema de Salud deberá contribuir a las políticas de población para avanzar en equidades culturales, sociales, biológicas y de género para la concepción y la anticoncepción, la gestación y la adopción, la maternidad y la paternidad.

Será necesario definir e implementar un Plan Nacional de Salud que supere la lógica de fragmentación de servicios y programas que se ha observado en las últimas décadas, y brinde respuestas a la realidad demográfica y epidemiológica del país. Uruguay tiene alta mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas, ostentando la tasa de mortalidad por cáncer más alta de las Américas, 219 por 100 mil habitantes, duplicando el promedio de América Latina (93,8), superior a la de Argentina (143), Chile (133) y Brasil (101). Las tasas de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares y cardíacas son también las más altas de la región,<sup>129</sup> con 85,8 por 100 mil y 72,3 por 100 mil habitantes respectivamente.<sup>130</sup>

Deberán ser definidos objetivos sanitarios para abatir la incidencia y mortalidad por ECNT, particularmente cáncer,

129 TM por enfermedades cerebro-vasculares en América Latina de 42,8 por 100 mil habitantes, Argentina 47,1 y Chile 47,9. La tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas con promedio continental de 57,3 y en el Cono Sur de 48,1 por 100 mil habitantes.

130 OPS/OMS. Salud de las Américas, 2012.

cardiovasculares y diabetes, atendiendo el enorme componente social (hábitos de consumo, sedentarismo, modalidades de recreación y uso del tiempo libre, estrés, etc.) que define el entramado causal de estas patologías, que ha llevado a definir las como enfermedades socialmente transmisibles. Asimismo deberán ser atendidas enfermedades infecciosas como sífilis, tuberculosis y VIH, que desafían los dispositivos sanitarios y generan un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de importantes sectores de la población.

Uruguay presenta índices muy altos de sífilis gestacional (2,6 por mil de los recién nacidos, cuando OMS establece un máximo de 0,5 por mil); un tercio de los niños (31,5%) entre seis meses y dos años tiene anemia, aumentando a 37% en los sectores de menores ingresos, con consecuencias para su crecimiento y desarrollo. La cantidad de niños prematuros y de bajo peso al nacer es mayor que en los demás países de la región: 12% de los niños nacidos con cobertura de ASSE fueron prematuros en 2011 y una cifra similar tuvo bajo peso. La desnutrición crónica infantil es muy elevada incluso en comparación con la región, alcanzando al 11% de retraso de talla para la edad, mientras la obesidad llega al 9,5 %.

Es relevante trabajar por el fortalecimiento de una Red de Vigilancia en Salud Pública, descentralizada, con vigilancia activa y pasiva, y consolidación de puestos centinela. Tendrá que profundizarse el abordaje de indicadores de salud, enfermedades transmisibles, ECNT, accidentes, salud sexual y reproductiva, violencia (con énfasis en violencia de género), determinantes sociales y eventos de salud inesperados.

Una estrategia comunicacional con la población en orden a objetivos sanitarios claros e integrados, permitirá avanzar en la conquista de estilos de vida saludables. Asimismo será imprescindible la implantación y consolidación de un modelo de atención innovador en una lógica de redes basadas en APS: territorialidad (conjuntos de población identificados, conocidos y vinculados a los efectores de salud), longitudinalidad (atención en las distintas etapas de la vida por equipos de salud que conocen a las personas que

atienden), accesibilidad (geográfica, administrativa, cultural, étnico-racial, sin barreras vinculadas a género, generación, orientación o identidad sexual), integralidad (equipos de salud que asuman la complejidad de las dimensiones biopsicosociales de las personas, familias y comunidades), y continuidad (a través de los diferentes niveles de atención de las instituciones de salud).

En el futuro seguramente seguiremos enfermando y muriendo por enfermedades cardiovasculares y neoplásicas. Pero si se implementan acciones preventivas de eliminación de factores de riesgo y detección precoz de las afecciones, seguramente podremos evitar muertes precoces y discapacidades a destiempo. La expansión creciente de la investigación genética y la “compulsión diagnóstica” que se observa en un sector de los profesionales deberá encontrar cotos provenientes de la rectoría, sin perjuicio de los legítimos avances.

