

SISTEMA DE SALUD Y PROCESO DE REFORMAS

SISTEMA DE SALUD

Descripción

El sistema de salud en Uruguay tiene una historia atípica en el continente. El Estado es un actor clave en la provisión de servicios de salud, junto a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, denominadas mutualistas) las cuales se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX. Las mismas surgieron como una forma de respuesta de las colectividades de inmigrantes españoles e italianos ante las necesidades de atención en salud de sus comunidades en el país. Luego, expandieron sus servicios al resto de la población, y se transformaron en actores clave del sistema de seguros de prepago. Como consecuencia, el sistema de salud uruguayo es una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integrada en un sistema mixto de atención.

El subsector público comprende:

- ◆ Ministerio de Salud Pública, el cual brinda servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE;
- ◆ Ministerio de Defensa a través de la Sanidad Militar;
- ◆ Ministerio del Interior a través de la Sanidad Policial;
- ◆ Servicios de atención primaria de las Intendencia Municipales;

- ◆ Universidad de la República, a través del Hospital Universitario;
- ◆ Banco de Previsión Social;
- ◆ Banco de Seguros del Estado, con oferta de asistencia ante accidentes de trabajo;
- ◆ Entes Autónomos.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector en materia de políticas de salud en el país, y cuenta con las funciones básicas de normatización, control y asistencia.

El *Subsector Público* cubría hacia 1996 al 40.83 % de la población total, procedente de los sectores de menores recursos, a través de una amplia red de servicios, con especial énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención. Ha sido, históricamente el subsector pionero en la implementación de programas preventivos, sobre todo en el área materno-infantil. Con la crisis socio-económica que vive el país desde el año 2000, y sus impactos en el sistema de salud, se estima que el sub-sector público provee actualmente cobertura a cerca del 50 % de la población total del país. El MSP-ASSE es el mayor efector público del país y posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según niveles de complejidad en: policlínicas, centros de salud y hospitales (A, B, C y especializados). Existe un total de 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos en todo el país.¹ Para cada uno de los 18 Departamentos del interior del país hay un Hospital Departamental que sirve de referencia para los demás establecimientos de ASSE en el Departamento.

El *Banco de Previsión Social* (BPS) es un ente autónomo del Estado incluido en la Constitución de 1968, actualmente vigente, cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, tales como atención al embarazo y a la infancia. Todos los trabajadores dependientes de la actividad privada tienen derecho al Seguro por Enfermedad prestado a través de dichas instituciones y contratadas por el BPS. Asimismo tienen derecho los patronos titulares de empresas unipersonales. El Banco, como prestador directo de servicios de salud, cubre: la atención al embarazo y el parto de los hijos de los trabajadores, así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad; la asistencia odontológica y de ortodoncia y asistencia social hasta los 9

años; y la atención sin límite de edad para aquellos con malformaciones congénitas. Posee un hospital propio y 6 centros materno-infantiles en Montevideo. En el resto del país contrata servicios al MSP o a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). La principal fuente de financiamiento son las retenciones de las contribuciones de los empleados y de los empleadores (aproximadamente un 90 % del total del financiamiento). También recibe fondos del presupuesto quinquenal del gobierno (10%).

Las *Intendencias Municipales* brindan atención ambulatoria en el primer nivel a la población general. Entre otras funciones, las Intendencias actúan como policía sanitaria sin perjuicio de las funciones del MSP. La principal fuente de financiamiento son los impuestos a través de los presupuestos quinquenales de las intendencias municipales. La IMM es la que ha desarrollado una red de atención de mayor cobertura, a través de 18 policlínicas municipales, policlínicos móviles y convenios con centros de salud comunitarios.

La *Universidad de la República*, a través de su Hospital Universitario "Dr. Manuel Quintela" (512 camas), brinda atención en casi todas las especialidades médicas. Es un servicio público y general para pacientes agudos. Sus funciones son la docencia, investigación, y la prestación de servicios de salud. Su organización depende del Consejo Directivo Central de la Universidad. La principal fuente de financiamiento son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Posee todos los niveles de complejidad. A pesar de ser un centro de referencia nacional, por falta de recursos financieros está en una profunda crisis y ha debido suspender algunos de sus servicios.

La *Sanidad de las Fuerzas Armadas* - que depende del Ministerio de Defensa - posee un Hospital Central de 450 camas. La *Sanidad Policial* - que depende del Ministerio de Interior - posee un hospital de 70 camas. La principal fuente de financiamiento en ambas son los impuestos a través del presupuesto quinquenal del gobierno. Ambas instituciones cubren al personal en actividad y en retiro, y a los pensionistas y sus familiares.

El *Banco de Seguros del Estado*, cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo de los trabajadores del sector privado, cuenta con un Hospital de 160 camas en Montevideo y contrata servicios a terceros en el interior del país.

El subsector privado.

Está constituido por: las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, instituciones de seguro de pre-pago que brindan atención en los tres niveles); empresas que brindan seguros parciales de salud (entre ellas Emergencias Móviles, seguros odontológicos); los Institutos de Medicina Altamente Especializada (que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pago a través del Fondo Nacional de Recursos); sanatorios y clínicas privados y, las residencias para ancianos.

Las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) son organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago, con cobertura integral y cuyo número total de afiliados representa casi el 50% de la población del país (2000). Pueden adoptar alguna de las siguientes tres formas jurídicas (Ley 15.181, del 21 de agosto de 1981):

- A) Asociaciones asistenciales, inspiradas en los principios de la solidaridad y que, mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica (son conocidas como "mutualistas" y las primeras en el país tienen casi un siglo y medio de existencia);
- B) Cooperativas de profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios, y en las que el capital social es aportado por los profesionales que integran dicha cooperativa;
- C) Servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar atención médica al personal de dichas empresas y sus familiares.

De las 50 IAMC que hay en el país, 7 son mutualistas. La mayoría de las otras son cooperativas de profesionales. Existen unas pocas instituciones creadas con anterioridad a la Ley de 1981 que no realizaron su transformación jurídica según las tres formas señaladas. Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí.

El Estado a través del MSP, del Ministerio de Finanzas, y del Ministerio de Trabajo, ejercen algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la

fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales. Las IAMC están distribuidas en todo el país, existiendo por lo menos una en cada departamento. La principal fuente de financiamiento son las cuotas (75 % del total de los ingresos en 1998). Estas cuotas pueden ser de tres tipos:

1. de pago individual,
2. de pago por convenio colectivo, o
3. pago por la Seguridad Social por un seguro obligatorio que suscribe a los trabajadores de empresas privadas a la IAMC de su elección, con una cobertura integral de salud, pero que no incluye a los dependientes.

Otras fuentes de financiamiento son los co-pagos para la utilización de servicios de los afiliados (11 % del total), y los ingresos por la venta de servicios y otros (14% del total). La mayoría de las IAMC están agrupadas en asociaciones de segundo grado (Federación Médica del Interior -FEMI-, Unión de la Mutualidad del Uruguay -UMU-, y el Plenario de IAMC). Las IAMC se relacionan con el subsector público, sobre todo, a través de la compra y venta de servicios. También existen otras coordinaciones en temas relacionados con la promoción y prevención de enfermedades a través de comisiones ad hoc. En la última década el modelo predominante en el Uruguay siguió siendo el de las IAMC; aunque hubo una tendencia creciente a la aparición de instituciones de "asistencia médica particular", las cuales son seguros de salud comerciales.