Los servicios y equipos de salud deberán establecer alianzas vigorosas con las familias y las comunidades, acompañando el curso de vida desde la gestación hasta la vejez. Podrán incorporarse a la cultura y la vida cotidiana los aportes del conocimiento científico y los estilos de vida saludables desde las elecciones reproductivas, los cuidados en la gestación, la estimulación temprana y la atención en la primera infancia, con un tránsito de la adolescencia y la juventud integrado en lo social, educativo y laboral, previniendo riesgos evitables, para llegar a las etapas finales de la vida con el mayor ejercicio de las capacidades humanas. Estos procesos tendrán que estar sustentados en la convicción y decisión política para los cambios y la inteligencia sanitaria para llevarlos a la práctica.



## Los recursos humanos: clave de transformación desde una ética de responsabilidad de los equipos de salud

La Reforma centrada en garantizar el derecho a la salud, tiene un campo de trabajo ineludible en las políticas y la gestión de sus recursos humanos (RHUS). Sin el compromiso y un papel innovador de sus trabajadores no será sostenible el SNIS. El abordaje de este desafío admite dos dimensiones complementarias: la cantidad, distribución y formación del RHUS, y el cambio cultural centrado en una relación humanizada y solidaria con la gente.

La enfermedad ha estado profundamente relacionada con la ciencia, con el poder civilizatorio del Estado y en la última mitad de siglo pasado, con la fuerte injerencia y vocación de lucro del mercado. Se redujo la salud y el alivio de la enfermedad a mercancías en lugar de considerarlas como derechos esenciales y exigibles.

La tecnología es transformadora, pero el ser humano, pacientes y profesionales, debe seguir estando en el centro. Para llegar al diagnóstico es fundamental observar, escuchar, sentir e intuir. En la búsqueda de la comprensión anamnésica, los ojos, los oídos y el sentido común pueden darnos información que el laboratorio, la imagenología y los más sofisticados equipos no pueden mostrar. La tecnología y sus “rutinas diagnósticas” pueden constituirse en un arma de doble filo, brindando tanta información que finalmente oculten lo relevante de la realidad del paciente.<sup>131</sup>

Podemos afirmar con Daniel Callahan que es éticamente inaceptable que se produzcan muertes tempranas cuando es posible evitarlas, y que “los fines de la medicina” no deberían centrarse en extender la vida más allá de lo humanamente razonable o negar la muerte como consecuencia esperable en la peripezia vital.<sup>132</sup> En este punto es imperativo plantear la nece-

sidad de un cambio cultural hacia la humanización del vínculo paciente-trabajador de la salud, restableciendo un pacto ético y de confianza entre las ciencias de la salud y la sociedad.

En lo que refiere a la cantidad, distribución, formación, derechos y obligaciones de los trabajadores de la salud es imprescindible acordar y definir una política de Estado, apoyada en un amplio y sólido consenso de la sociedad.

La autonomía universitaria, la libertad de cátedra, los intereses gremiales, deben estar en diálogo, y en algunos casos supeditarse a las necesidades de la atención de la salud de los ciudadanos que indican qué tipo y dotación del RHUS, debe disponerse en cada lugar del territorio nacional, con énfasis en los requerimientos de los departamentos al norte del río Negro.

Es necesario articular las instituciones educativas en el área de la salud, en torno a la formación en la estrategia de APS renovada, integrando todos los perfiles profesionales, impulsando nuevos planes de estudio que jerarquicen el vínculo con la comunidad y la clínica en el Primer Nivel de Atención a lo largo de todo el proceso de aprendizaje.

La implantación de equipos de salud sólidos y estables pasa por reformular las condiciones laborales, abatir el multiempleo, fomentar la formación continua. La implementación de mejoras salariales para los médicos que trabajan en el Primer Nivel y el nuevo laudo médico que premia la concentración del trabajo en una sola institución, apuntan a una organización racional y digna.

La humanización del espacio laboral y la elaboración de mapas de competencias de cada trabajador de la salud en los diferentes niveles de complejidad asistencial, redundarán en la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

131 Sackett, Haynes, Guyat, Tugwell, *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*, 1994.

132 Callahan, *Poner límites. Fines de la medicina en una sociedad*, 2010.

## **Incorporación de tecnología: costos crecientes, equidad, calidad y sostenibilidad.**

El sistema de salud de Uruguay, al igual que en todo el mundo, 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. Tampoco una vida más larga siempre implica una vida mejor y disponer de “buena salud” no implica conformarse simplemente con “durar”.

El desafío es cómo obtener, asignar y distribuir recursos, definiendo prioridades con fundamento técnico y enfoque poblacional. En el campo industrial los avances permiten abaratar costos, y el desarrollo tecnológico es funcional a los mercados. En el campo sanitario la reducción de costos no se asocia a los avances; por el contrario, la medicina permite cada vez más alternativas, a superior costo pero no necesariamente en base a mayor evidencia científica.

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; los resultados estadísticamente significativos no siempre justifican el uso generalizado de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.<sup>133</sup>

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

Desde una perspectiva de asumir colectivamente el compromiso con la vida, resulta necesario y responsable 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 y la sociedad.

## **El desafío de las familias, la perspectiva de género y la necesidad de cuidados**

La fuerte modificación en la expectativa de vida no se ha visto acompañada de adaptaciones y cambios en los mecanismos de organización social y sanitaria. Los sistemas estatales y privados de protección social y de salud, siguen estando pensados y estructurados según una expectativa de vida de fines del siglo XIX, situada en torno a los cincuenta años.

Estas profundas transformaciones obedecieron al envejecimiento poblacional, el aumento de los hogares unipersonales y de las parejas solas, y los cambios sustantivos en la formación y disolución de las uniones. Entre la población mayor de 60 años el 20% reside en hogares unipersonales, el 30% vive con su pareja y casi una de cada cuatro mujeres mayores de 60 años vive sola.

La problemática de los cuidados nos interpela y requiere la construcción de un sistema institucionalizado, que formando parte integral de la nueva matriz de protección social, vaya identificando los recursos institucionales, humanos y especialmente las formas de financiamiento sostenible.

133 Fernández Galeano y Benía, *Futuros posibles de la salud y la enfermedad*, 2011.

En cuanto a los adultos mayores la extensión de vida no siempre supone más años de vida saludable. Los estudios muestran que entre los 65 y 74 años la discapacidad afecta al 15%, mientras que el 63% de los mayores de 85 años sufren alguna discapacidad por enfermedades crónicas y trastornos mentales.

Será necesario dar un fuerte impulso al desarrollo de servicios públicos y privados de cuidados, promover incentivos para la creación de empleos, brindar capacitación específica, definir normativas en el campo del derecho laboral y establecer transferencias monetarias no contributivas y beneficios en la protección social de las familias. Se deberá promover incentivos para que las mujeres se incorporen al trabajo remunerado y que los hombres participen de los cuidados haciendo que ambas tareas sean consideradas intercambiables en un contexto de corresponsabilidad e igualdad de género.

En los casos de niños y niñas se deberá apostar a la efectiva universalización de la educación inicial de 3 a 5 años (Centros CAIF o centros privados con apoyo estatal) y adecuar las normativas referidas al régimen laboral que habiliten la inserción laboral de madres y padres. En la apuesta a una mayor contención escolar, deberemos ponernos a resguardo de habilitar “depósitos institucionales” de niños, en detrimento del tiempo, los afectos y la vida familiar compartida.

A las licencias por maternidad (y paternidad) y por lactancia, debe sumarse la flexibilidad de horario y aun la reducción de la jornada laboral.