POBLACION TOTAL SEGÚN PRINCIPAL COBERTURA DE SALUD, POR SEXO Y AREA. 1996

	TOTAL	MSP	IAMC	San.Milit	San.Polic	Otros	S/Cobert.	Ignorado
Total	100	33.67	46.59	4.19	1.80	1.17	11.65	0.93
país								
hombres	100	30.98	47.30	4.52	1.84	1.36	13.05	0.95
mujeres	100	36.20	45.92	3.88	1.77	0.99	10.34	0.90
Area	100	33.15	47.31	4.40	1.91	1.15	11.17	0.91
urbana								
hombres	100	30.63	47.92	4.78	1.96	1.31	12.47	0.93
mujeres	100	35.45	46.77	4.05	1.85	1.00	10.00	0.88
Area	100	38.74	39.44	2.10	0.81	1.42	16.40	1.09
rural								
hombres	100	33.86	42.25	2.33	0.85	1.75	17.88	1.08
Mujeres	100	45.21	35.72	1.79	0.77	0.98	14.44	1.09

Fuente: Departamento de Estadística - MSP.

Para el año 1996, como puede apreciarse en el cuadro, la cobertura brindada por el subsector público fue del 40.83 % de la población total, mientras que el subsector privado cubría el 46.59 % de la población, existiendo un 11.65 % sin cobertura y casi un 1 % sin datos. Como puede también observarse, las mujeres se asisten más en los servicios públicos, y esto seguramente está vinculado al desempleo que afecta fundamentalmente a la población femenina y a la mayor informalidad laboral que no permite acceder a la seguridad social y a la cobertura sanitaria mutual a través del Banco de Previsión Social.

Como ya hemos señalado, estos porcentajes han variado sensiblemente, fundamentalmente a partir de la crisis económica que afecta al país desde el año 2000. Según el Sindicato Médico del Uruguay, en el año 2003, cada día 264 uruguayos/as pierden su cobertura mutual, siendo absorbidos en su gran mayoría por el subsector público, o permaneciendo sin cobertura sanitaria de ningún tipo.

El modelo de atención tanto en el subsector público como privado, ha estado enfocado predominantemente a la “recuperación” de la salud (modelo técnico asistencialista), con un menor desarrollo de las actividades de promoción y prevención, lo cual genera problemas crecientes desde el punto de vista del financiamiento y desde el punto de vista de los resultados. De todas formas, las acciones de promoción y prevención son desarrolladas fundamentalmente desde el sub-sector público.

Aseguramiento: La información más confiable sobre cobertura que dispone el MSP es la referida a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Del resto del sub-sector privado no existe información. En cuanto a la cobertura del MSP existe una aproximación basada en el número de carnés otorgados que permiten el uso de sus servicios, pero no es muy confiable. Las sanidades militares y policial tienen población cerrada. Para las Intendencias Municipales y otras instituciones públicas no existe una información oportuna y confiable.

Existe cobertura múltiple por los sistemas públicos y privados de atención integral. Además de las que brindan atención integral, existe un conjunto de empresas privadas, un total de 64, que ofrecen **seguros parciales de salud**, de emergencia, de atención ambulatoria, odontológica, etc. Este sistema de seguro parcial existe desde la década de los 50 pero tuvo su expansión en la década de los 80. A ellos está afiliado el 30-35 % de la población total del país, siendo frecuente poseer una doble cobertura por este sistema y el de cobertura total.

Por decreto del Poder Ejecutivo de 1997, actualmente vigente, se crea el Registro Único de Cobertura Formal (RUCAF) que obliga a todas las instituciones del país, a remitir al RUCAF el padrón completo de sus afiliados o usuarios. Este sistema se está implementando en el momento actual y su finalidad es detectar dicha cobertura múltiple.²

POBLACIÓN RESIDENTE EN LOCALIDADES DE 5000 O MÁS HABITANTES, 2000

Derechos vigentes	Total	Montevideo	Interior
Total	100,0	100,0	100,0
No Tiene	4,4	4,7	4,2
IAMC, afiliación Individual	27,9	36,8	19,2
IAMC, afiliación por DISSE	17,2	21,3	13,2
Ministerio de Salud Pública	36,1	23,3	48,6
Otras instituciones públicas	11,7	11,5	11,8
Otras instituciones privadas	2,7	2,3	3,1

Fuente: Encuesta Continua de Hogares - 2000

Según la Constitución de la República (art. 44) “el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. El MSP otorga cuatro tipos de carné de asistencia a las personas:

1. carné gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, a los que no se les cobrarán los servicios prestados;
2. carné bonificado de asistencia que tiene dos categorías: los que deben abonar el 30% del arancel y los que deben pagar el 60% dependiendo de su nivel de ingresos;
3. carné materno – infantil, para mujeres embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen una atención gratuita (la cobertura de la atención prenatal por resolución ministerial del 2 de abril de 1986 se realiza gratuitamente en el MSP sin ninguna exigencia.)³ y;

4. carné gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral.

Los trabajadores de la actividad privada se afilian a las IAMC a través del Banco de Previsión Social y por medio de un co-pago entre el trabajador y el empresario.

Varios procedimientos considerados de alta tecnología o de alto costo (litotricia, diálisis renales, cirugía cardíaca, prótesis de cadera, de rodilla, quemados, etc.) se financian a través del *Fondo Nacional de Recursos* (creado en 1979), y son realizados por los Institutos de Medicina Altamente Especializada - que pueden ser públicos o privados -. El 100 % de la población del país está cubierto, por lo que no hay problemas de accesibilidad económica ni administrativa para dichos procedimientos. No existe una definición expresa de una canasta básica o plan básico de prestaciones. El MSP define el mínimo de prestaciones que se debe brindar al afiliado, por el monto de la cuota.

Se implementó a nivel del MSP un sistema de recolección sistemática de datos, indicadores asistenciales económico financieros (SINADI para parte del subsector privado y el PRORRECO para el MSP-ASSE). No obstante, no se realiza retroalimentación, control ni toma de decisión sobre la base de ellos. No ha habido cambios en la última década en la capacidad de elección de los usuarios entre distintos proveedores de salud: los trabajadores del sector privado tienen libre elección entre las diferentes instituciones de salud privadas; los trabajadores del sector público también lo tienen a excepción de algunos grupos que poseen sus propios servicios (Fuerzas Armadas, Policía). Los desempleados se atienden en el MSP; y los jubilados se atienden según su capacidad de pago en el MSP o las diferentes instituciones del sector privado.

En general, el uso de sistemas computarizados está difundido entre los diferentes centros de atención tanto públicos como privados. El desarrollo de redes computarizadas depende de cada institución. No hay aún una red que integre los sistemas de información computarizados de las diferentes instituciones.