Sin la intervención de políticas públicas se abriría el camino para que el mercado convirtiera la soledad y el abandono en mercancías pasibles de transacciones comerciales. Y el inevitable destino de exclusión y condiciones indignas de supervivencia para quienes no tengan capacidad de pago. El mejor escenario futuro deberá prescindir de algunas de las hoy denominadas paradójicamente, “casas de salud” y de las llamadas en forma confesa, “guarderías”.

La oferta de residencias diurnas, centros de media estancia y servicios comunitarios de atención integral a adultos mayores y discapacitados extendida en el territorio, implementada por convenios con los gobiernos locales y el gobierno nacional, es una alternativa de alivio a medio camino entre los cuidados en el ámbito familiar y la provisión institucionalizada permanente, siempre compleja y difícil de sostener organizativa y financieramente.<sup>134</sup>

## La cobertura universal en Salud: entre lo posible y la utopía

El 27 de junio de 2012 el mundo vio cómo los ingleses rendían un emotivo homenaje a su sistema de salud en la ceremonia inaugural de los Juegos Olímpicos. Este homenaje es doblemente significativo ya que reconoce una institución esencial del Estado de Bienestar, y lo hace en un momento en que “la alianza de los fundamentalismos del mercado y la austeridad fiscal para sortear la crisis sin ofender a los traficantes de dinero, tratan de tirar abajo los avances del Estado de Bienestar europeo”.<sup>135</sup>

La Reforma del sistema de Salud en Uruguay ha permitido disminuir los niveles de segmentación que generaban fuertes inequidades. El fondo único, público y obligatorio (FONASA) habilitó una mayor protección financiera de la población, disminuyendo las desigualdades existentes, reduciendo el gasto privado de prepago y de bolsillo, e incrementó significativamente la inversión presupuestal en salud.

En cuanto a los avances en la amplitud, calidad y oportunidad de la atención, el PIAS como conjunto de prestaciones obligatorias, las metas prestacionales y otras acciones de recortaría, han permitido avanzar en las condiciones reales para

134 Fernández Galeano y Benia, ob. cit.

135 Brito, “Cinco determinantes estructurales de los sistemas de salud en el camino hacia la cobertura universal basada en derechos sociales”, 2012.

el ejercicio efectivo de derechos en salud, si bien este es un proceso inconcluso que deberá completarse y consolidarse con el apoyo de acciones de fiscalización y control ciudadano.

Las barreras de acceso generadas por los copagos y tasas moderadoras aún persisten a pesar de los esfuerzos por mitigarlos; deben ser eliminados definiendo otros mecanismos reguladores de la demanda que no pasen por el gasto de bolsillo de las familias. Asimismo las barreras ocasionadas por los tiempos y las listas de espera inaceptables, que desincentivan la prevención, deberán ser disminuidas mediante la aplicación de las normas y compromisos de gestión firmados por los prestadores. Su logro estará vinculado a una fiscalización transparente de los servicios, incorporando la participación de más actores e instrumentos, sin descartar mecanismos claros y efectivos de denuncia, sanción y reparación ante el incumplimiento de normativas y ordenanzas.

Los niveles de fragmentación que aún dificultan la atención deberán ser enfrentados con intervenciones de fortalecimiento de las redes territoriales actuando desde el sector público a través de la RIEPS, integrando el sector mutual mediante la complementación público-privada y la participación social en salud con base territorial.<sup>136</sup>

La modalidad de pago ajustado por riesgo permitió mejorar la relación entre necesidades asistenciales y pago al prestador. La ausencia de mecanismos de premio a la eficiencia y las dificultades para construirlos, impiden la contención de costos innecesarios. Los ajustes de la cápita que contemplen los cambios estructurales en el gasto y dispositivos que incentiven la eficiencia, constituyen desafíos que deberá afrontar la regulación del SNIS.<sup>137</sup>