Para el año 2000 el número de consultas anuales en las IAMC fue de 5,6 consultas por afiliado en policlínica, y 0,8 consultas por afiliado en urgencia. No hay información actualizada de las consultas anuales en el MSP. No se dispone

de información sobre las causas más frecuentes de consulta. Todas las instituciones de asistencia médica colectiva brindan un servicio de visita domiciliaria. En los últimos años se viene desarrollando en las IAMC el sistema de internación domiciliaria. Salud Pública brinda atención domiciliaria dependiente de los centros de salud, existiendo además un programa de atención de Médicos de Familia.

Para el 2000 el número estimado de egresos fue de aproximadamente 170.000 en los efectores públicos y para las IAMC el número estimado fue aproximadamente de 168.000.

El MSP poseía una División de Promoción de la Salud, de la cual dependían los programas prioritarios que realizaban actividades de promoción y educación para la salud. Actualmente debido a la reestructuración del MSP aprobada por el Parlamento en el 2001, estas actividades pasaron a depender del Departamento de Salud de la Población de la Dirección General de la Salud y que comprende la División de Epidemiología y los Programas de Prevención. importa señalar que las acciones de promoción y educación en salud, se han visto debilitadas, destinándose para ello un mínimo del presupuesto global asignado a la salud.

Financiación

El gasto en salud en el Uruguay ha ido aumentando en forma progresiva, siendo en la actualidad de aproximadamente el 10% del PBI (correspondiendo al subsector público alrededor del 2.8 %). Si bien puede considerarse un porcentaje elevado, es ineficiente desde el punto de vista macroeconómico y microeconómico.

La principal fuente de financiamiento del MSP es el presupuesto nacional quinquenal a través de impuestos directos (en torno al 88 % del presupuesto total del MSP) y el resto por vía no tributaria (precios 8,7 %, y proventos 3,3%).⁴ No existe un proceso de información único ni sistemático sobre el financiamiento del gasto en salud del país. Los tres mecanismos principales de financiamiento del sector salud son: a) pre-pago voluntario de cuotas (42,1%); b) precios, que incluye medicamentos, órdenes y tickets (IAMC) (31,8%); y c) impuestos (25,2%). Estas fuentes de financiamiento se superponen. En el sector público la

estructura de financiamiento muestra un predominio del financiamiento mediante impuestos. El financiamiento por vías no tributarias es escaso (por venta de servicios y precios 0,9 y 2,5% respectivamente) lo que refleja una baja recuperación de costos en el sector público⁵.

En cuanto al sector privado, predomina la fuente de financiamiento a través de las cuotas de pre-pago por parte de la población afiliada (59 %). Gran parte de este aporte se realiza a través de transferencia de fondos de la Seguridad Social. Le siguen los precios abonados por la población que se pagan a los seguros parciales, a las farmacias externas, a las casas de salud y residenciales y a la asistencia estrictamente privada, y los pagos por órdenes y tickets por parte de la población afiliada a las Mutualistas.

Entre estas dos modalidades se cubre el financiamiento del 92 % del sector privado. Las cuotas de afiliación a las IAMC, han tenido un incremento real apreciable desde 1988, y el valor de las mismas se encuentra controlado por el Poder Ejecutivo.

Evolución de las cuotas mutuales en Montevideo

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cuota en Dólares	27,86	33,59	26,30	42,02	44,22	45,86	46,30	45,06	44,22

Fuente: i) Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001*. ii) Buglioli, M. et al. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la regulación. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16:63-69.

Como puede observarse, el cuadro deja en evidencia que el porcentaje de gasto destinado a los programas de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica es sensiblemente bajo en el sub-sector público y nulo en el sub-sector privado, confirmando la afirmación realizada anteriormente que el sistema de salud en Uruguay está sustentado en un modelo técnico – asistencialista de recuperación de la salud.

Financiamiento del sector salud

INSTITUCIÓN	Estructura del financiamiento				
	Impuestos	Precios	Pre-pago	Proventos	TOTAL
Sector público:					
Ministerio de Salud Pública- ASSE	16,1			0,7	16,8
Sanidad FF.AA.	1,6	0,3			1,9
Sanidad Policial	1,0	0,3			1,3
Hospital de Clínicas(Univ. de la República)	1,5			0,1	1,6
Otros Públicos	3,0	1,9		0,1	5,0
Aporte del Tesoro al Fondo Nacional de Recursos	2,0				2,0
SUBTOTAL SECTOR PÚBLICO	25,2	2,5		0,9	28,6
Sector privado:					
Instituciones de asistencia médica colectiva		11,4	38,21		49,6
Aporte del sector privado al Fondo Nacional de Recursos			3,9		3,9
Otros Privados		17,9			17,9
SUBTOTAL SECTOR PRIVADO		29,3	42,1		71,4
TOTAL	25,2	31,8	42,1	0,9	100,0

Fuente: Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995*. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS); 1996. Mimeo.

Gasto en Salud, 1994 – 1998

Años	Gasto en salud (millones de dólares)	Gasto en salud Per cápita	Gasto en salud en porcentaje del PBI
1994	1.590	498	9,08
1995	1.781	553	9,22
1997	2.163	663	10,05
1998	2.292	697	10,26

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Gasto en salud, Uruguay, 1995 y 1998 (en % sobre el total)

Sector de salud	Origen del Gasto										TOTAL
	Retribución Personales		Medicamentos		Material y otros		Inversiones		Contrato a terceros		
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	
Sector público	36,6	48,72	12,0	15,82	41,0	29,35	2,8	4,68	7,7	S/D	100,0
Sector privado	49,4	53,16	18,6	14,49	18,4	29,70	3,4	2,65	10,2	S/D	100,0

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Gasto en salud por tipo y prestadores de servicios, 1998.

Prestador	Tipo de servicio			Total
	Administración y Gestión	Prevención, Promoción y Vigilancia	Atención Curativa	
Sector Público	16,83	3,64	79,53	100
Sector Privado	0,04	0,00	99,96	100

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Estadísticas de Salud del Uruguay edición 2001.*

Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD, 1993 – 2001

TIPO DE RECURSO	AÑO								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Razón de médicos por 10,000 hab.	34,8	35,5	36,3	37,3	37,8	37,0	37,4	ND	43,8
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	6,5	6,8	7,0	7,2	7,5	7,5	7,8	ND	9,1
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	12,2	ND	13,1
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 hab.	ND								
Razón de farmacéuticos por 10,000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND	3,2	3,2		3,9
Razón de radiólogos por 10,000 hab.	ND								
No. De egresados de postgrado en Salud Pública	1	3	1	1	2	0	0	1	1

Fuentes: Uruguay. Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias. Boletines de varios años, excepto para el 2001 que se utilizó <http://www.cippu.org.uy>. Para egresados de Salud Pública: Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Según estudios realizados en el medio⁶, las tendencias en la demografía médica en el Uruguay han sufrido un aumento geométrico de la tasa de médicos por 10.000 habitantes, feminización de la población médica y mayor tendencia hacia la especialización y multiespecialización. Existe una gran variabilidad en las remuneraciones de los médicos, tanto en el ámbito público como privado y de especialistas y médicos generales, por lo cual no existen patrones de remuneración que sean representativos.

El MSP no tiene políticas formuladas en el área de recursos humanos. La única institución de formación de médicos es la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Las licenciadas en enfermería, parteras, psicólo-

gos, nutricionistas y técnicos (de laboratorio, registros médicos, anatomopatología) son formadas primordialmente en la Universidad de la República. En la última década hubo una proliferación de escuelas privadas para la formación de auxiliares de enfermería, especialmente en el interior del país. Todas las instituciones deben cumplir una serie de requisitos para acreditar la capacidad de los profesionales formados. Para poder ejercer, todo profesional de la salud debe estar registrado ante el MSP, quien habilita su ejercicio en el país. No existen colegios de profesionales, excepto el de enfermería

Legislación y normas

El MSP es el responsable de normatizar, evaluar y fiscalizar la atención de la salud en todo el país. Se creó en 1934 a través de la Ley Orgánica de Salud Pública estableciendo sus cometidos en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas. En noviembre de 1987 se creó dentro del MSP, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de acuerdo a la ley orgánica 15.903 a fin de ejercer *“la administración de los establecimientos de atención médica del MSP”* (Art. 267). De esta manera se divide la función normativa de la asistencial del MSP. En el marco de dicha ley, con el propósito de comenzar la descentralización, se creó el marco normativo para transferir a los gobiernos departamentales e instituciones del sector privado la administración o uso de establecimientos asistenciales propios. Sin embargo, actualmente ASSE sigue fuertemente centralizada.

Dentro del marco de la descentralización se destaca que en 1999 se realizó una experiencia piloto de gestión descentralizada en cuatro hospitales, la cual fue evaluada como exitosa. A fines del 2000 se establecieron nuevas formas de relación con otros 6 hospitales mediante la firma de compromisos de gestión cuyo propósito fue mejorar la eficiencia en la gerencia. La función normativa del MSP está a cargo de la Dirección General de la Salud (DIGESA) cuyos principales cometidos son⁷

- ◊ Elaborar y proponer la ejecución de planes, programas y proyectos de promoción y protección de la salud.
- ◊ Asesorar en la formulación, supervisión, control y evaluación de las políticas, planes, programas y normas vinculadas al sector salud, y proponer modificaciones a la legislación sanitaria existente.

- ◊ Promover la investigación científica en salud pública.
- ◊ Asesorar en la formulación de una política nacional de recursos humanos para la salud.
- ◊ Participar en la definición de las políticas de salud a nivel nacional, regional e internacional y actuar a nivel de las organizaciones internacionales específicas.
- ◊ Mantener actualizado un diagnóstico de situación de salud de la población y de su entorno físico y social así como de las necesidades en salud existentes en la población del país.
- ◊ Evaluar y asesorar sobre la necesidad, la eficacia y eficiencia de las tecnologías en salud aplicadas en el país.
- ◊ Promover el uso racional del medicamento y desarrollar una política nacional del medicamento.
- ◊ Dirigir y coordinar la ejecución de los planes, programas, proyectos y actividades destinados al cumplimiento de los cometidos sustantivos.
- ◊ Asistir a la jerarquía ministerial en aspectos referentes al funcionamiento de la Unidad Ejecutora así como respecto al cumplimiento de sus objetivos.
- ◊ Definir áreas de intervención programática para resolver problemas de salud colectiva, determinando responsables, objetivos, principales actividades y plazos de ejecución.

Los servicios de ASSE no tienen un marco regulatorio explícito en cuanto al funcionamiento, la estructura o la calidad de la atención de los servicios. Existe un sistema de acreditación que no es obligatorio para las instituciones públicas. En el proceso de descentralización los compromisos de gestión con los hospitales dependientes del MSP, permitiría evaluar el cumplimiento de las funciones señaladas en dichos documentos. Para el sector privado existe una regulación por la Ley 15.181 que define las prestaciones que se deben brindar, las inversiones a realizar, los requisitos mínimos para su funcionamiento, etc. Esta ley rige sólo para las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) pero no para los seguros parciales los cuales tienen un marco regulatorio menos estricto.

Respecto al funcionamiento de los servicios de salud, el MSP dispone del Sistema Nacional de Información (SINADI). Este brinda datos de las IAMC sobre cober-

tura, número de prestaciones de servicios, gestión económico-financiera, y algunas variables de recursos físicos de las instituciones. No obstante, no brinda información sobre recursos humanos. También tiene en ejecución, desde hace una década, un sistema de información sobre la producción, rendimientos y costos (PRORRECO) de los establecimientos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (MSP-ASSE). La información disponible es utilizada muy poco por el MSP, tanto a nivel central y local, como por las instituciones privadas.

La ley de creación de ASSE permite que las prestaciones de mayor complejidad puedan ser compradas a prestadores privados. En el interior del país, es frecuente la venta y compra de servicios entre ASSE y el subsector privado.

La superposición de servicios, la descoordinación interinstitucional, la falta de definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, cuestionan a tratar al conjunto de instituciones de asistencia como un sistema organizado (Filgueira, 1996).

Actualmente se está transitando una etapa de cambios políticos en el sector salud, tendientes a un fortalecimiento de la función de superintendencia por parte del Estado, control de calidad de las prestaciones, evaluación de la gestión, etc. Dentro del subsector público, se está produciendo un cambio hacia la descentralización, traducida por ejemplo, en la transferencia a los efectores del Primer Nivel, de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención, pudiendo ubicarse el desarrollo de programas de salud reproductiva (como el Programa de Salud Integral de la Mujer en Montevideo) como producto de ese proceso. Cabe destacar, asimismo, la tendencia hacia la coordinación entre los distintos efectores, de manera de lograr la protocolización para diagnóstico y tratamiento, sistemas de referencia y contra-referencia, etc., tendientes a subsanar algunas de las debilidades más importantes del sub-sector.

No existe una normatización en cuanto a la medición de calidad de los servicios, sino que las experiencias son puntuales. No hay una exigencia por parte del MSP de conformar un Comité de Ética para evaluar el comportamiento profesional en los establecimientos de salud. Las experiencias que existen son por iniciativa de cada establecimiento.

En noviembre de 1997 se decretó la obligación de que cada institución de salud pública o privada en el Uruguay tuviera un comité de control de infecciones intrahospitalarias, adjunto a la dirección, otorgándole un año de plazo para su implementación.⁸ Aún no se tiene información de cuántas instituciones ya poseen un comité o programa de infecciones hospitalarias en funcionamiento en el ámbito nacional.

Desde 1996 se viene desarrollando el sistema de acreditación de Hospital Amigo del Niño. A la fecha se han acreditado algunas maternidades del país tanto públicas como privadas.

Por decreto del Poder Ejecutivo (junio, 1992) se establecieron las Normas de Conducta Médica y los Derechos del paciente. Dicho decreto creó también la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS). Esta Asociación se dedica principalmente al apoyo del usuario de los servicios de salud en los trámites de denuncias ante el MSP.

En el 2001 se aprobaron por el MSP la Cartilla de los Derechos de los Usuarios, la cual es obligatorio colocar en un lugar visible en todos los establecimientos del sector privado. No hay información sobre el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) establecidas y funcionando.