Los grupos poblacionales con cobertura FONASA, una vez concluido el cronograma de incorporaciones al Seguro Nacional de Salud, van a representar más del 75% de la

población total del país. Será necesario definir los criterios y modalidades de incorporación de la población restante para asegurar la igualdad de las prestaciones en salud en el marco del SNIS. En tal sentido, los subsistemas de Sanidad Policial y Sanidad Militar con sus especificidades (hoy articulados al SNIS a través de la RIEPS), que representan alrededor del 8% de la población, deberán compatibilizar sus mecanismos de financiamiento en el marco del Sistema y el Seguro. Por su parte los colectivos de trabajadores de las intendencias departamentales, las personas inactivas que tienen alguna forma de renta como ingreso, y las personas sin vinculación con el sector formal de la economía (no cotizantes a la Seguridad Social), hoy cubiertos por ASSE aun sin estar integrados al Seguro, merecerán un análisis que defina opciones de armonización de política pública en una agenda del país en el camino hacia la cobertura universal.

Finalmente cabe plantearse escenarios futuros con indicadores económicos menos favorables y niveles más bajos de inserción formal de la población al mercado de trabajo. Será necesario diseñar una hoja de ruta para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema y la cobertura en salud a toda la población, mediante un financiamiento que complemente los aportes a la seguridad social con una proporción mayor desde el presupuesto nacional. A su vez deberá buscarse la eliminación del pago de bolsillo y mejoras en la oportunidad, profundidad y calidad de las prestaciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos.

Insistimos en que la riqueza nacional, expresada en el presupuesto, no es un requisito previo para avanzar y mantener la cobertura universal. Las decisiones políticas son la clave para no retroceder.

Volviendo a la anécdota de los Juegos Olímpicos en Londres, podemos proyectar la imaginación al Mundial de Fútbol Uruguay 2030, visualizando allí una coreografía de apertura que trasunte en espectáculo artístico, el orgullo y el compromiso de los uruguayos por su sistema de salud, consolidado en igualdad, solidaridad e integración para todos.



136 El Decreto 237/11 que establece la creación de las Juntas Departamentales de Salud configura un avance en este sentido.

137 Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, ob. cit.



## Bibliografía

- ARBULO, V., PAGANO, J. P., RAK, G., Rivas, L., “Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud”, Montevideo, 2012, Disponible en: <http://www.paho.org/uru/>
- “Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo”, Montevideo, 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/uru/>
- BAGNULO, H., HARETCHE, A., SERRA, J., *Disyuntivas para la asignación de prioridades en el gasto público social*, en J. J. Calvo, P. Mieres, (eds.), **Nacer, crecer y envejecer en el Uruguay. Propuestas concretas de políticas de población**, Fondo de Población de las Naciones Unidas/RUMBOS, Montevideo, 2009.
- BARRIOS, E. (y otros), “III Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay. 2002–2006”, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Montevideo, 2010. Disponible en: [http://www.urucan.org.uy/uilayer/ve/pve\\_publicaciones.htm](http://www.urucan.org.uy/uilayer/ve/pve_publicaciones.htm).
- VASSALLO, J. A., (y otros), “IV atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay 2004–2008, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer”, Montevideo, 2011. Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_143\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_143_1.html).
- BARRIOS, G., *La respuesta a la pandemia de los servicios de emergencias móviles prehospitales* en E. Levcovitz, W. Benia, y M. Fernández Galeano (eds.) **El sistema de salud del Uruguay ante situaciones de emergencia**, OPS/OMS, Montevideo, 2011.
- BENIA, W., ISABELLA, F., KATZKOWICZ, N., YAPOR, M., *ASSE en la Reforma de la Salud*, en **Transformar el futuro**, MSP, Montevideo, 2010.
- y Medina, G., *Construcción de una red continente*, en E. Levcovitz, G. Antoniol, D. Sánchez (ed.) **Atención Primaria de Salud en el Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas**, OPS, Montevideo, 2011.
- BOVE, M. I., CERRUTI, F., *Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país*, RUANDI, MSP, UNICEF, Montevideo, 2007.
- BRITO, P. E., “Cinco determinantes estructurales de los sistemas de salud en el camino hacia la cobertura universal basada en derechos sociales”, Comunicación personal de trabajo no publicado.
- BUGLIOLI, M., DEAN, A., ESPONDA, F., RAFFAELE, E., *El pago de los servicios de salud por parte del SNS*, en **Transformar el futuro**, MSP, Montevideo, 2010.
- CABELLA, W., **Análisis de situación de población**, OPP, UNFPA, Montevideo, 2012.
- CALLAHAN, D., **Poner límites. Fines de la medicina en una sociedad**, Triacastela, Madrid, 2010.
- CENTRO DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO TOXICOLÓGICO, “Informe anual 2010”. Disponible en: <http://www.ciat.hc.edu.uy>.
- COMISIÓN HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y ENFERMEDADES PREVALENTES, “Programa de Eliminación de la Enfermedad de Hansen” Disponible en: <http://www.chlaep.org.uy/programa-de-eliminacion-de-la-enfermedad-de-hansen-epidemiologia.php>.
- COMISIÓN NACIONAL DE ZONOSIS, “Plan estratégico 2006–2009”. Disponible en: [http://www.zoonosis.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=section&layout=blog&id=2&Itemid=8](http://www.zoonosis.gub.uy/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=2&Itemid=8).
- Disponible en: <http://www.zoonosis.gub.uy>.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, Capítulo II, “Derechos, deberes y garantías”, art. 44, 1967.
- CURTO, S., PRATS, O., MARTÍNEZ, L., “Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2010”, Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

- Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/publicaciones/mortalidad-2010.pdf>.
- DA ROSA, D., ACUÑA, A. M., CABRERA, M. J., FIGUEREDO, E. (y otros), "Datos de las geohelminCIAS en el Uruguay", Informe a OPS, Intendencia Departamental, División Salud, Facultad de Medicina UDELAR, Departamento de Parasitología, Montevideo, 2011.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, *Encuesta de hogares: demanda de asistencia médica*, Montevideo, Octubre 1971.
- ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, OPS, OMS, Ministerio de Salud Pública (Uruguay), *Seminario de trabajo sobre la implementación del código de conducta de la OMS. Avanzando en la contratación ética de Profesionales Sanitarios*, Madrid, junio de 2011. Disponible en: [http://www.mpdc.es/index2.php?option=com\\_docman&task=docview&gid=433&Itemid=62](http://www.mpdc.es/index2.php?option=com_docman&task=docview&gid=433&Itemid=62)
- FERNÁNDEZ GALEANO, M., BENIA, W., *Futuros posibles de la salud y la enfermedad*, en R. Arocena, y G. Caetano (coord.). **La aventura uruguaya ¿Naides más que naides?**, Random House Mondadori, Montevideo, 2011.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Estado de la población mundial 2009, "Frente a un mundo cambiante: las mujeres, la población y el clima", UNFPA, 2009. Disponible en: [http://www.unfpa.org/swp/2009/es/pdf/ES\\_SOWP09.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2009/es/pdf/ES_SOWP09.pdf)
- HABERMAS, J., **Problemas de legitimación en el capitalismo tardío**, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, "Defunciones anuales ocurridas y registradas y tasa bruta de mortalidad", 2008. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/vitales2008.asp>
- "Estimación de la pobreza por el método del ingreso", 2012. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Pobreza%202012/Estimación%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20Método%20del%20Ingreso%202012.pdf>
- "Principales Resultados 2009", Encuesta Continua de Hogares. Disponible en: [www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2009/PrincipalesResultados\\_%202009\\_Totalv12.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2009/PrincipalesResultados_%202009_Totalv12.pdf).
- "Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad". Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>.
- MARTÍNEZ MARTÍN, F., "Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad/Inequidad en Salud", Revisión conceptual, Bogotá, 2006. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad%20Inequidad%20en%20Salud.pdf>.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS, Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal, Ejercicio 2011, ASSE
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Observatorio de Violencia Doméstica y Salud, "Informe 2009", MSP, Montevideo, 2009.
- "Informe de la situación nacional de VIH/Sida", 2011. Disponible en <http://www.msp.gub.uy>.
- "Boletines epidemiológicos", 2011. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_5428\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5428_1.html)
- "Programa Nacional de Salud Mental", Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción y Prevención, 2011. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_5437\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_5437_1.html)
- "Actualización de la situación de dengue en el país y la región", DIGESA, Dirección de Epidemiología, 2011. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.
- "Enfermedades de notificación obligatoria", DIGESA, Dirección de Epidemiología, Boletín epidemiológico, 2010. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_6489\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_6489_1.html)