PROCESOS DE REFORMAS

Características

Las políticas de desarrollo en el Uruguay de los últimos 30 años han experimentado un viraje profundo. Crecientemente, se fue generalizando la idea que el viejo modelo "Estado dirigista" (Estado benefactor) ya no era más sostenible y debía ser reemplazado. La fórmula de "economías en transición" sirvió para designar estas reformas orientadas al mercado que comenzaron a ponerse en práctica en la década del 70, con lo que se dio en llamar la "primera generación de reformas". Uruguay comenzó a procesar luego de la transición democrática, en 1985, sus reformas de "segunda generación", o institucionales: la reforma de la Seguridad Social, de la Educación, de la Gestión Administrativa del Estado, y de la Salud, entre otras. (Mitjavila, Fernández, Moreira, 1999)

El tránsito de las reformas de "primera generación" parece hoy completo. Según los estudios de Morley et al (1999), Uruguay aparece no sólo como uno de los países más tempranamente reformados (junto con Chile y Colombia), sino como el país más reformado en una lista de 17 países de América Latina. Sin embargo, los estudios tienden a resaltar que la reforma del estado en Uruguay ha sido atípica cuando se la compara con la de otros países de la región, en particular porque siempre tuvo componentes "estadistas" combinados con formas gradualistas de introducir las reformas. (Mitjavila, Fernández, Moreira, 1999)

Según estos autores/as el *"carácter de la reforma "desobediente" a las tendencias marcadas por los organismos internacionales, ha llevado a una relativamente buena performance social frente a la situación de Latinoamérica. Esta performance social no sólo está relacionada con las políticas sociales y la forma en la que fueron reformadas, sino que también se debe a que el régimen welfare state subsiste de manera casi intacta."*

El estado uruguayo sigue teniendo una presencia poderosa y hegemónica en la vida cotidiana de los ciudadanos/as que no condice con las condiciones y compromisos asumidos frente a los organismos internacionales de crédito y fiscalización. Esto implicó transitar por soluciones atípicas para avanzar en su reforma.

Los intentos de privatización de empresas públicas han tenido que seguir, hasta la actualidad, modalidades menos tajantes. La tercerización ha servido para achicar la participación directa del Estado en la ejecución de algunas actividades y servicios, si bien los servicios básicos en su casi totalidad siguen estando a cargo de empresas públicas (agua potable, telefonía, electricidad, etc.)

La **reforma del Estado en Uruguay, en la cual se inscriben los intentos de reforma del sector salud**, sigue también una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector no parece ocupar un lugar prioritario. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, mantienen cautela al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar los consensos necesarios en las cuestiones "centrales" de la agenda (entre las cuales está ausente la salud y los derechos sexuales y reproductivos). Esa cautela coincide con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social. (Abracinskas, Dufau, Filgueira, López Gómez, Rostagnol, 2002).

Las innovaciones emprendidas se caracterizan por acciones que no reflejan necesariamente una articulación entre sí, ni reflejan lineamientos claros que permitan comprender su norte. No ocupa un lugar en el debate público (como sí sucedió por ejemplo con la reforma educativa), y los actores políticos mantienen cierta cautela al plantear innovaciones. Asimismo, la corporación médica constituye tradicionalmente un actor clave en la vida política del país. En Uruguay, se constata que el poder médico se articuló claramente con el poder político, siendo su presencia fundamental en los procesos de reforma "silenciosa" del sector salud. En tal sentido, el historiador uruguayo José Pedro Barrán señala que *"El Estado apoyó permanentemente y en casi todas sus pretensiones a la "clase médica" porque su saber representaba a la cultura científica ante la "ignorancia" popular, porque su poder era a menudo un agente eficaz del gobierno central en el interior, y porque ambos, saber y poder, tenían una función disciplinante clave en la construcción del Hombre que el orden establecido requería."* Y más adelante agrega: *"La solidez de esta alianza se advierte tanto en el apoyo médico al poder estatal, a la que ya aludimos, como en el apoyo del Estado a la medicalización de la sociedad."*

Según el Informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el sistema de salud y la reforma en Uruguay (2002), el hecho más relevante de los últimos 15 años en el subsector público fue la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en el MSP (ASSE; artículo 275 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987). Si bien ASSE continúa bajo la dependencia del Ministro de Salud Pública, la ley de su creación otorga la potestad de transferir sus servicios a las municipalidades, realizar convenios con las instituciones privadas e incluso la gestión de determinadas cantidades de los presupuestos de los establecimientos por los llamados "Grupos de Apoyo" (vecinos de la localidad). La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una incipiente reforma del sector público que no se ha profundizado. En Uruguay no existe un proceso que intente reformar al sector salud en su totalidad. Para muchos autores este fue el comienzo del proceso de reforma de la atención a la salud. Sí hay, en cambio, un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer al MSP, tanto en su capacidad de gerencia como en la prestación de los servicios que brinda, y en las acciones de ciertos programas prioritarios. Tales proyectos forman parte de una política global del Gobierno tendiente a la modernización del Estado y al refuerzo de las áreas sociales, iniciada en 1995 y financiada en casi su totalidad por préstamos del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El mencionado proceso está dirigido, a nivel general, por la Presidencia de la República y su Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y, dentro de cada sector, por el Ministerio del ramo. En el sector salud los proyectos se concentran en el subsector público y en su casi totalidad en el MSP.

En 1995 el gobierno envió al Parlamento un proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE, dicho proyecto no fue aprobado. La estrategia de la reforma del sector salud se basa en la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del MSP.

La rectoría de los proyectos dentro del MSP la ejerce el Ministro con la asesoría de su Unidad de Cooperación Internacional, las tres Direcciones Generales, y los jefes de los proyectos del BID y del BM. Desde su inicio (1995), han habido varios ajustes en los proyectos y cambios de las autoridades ministeriales (cinco cambios de Ministro y cargos políticos correspondientes desde 1995 a marzo del 2002).

El MSP tuvo un papel relevante a la hora de impulsar la reforma. Los procesos se han dado de diferente manera y con diferente desarrollo en cada uno de los sectores público y privado. En el último año en el ámbito público en el proceso de la descentralización se realizaron compromisos de gestión entre ASSE y los hospitales. En el ámbito privado el Programa de Modernización de los Servicios de Salud (PROMOSS), realizó la recolección y procesamiento de los datos asistenciales y económico financieros que permitieron el conocimiento de la situación a este nivel. De acuerdo a este diagnóstico se le planteó a las distintas IAMC los problemas más relevantes de su estructura y funcionamiento. Según la respuesta a este diagnóstico las IAMC podrán solicitar préstamos a bancos internacionales para fortalecimiento del sector.

En suma, como hemos mencionado se han efectuado intentos de reforma del sector, entre las que se destacan la propuesta de la Ley de Descentralización de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) –impulsada entre 1990 – 1995-, la ampliación de la cobertura de la seguridad social a una franja de la población jubilada o la puesta en marcha de un sistema de identificación de usuarios del sistema público, pero aún están en debate. El rol del Estado en calidad de prestador de servicios de salud ha sido uno de los ejes centrales de

discusión en las propuestas de reforma. En tal sentido, uno de los principales nudos de debate es la contradicción entre el rol prestador-normatizador versus la tercerización (transferencia) de servicios al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil. La burocracia pública y el sector privado han hecho hincapié, en general, en la necesidad de separación de los aspectos asistenciales y normatizadores del Estado (Moreira, Fernández, 1997). Según esta propuesta, las funciones asistenciales deberían ser relegadas a un paquete básico de prestaciones, destinado a los sectores de menores recursos. Otras voces se han hecho sentir, asegurando que una estructura sólo “para pobres”, afecta la calidad asistencial de todo el sistema.

“Las políticas de reforma del sistema de salud como tal, en Uruguay, han respondido más bien a un patrón de “reestructuración pasiva” del sector que a una política activa. Distintas propuestas de reforma fueron ensayadas desde la transición democrática, orientadas tanto a superar los déficits crecientes del seguro social de salud (mutualismo) como los problemas de ineficiente y mala calidad de atención a nivel del sector público. Sin embargo, diversos bloqueos políticos han inhabilitado no sólo la reforma, como también un debate público más compartido por los uruguayos sobre el tema.” (Moreira, Fernández: 1997)

Marco jurídico: No se tiene planificado proponer modificaciones a la Constitución o a la legislación básica del sector salud. En la reforma del Estado se reafirman los dos cometidos sustantivos del MSP establecidos en la Constitución de 1967 y en la Ley Orgánica del MSP (1934): brindar asistencia gratuita a la población carente de recursos, y promover la salud y fomentar la disminución de factores de riesgo en toda la población.

La equidad no se define en la normativa jurídica sanitaria vigente. El subsector privado se ha basado en la solidaridad intergeneracional y no en el principio de la equidad en la asignación de recursos.

No hay un programa específico de aumento de cobertura. Existe cierto consenso entre los operadores del sector en extender el aseguramiento por parte de la Seguridad Social a sectores aún no cubiertos, lo cual permitiría aumentar la población afiliada de las IAMC¹⁰ No se ha establecido aún un conjunto básico de prestaciones.

Rectoría y Separación de funciones En el año 2001, el Parlamento aprobó la reestructuración funcional del MSP. Se crearon 3 áreas dependientes de la Dirección General de la Salud: Servicios de Salud, (Calidad, evaluación y auditoría), Productos (Equipos de salud, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y medicamentos) y Salud de la Población (Epidemiología y Programas Prioritarios). Se han realizado esfuerzos aunque no coordinados de mejorar los sistemas de información. No hay ningún planteo de reorganización de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Modalidades de descentralización: Aunque no se logró dotar, aún, de un mayor grado de autonomía a los hospitales del ASSE –como lo permite la ley de 1987– el MSP continúa impulsando la desconcentración y descentralización de sus establecimientos a través de un proyecto financiado por el Banco Mundial, que crea los hospitales públicos de gestión descentralizada. Para ello se espera fortalecer los cuadros gerenciales de los hospitales.

Participación y control social: No existen mecanismos institucionales de participación de las organizaciones de la sociedad civil para el seguimiento de las políticas de salud en Uruguay. Existen algunas Comisiones de Apoyo en algunos hospitales de ASSE. También existen comisiones barriales de salud que apoyan a los centros de salud de las Intendencias Municipales, sobre todo en las periferias de las ciudades.

Financiamiento y gasto: En 1996 y en 1999 el MSP publicó las primeras cuentas nacionales de salud. En el año 2000 realizó las cuentas nacionales referente al VIH-SIDA. En la actualidad se está trabajando con las cuentas relacionadas con los accidentes de tránsito. A pesar de estos incipientes esfuerzos, aún no se han introducido medidas que modifiquen sustancialmente la estructura ni composición del gasto en salud y su financiamiento.

Oferta de servicios: No hay ningún proyecto en la actualidad dirigido a modificar sustancialmente la oferta de servicios de primer y segundo nivel. No ha habido ningún aumento de los proveedores de servicios públicos ni privados.

Modelo de gestión: Se están implementando, como ya se ha señalado compromisos de gestión entre los hospitales del MSP-ASSE, para mejorar la eficiencia de la gestión. En el ámbito privado como consecuencia del PROMOSS, se han

evidenciado problemas en la gestión de las IAMC los cuales deben ser solucionados para poder acceder a préstamos para la reactivación de las instituciones.

Recursos humanos: En la formación de los recursos del sector se han introducido cambios, readecuando los cupos de Residencias médicas para priorizar la atención de primer nivel. En el ámbito de la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados está implementando la Educación Médica Continua a través de la acreditación de instituciones y programas, con miras a una futura re-certificación de los profesionales.

Evaluación de resultados: No existen estudios que indiquen que los cambios que pudieran haber ocurrido en el país en cuanto a la equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación comunitaria se puedan deber total o parcialmente a una Reforma Sectorial (OPS, 2003)

Actores involucrados

El proceso de debate público sobre el sistema de salud y las transformaciones que éste requiere no ha tenido la amplitud en la participación de actores diversos, así como tampoco el involucramiento activo de la ciudadanía. Tal como ya hemos señalado, el proceso de reformas parciales, se han dado en una modalidad “silenciosa” y gradual, que ha dificultado un debate abierto y activo, así como ha invisibilizado las tendencias a las que responden estas transformaciones parciales del sistema.

Por otro lado, un estudio realizado por Centro de Estudios Sociales e Interdisciplinarios del Uruguay (CESIU-1999) sobre las relaciones Estado–Organizaciones de la Sociedad Civil¹¹, revela que el rol de estas últimas es relativamente “nuevo” en el contexto político de la reformas en el Uruguay y que el “*legado histórico no es el mejor*”. El estudio señala “*una “debilidad” de la sociedad civil uruguaya, que si bien ha exhibido históricamente una alta capacidad asociativa y organizativa, permaneció relegada frente al protagonismo de los actores políticos y estatales*”. (Moreira, 1999)

En el período post-dictadura, y cumpliendo un rol importante en la recuperación democrática, un tejido de organizaciones sociales emerge como nuevas formas de “representación” social. En ese contexto, y a partir de la década del 80,

junto a la explosión de diversos nucleamientos sociales en torno a temáticas no incluidas en las agendas de los partidos políticos tradicionales, las organizaciones de mujeres y feministas comienzan a jugar un rol relevante en la visibilización de la discriminación y desigual condición de la mujer en Uruguay.

En el año 1985, la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), instancia de diálogo y acuerdos nacionales para la reconstrucción democrática del país, que nucleó a los partidos políticos, la central sindical de trabajadores y trabajadoras, organizaciones sociales, etc., definió lineamientos estratégicos sobre el sector salud, como recomendaciones hacia el nuevo gobierno democrático que se instalaba en el país. En ese contexto las incipientes organizaciones de mujeres y las mujeres de partidos políticos y sindicatos acordaron constituir la Concertación Nacional de Mujeres que elaboró documentos de diagnóstico y propuestas en educación, salud, trabajo, participación política –entre otros– identificando las situaciones que afectaban la condición de las mujeres.

En la década de los 90, fundamentalmente las organizaciones de mujeres vinculadas a los temas de salud, cumplieron un papel decisivo en el “camino a Cairo” (CIPD, El Cairo 1994) y en colocar en la arena política asuntos de población, desarrollo y salud sexual y reproductiva como asuntos de equidad, justicia y derechos humanos. Desde entonces se han desarrollado estrategias sostenidas de *advocacy* en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, y se han centrado las “energías institucionales” en incidir en la definición de políticas y programas en salud reproductiva desde el enfoque de género, no realizando –salvo excepciones–, prestación de servicios.