- “Enfermedades de notificación obligatoria”, DIGESA, Dirección de Epidemiología, 2010. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> y <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4188,18867>.
- “Indicadores Básicos de Salud”, DIGESA, División Epidemiología, MSP, OPS, Montevideo, 2011.
- “Situación del Dengue en la región”, DIGESA, Dirección de Epidemiología, Unidad de zoonosis y vectores, Montevideo, 2012. Disponible en: [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4801,20200](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4801,20200).
- “Mortalidad infantil en Uruguay”, DIGESA, División Epidemiología, Montevideo, 2011. Disponible en: [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6848,23694](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6848,23694).
- “Informe de Egresos Hospitalarios 2009”, DIGESA, 2009. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.
- DIGESA, Mortalidad en Uruguay. Epidemiología. Estadísticas e informes. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_6487\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_6487_1.html).
- “Logros y desafíos en términos de equidad en salud en Uruguay. Informe final”, DIGESNIS, División Economía de la Salud, MSP, Montevideo, 2010. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_4216\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_4216_1.html).
- MINISTERIO DEL INTERIOR, División de Estadísticas y Análisis Estratégico, Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad, Montevideo, 2012. Disponible en: [https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/todo\\_2012.pdf](https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/todo_2012.pdf)
- NAVARRO, V., Concepto actual de la salud pública, en Martínez, F. (y otros), Salud Pública, McGraw Hill-Interamericana, Madrid, 1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Ministerio de Salud Pública/Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD). Estudio del sistema de servicios de salud. Encuesta familiar de salud 1982, Montevideo, junio 1984 .
- “Enfermedades de notificación obligatoria”, 2010. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- “Informe de mortalidad materna 2010”, MSP, Montevideo, 2010.
- “Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes”, MSP, Montevideo, 2010.
- “Ordenanza 369/04”, Disponible en: <http://www.iniciativas.org.uy/publicaciones/ordenanza-36904-msp>
- “Programa de Salud Integral de la Mujer”, Montevideo, 2012.
- “Reporte epidemiológico de VIH-Sida”, Montevideo, 2010. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>.
- “Distribución de los RRHH en Salud en el Uruguay”, DT N° 1/12, División de Recursos Humanos del SNIS. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_7261\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_7261_1.html).
- “Vigilancia sanitaria de trabajadores expuestos a factores de riesgo laborales”, Ordenanza No. 145, Montevideo, 2009. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_2834\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_2834_1.html)
- “Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT)”, OMS, Montevideo, 2010.
- “Informe sobre la salud en el mundo”, OMS, 2010. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Organización Mundial de la Salud, 13a Reunión de directores de los programas nacionales de control de rabia en América Latina (REDIPRA), setiembre 2010. Disponible en: <http://bvs1.panaftosa.org.br/local/file/textoc/REDIPRA13-conclusiones.pdf> .
- V Organización Mundial de la Salud, Redes integradas de servicios de salud basadas en la Atención Primaria de Salud, CD49/16, OPS, Washington, 2009.