Como se ha mencionado, en Uruguay los principales actores políticos, no han actualizado la agenda en materia de derechos que propicien el ejercicio pleno de la ciudadanía. En el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, no existen políticas de Estado que otorguen continuidad a las acciones: “(...) un país como Uruguay donde la discontinuidad de tendencias programáticas, políticas de reforma del sector salud, programas, acciones y responsables tienen una alta rotación y discontinuidad. No solamente porque en cada cambio de administración, cada cinco años, se renueva gran parte de la composición legislativa y del cuerpo de decisores políticos a nivel ejecutivo, sino porque además al no contar con políticas de Estado, se suele comenzar siempre de cero, no hay acumulación de procesos ni acciones y, en general, no se garantiza continuidad ni aún cuando el mismo partido político está en el gobierno o en la institución ejecutiva.” (Abracinskas, L., López Gómez, A., 2001)²

Debate público

En este apartado ubicaremos las principales posturas definidas desde los distintos actores implicados, tomando como línea de partida, las que surgieron de los acuerdos de la CONAPRO en el año 1985 ante la recuperación de la democracia en el país. Desde entonces y hasta la fecha, las gremiales de trabajadores/as del sector salud, gremiales profesionales, partidos políticos, Universidad de la República y organismos de gobierno con el apoyo del Banco Mundial, han elaborado documentos de propuestas que intentaremos sintetizar en este apartado.

El Documento de la CONAPRO (1985)

El 11 de febrero de 1985, el Grupo Salud de la CONAPRO hizo público el documento final producto de los acuerdos alcanzados en el proceso de trabajo. El documento centraba los componentes fundamentales para el adecuado funcionamiento del sistema de salud, así como la organización básica requerida para el logro de una atención de alta calidad para toda la población.

El Documento¹³ en su parte introductoria, señalaba que “*El derecho a la salud no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata, y por lo tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente, como el derecho a la libertad o la soberanía nacional, se construye y se conquista; su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad.*”... “*El ejercicio pleno de este derecho debe fundarse en criterios de universalidad, equidad y solidaridad.*” “*Para el logro de los fines expuestos se creará el Sistema Nacional de Salud, éste, que será único, tendrá el objetivo de lograr una atención de la salud igualitaria, integral, continua, de calidad adecuada y accesible a todos los habitantes de la República, sin distinción de nivel socioeconómico, ni de ninguna otra especie, sin exclusiones ni superposiciones, de orientación preventiva, y de contenido profundamente humanista.*”

El Documento de la CONAPRO, planteó con claridad la necesidad de crear e implementar un Sistema Nacional de Salud (SNS) con prestaciones igualitarias, integrales y accesibles para toda la población, inspirado en el marco conceptual de la Atención Primaria de la Salud. La conformación de un SNS es visualizada como un proceso de integración progresivo de las estructuras públicas y pri-

vadas; la coordinación interinstitucional constituye un factor decisivo para el adecuado funcionamiento de la nueva estructura. El sistema exigía un ordenamiento por niveles de complejidad de los efectores, así como la regionalización de acuerdo a su capacidad de respuesta a la demanda.

En relación a la forma jurídica del SNS y su relación con el MSP, el documento expresa: *“Se promueve desde el punto de vista jurídico la creación por ley de un organismo, con el máximo de autonomía administrativa y financiera que permita el desarrollo del SNS y el cumplimiento de sus fines, asegurando un eficiente contralor del Estado”.... “El SNS se relacionará con el Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública”.*

De esta forma se independizaba al MSP de sus funciones de prestación de servicios, y se transfería al SNS esa función. Se ubicaba en la propuesta al MSP el rol de rector de salud, encargado de formular la política a nivel nacional, controlar el funcionamiento del sistema en su conjunto, establecer las normativas, ejercer la supervisión y control del cumplimiento de las mismas, elaborar programas y desarrollar el sistema de información y vigilancia epidemiológica nacional.

La propuesta del programa de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS – MSP)

El programa FISS-MSP financiado por el Banco Mundial, ha elaborado un conjunto de informes que constituyen documentos de sistematización en propuestas de reforma del sector (FISS, 1997). Según los documentos la reforma debería apuntar a cuatro objetivos fundamentales: equidad, eficiencia microeconómica, calidad y eficiencia en la asignación de recursos. Estos objetivos serían enmarcados en dos alternativas políticas de la reforma: una primera, según declara el documento, de mayor impacto sobre la reducción de la tasa de crecimiento del gasto en salud, que es un *“modelo global de transformación del sistema actual”*; y una segunda, menos ambiciosa – pero quizá más viable políticamente – definida como un conjunto de *“ajustes parciales al sistema”*.

El modelo “global” supone la creación de un Fondo Nacional, a partir de los aportes de los presupuestos públicos de salud, los aportes obligatorios al seguro de salud, y las contribuciones privadas, que realizarían un pago *per capita* (que puede ser igual para todos los individuos, o ajustado por franja de riesgo).

Los efectores de salud (instituciones autorizadas que demostrarían estar en condiciones de prestar estos servicios, incluyendo en pie de igualdad hospitales públicos, seguros parciales e IAMC), deberían brindar una canasta de servicios de asistencia básica completa y obligatoria que eventualmente podría incluir también la cobertura de servicios de alta tecnología brindados actualmente por el Fondo Nacional de Recursos. Todo servicio que quedara fuera de la canasta se compraría en régimen de libre mercado. (Mitjavilla, Fernández, Moreira, 2002)

Respecto a los roles del Estado y el mercado, el documento señala que el Estado garantizaría y subsidiaría la asistencia médica a los indigentes, y los usuarios de Servicios Públicos quedarían en libertad de elegir la institución que les provea su Canasta de Servicios de Salud. Con respecto al sistema IAMC, el documento afirma que las actuales instituciones podrían actuar como intermediarias de un modo similar al que hoy actúan las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP) en el mercado de Fondos de la Seguridad Social. Esto requeriría una agencia central de regulación y financiamiento que fije estándares de servicios, canalice los fondos y controle calidad y resultados.

El modelo de ajustes parciales por el contrario, supone el mantenimiento del sistema multi-institucional, con un presupuesto público para los organismos públicos y un financiamiento privado y de la Seguridad Social para las instituciones privadas. Pero se harían ajustes al esquema general. En conjunto, el paquete de ajustes no parece diferir demasiado del “modelo global”.

La propuesta de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS – PIT – CNT)

La FUS es la gremial que nuclea a los y las trabajadoras de la salud, perteneciente a la central única de trabajadores/as (PIT – CNT). En el Documento¹⁴ elaborado recientemente en su 11 Congreso (FUS, abril 2003), se denuncia la emergencia social que vive el país, afectando directamente al sistema de salud. Define a la situación como de *“extrema gravedad que abarca a todo el sector público y privado en todo el país”*. Señala que como consecuencia de esta situación *“hay una exclusión evidente de los sectores de la población de menores ingresos a la atención de sus problemas de salud”*. Y enfatiza que la misma *“debe ser revertida rápidamente y requiere de medidas emergentes y apropiadas a la gravedad de la situación”*.