- 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a. sesión del Comité Regional, OPS, Washington, 2002. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp26index-s.htm>
- “Salud de las Américas, Edición de 2012: Volumen de países / Uruguay”. Disponible en: [http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=176&Itemid=](http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=176&Itemid=)
- Organización Mundial de la Salud, 50a. Consejo Directivo, 62a. sesión del Comité Regional, 62. cd50/12, Washington: OPS, 2010. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/cd50-12-s.pdf>
- PAREDES, M., Estructura de edades y envejecimiento de la población, en C. Varela (coord.). *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*, UNFPA/UDELAR, Trilce, Montevideo, 2008.
- PNUD, “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, Informe País, Montevideo, 2009. Disponible en: <http://www.undp.org.uy/showNews.asp?NewsId=896>
- POPULATION REFERENCE BUREAU, “Data Sheet 2012”, Disponible en: <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2012/world-population-data-sheet/data-sheet.aspx>
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO EN URUGUAY, “Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para Uruguay” [Internet], 2010. Disponible en: <http://www.undp.org.uy/mdggeneral.asp>
- RODRÍGUEZ, M.J., **Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (2006). Presentación de resultados para Pasos 2 y 3**, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Epidemiología, MSP, Montevideo, 2010.
- ROYOL, J., **La Salud Pública**, Nuestra Tierra N°. 48, Montevideo, 1970.
- SACKETT, D., HAYNES, B., GUYAT, G., TUGWELL, P., **Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica**, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994.
- SECRETARÍA NACIONAL DE DROGAS, Observatorio Uruguayo de Drogas, “5a. Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Hogares”, JND, Montevideo, 2011. Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=31&Itemid=65](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=31&Itemid=65)
- Observatorio Uruguayo de Drogas, “5ta. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media”, JND, Montevideo, 2011. Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/5\\_estudiantes\\_web.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/5_estudiantes_web.pdf)
- SEMPOL, D., *Sexo-género y sexualidades políticas. Los nuevos desafíos democratizadores*, en R. Arocena, G. Caetano. (coord.), **La aventura uruguaya ¿Naides más que naides?**, Random House Mondadori, Montevideo, 2011.
- SETARO, M., **Reforma del Estado y políticas públicas de la administración Vázquez. Acumulaciones, conflictos y desafíos**, Fin de Siglo, Montevideo, 2010.
- VARELA, C., **Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI**, UNFPA-UDELAR, Trilce, Montevideo, 2008.
- VERONELLI, J., NOWINSKI, A., HARETCHE, A., ROITMAN, B., **La salud de los uruguayos, cambios y perspectivas**, OPS, Montevideo, 1994.
- WEISSEMBACHER, M., SALVATELLA, R., HORTAL, M., “El desafío de las enfermedades emergentes y re-emergentes”, *Revista Médica* N°. 14, Montevideo, 1998. pp. 34-38.





- Cuántos y cómo somos** / Juan José Calvo e Ignacio Pardo
- Mujeres** / Mónica Cardoso
- Letras** / Alfredo Alzugarat
- Movimientos sociales** / Rodolfo Porrini
- Música** / Rubén Olivera y Coriún Aharonián
- Fútbol y otros deportes** / Ricardo Piñeyrúa
- Artes visuales** / Gabriel Peluffo
- Uruguay en el mundo actual** / Gabriel Oddone
- Costas** / Daniel Conde
- Ciencia y tecnología** / Judith Sutz
- Carnaval y otras fiestas** / Milita Alfaro y Antonio di Candia
- Migraciones** / Adela Pellegrino
- Cine y medios masivos** / Rosalba Oxandabarat y Gabriel Kaplún
- Vivienda** / Jack Couriel y Jorge Menéndez
- Turismo** / Carlos Peña
- Mundos rurales** / María Inés Moraes
- **Salud** / Miguel Fernández Galeano y Wilson Benia
- Educación** / Gerardo Caetano y Gustavo De Armas
- Teatro y danza** / Roger Mirza y Silvana Silveira
- Iguales y diferentes** / Wanda Cabella y Mathías Nathan
- El agro** / Eduardo Errea y Gonzalo Souto
- Industria** / Raúl Jacob
- Sociedad urbana** / Fernando Filgueira y Fernando Errandonea
- Derechos Humanos** / Fernando Ordoñez