El documento señala que *“un factor determinante en esta crisis es el actual modelo asistencial, curativo y no preventivo, que privilegia de forma desproporcionada la utilización de alta tecnología de diagnóstico y tratamiento, generando un incremento incesante de costos. Un modelo que no es integral y que no cumple adecuadamente las actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la persona, la familia y el grupo social y su hábitat. No asegura la continuidad en la atención de salud, predominando la descoordinación, con superposición de actividades y registros clínicos heterogéneos e insuficientes. La desarticulación de la acción de los efectores de salud públicos y privados genera una duplicación o triplicación de servicios que son la contracara de la ausencia de una cobertura real”*.

La FUS señala como principios básicos para un Sistema de Nacional de Salud la universalidad, la accesibilidad, la integralidad y el carácter preventivo. Señala además la necesidad de los controles de calidad de los servicios y los criterios de oportunidad, continuidad, eficacia y eficiencia. En cuanto a la equidad señala que ésta *“no significa tratamiento igualitario sino la aplicación de una estrategia que reconozca los diferentes niveles de riesgo sanitario que existen socialmente y asigne los recursos para encararlos eficazmente. El gasto en salud está muy desigualmente distribuido entre el sector público y el sector privado, lo que refleja inequidad profunda del estado sanitario de los diferentes sectores sociales. Inequidad que se ha ahondado en los últimos años. Este gasto está concentrado en el segundo y tercer nivel de atención, en los medicamentos, y la alta tecnología diagnóstica y terapéutica.”*

En cuanto a la descentralización el documento señala que *“la centralización normativa y de conducción es una necesidad frente a la actual multiplicidad de regulaciones. Al mismo tiempo la desconcentración de la ejecución es un lineamiento fundamental para lograr la eficiencia en el funcionamiento del sistema. En una dimensión mayor, la descentralización en cuanto transferencia de poder desde las instancias centralizadas a las descentralizadas, es una de las estrategias de largo aliento, que se apoya en la participación popular.”*

La propuesta de la FUS enfatiza en la participación de los actores señalando que éste es *“uno de los principios fundamentales de la organización y funcionamiento del SNS, desde la base hasta la dirección, a nivel local, departamental y central.”* Y señala que los usuarios tienen derecho a *“elegir entre distintos efectores en el nivel secundario y terciario, y dentro de cada zona en la atención del primer nivel. Tiene el derecho a participar en el análisis de los problemas de salud de su comunidad y en la definición de las grandes líneas a seguir.”*

Finalmente, en cuanto a la estructura de SNS, el documento señala que *“el SNS debe ser un organismo público descentralizado, dirigido por una Junta Nacional de Salud integrada por el MSP, por un Super Intendente de Salud (nombrado por el Poder Ejecutivo), por un delegado de la Universidad de la República, un representante de los usuarios y un representante de los trabajadores (técnicos y no técnicos)”* *“El conjunto de los efectores de salud públicos y privados sin fines de lucro dependerán en la definición de las políticas nacionales, de las normativas y planes de salud, y en la contratación de sus prestaciones, de la Junta Nacional de Salud”*.

La propuesta de la FUS que sintéticamente planteamos en este apartado, se sostiene en *“la lucha contra la pobreza como un eje estratégico”*, en la cual el documento señala que la salud y su atención integral juega un rol fundamental. Aunque todavía es muy débil en la propuesta la integración de otras dimensiones de la equidad como la de género, raza, etnia, orientación sexual, edad en la atención de la salud.

La incidencia de las organizaciones de mujeres

En tanto, el proceso de la reforma sectorial de salud en Uruguay, mantiene características de escasa visibilización y una modalidad fragmentada de debate público, la estrategia de un sector de las organizaciones de mujeres (algunas de las organizaciones que trabajan específicamente en salud y DDSS y DDDR) ha sido la de incidir también de forma *“silenciosa”*, aprovechando los intersticios de la institucionalidad. En tal sentido, las acciones han intentado articular una agenda de transformación del sector salud introduciendo la salud reproductiva desde el fundamento de la integralidad. A modo de ejemplo, se ha logrado la incorporación de las prestaciones en anticoncepción, incluida la AE en los servicios públicos de salud del primer nivel de atención.

Esto ha constituido un paso fundamental en el proceso de cambio del modelo de atención, desde uno centrado en lo materno infantil hacia otro desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva en su integralidad. A las prestaciones tradicionales de control de embarazo y puerperio, se incorporó la detección oportuna de cáncer genito mamario y la anticoncepción, en una línea programática de salud integral de la mujer. La intención es avanzar ampliando la concepción de integralidad de la salud sexual y reproductiva mediante la interconexión de las acciones que se llevan desde los programas de VIH/SIDA, los de

anticoncepción, prevención de cáncer genito-mamario, control de embarazos, fecundidad asistida, etc.

Otros actores en el debate

Otros actores que se han involucrado activamente en el debate mediante la generación de propuestas de reforma del sector salud han sido la **Universidad de la República** (UdelaR), la principal institución de formación de profesionales del país, de investigación y en cuya órbita funciona el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, uno de los principales centros de agudos del país. La UdelaR ha elaborado documentos de diagnóstico y propuestas hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud, así como para la transformación del Hospital de Clínicas.¹⁵

Por su parte, los **partidos políticos** no han generado en los últimos años, documentos programáticos sobre el sector salud, de pública circulación. Seguramente, la proximidad del debate electoral (2004) les exigirá a los distintos sectores partidarios la explicitación de sus propuestas para abordar la crisis que afecta al sistema de salud, mediante la generación de medidas de emergencia y de medidas estratégicas tendientes a su transformación.

NOTAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública (1999). Departamento de Estadística. *Establecimientos de Salud en el Uruguay*. Montevideo:
2. Instituto Nacional de Estadística (1996): “Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos - Uruguay urbano - 1994 - 95”. Montevideo.
3. OPS CLAP (2001) Sistema Informático Perinatal en el Uruguay. SIP 15 años en el Uruguay. Montevideo.
4. Ministerio de Salud Pública (1996). El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS. Mimeo.
5. Ministerio de Salud Pública. (1998) Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo: Ministerio de Salud Pública – Fortalecimiento Institucional del Sector Salud.
6. Serra J.(1997) La oferta actual de médicos y su proyección: . En :Proyecto Centro Médico. Area formación de recursos humanos para la salud. Informe final. Coordinadora C. Barbato. Mimeo. Montevideo.
7. Documento MSP – DIGESA. Disponible en la página web del MSP www.msp.gub.uy
8. Quintana A. (1998) Organización, actividades y resultados del primer sistema multiinstitucional de control de infecciones intrahospitalarias. *2ª Reunión nacional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud*. Grupo de trabajo multiinstitucional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud. Montevideo.
9. Barrán, J. P. (1992) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. El poder de curar. Ediciones Banda Oriental. Montevideo.
10. Buglioli, M. et al. (2002) Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Impacto de la regulación. Gaceta Sanitaria.
11. Estudio solicitado por el FAS (Programa de Fortalecimiento del Area Social) – MSP.
12. Abracinskas, L. López Gómez, A. (2001) Los derechos sexuales y reproductivos en la