



**DOSSIER NACIONAL SOBRE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA
AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LÍMITES
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**

Intercambio III.2-2-2008

**El primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud:
posibilidades y límites en América Latina**

**Diciembre 2008
Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Montevideo, Uruguay**



DOSSIER NACIONAL SOBRE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LÍMITES REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

ÍNDICE

I.	PRIMERA	PARTE:	ASPECTOS
GENERALES.....			3
1.	PRESENTACIÓN.....		3
2.	BREVE RESEÑA SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD.....		3
3.	ANTECEDENTES DE APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y/O EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA DE SALUD.....		7
4.	DERECHOS Y OBLIGACIONES DE USUARIOS Y PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....		11
II.	SEGUNDA PARTE: LA REFORMA DE LA SALUD Y EL MARCO LEGAL.....		13
5.	CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD.....		13
6.	DESCENTRALIZACIÓN ASSE.....		13
7.	SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.....		13
8.	DERECHOS Y OBLIGACIONES DE USUARIOS Y PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....		16



III. TERCERA PARTE: APS COMO BASE DEL SISTEMA DE SALUD.....17

1. INSTITUCIONES	Y	SERVICIOS	DE
APS.....		17	
2. MECANISMOS	DE	ACCESO,	UNIVERSALIDAD
ATENCIÓN.....		20	DE LA
3. MEJORAS		EN	LA
ACCESIBILIDAD.....		22	
4. TIEMPOS			DE
ESPERA.....		23	
5. ORGANIZACIÓN	DEL	SISTEMA	DE
SALUD.....		24	
6. APS	COMO	SERVICIO	DE
CONTACTO.....		26	PRIMER
7. ESTRATEGIAS Y MECANISMOS DE INTEGRACIÓN DE LA APS CON OTROS NIV.DE			
ATENCIÓN.....		26	
8. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA			
PREFERENCIAL	AL	SISTEMA	DE
SALUD.....		28	

BIBLIOGRAFÍA	Y	FUENTES
CONSULTADAS.....		29



DOSSIER NACIONAL SOBRE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LÍMITES REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY¹

I. PRIMERA PARTE: ASPECTOS GENERALES

1. PRESENTACIÓN

Para la elaboración del presente dossier se ha tomado como insumo el dossier nacional preparado en el año 2007 “*Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención*”, desarrollando ahora con más detalle algunos de sus ítemes y, fundamentalmente, actualizando la información referida a la aprobación del marco normativo de la reforma de la salud.² También se han revisado documentos y otros informes preparados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para su presentación ante instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales. En particular se han considerado dossiers realizados para el Programa Eurosocial Salud en el marco de otras áreas temáticas y líneas de intercambio.³

2. PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD

La población de Uruguay es de 3.323.906⁴ personas. Históricamente el país se ha caracterizado por una baja tasa de natalidad global, alta esperanza de vida, migración interna desde las zonas rurales a las urbanas y envejecimiento progresivo de la población. Desde el punto de vista político el país se divide en 19 departamentos. Montevideo, la capital, es el departamento de menor superficie territorial y en el que vive el 40% de la población del país. Es el departamento de mayor densidad de población -cerca de 2.500 personas por kilómetro cuadrado-, con una gran diferencia respecto del segundo departamento, Canelones, con 112 habitantes por kilómetro cuadrado. Cuatro departamentos tienen un promedio de 20 habitantes por kilómetro cuadrado y trece tienen un promedio menor a los 10 habitantes por kilómetro cuadrado. Por tanto, la gran mayoría de las zonas del interior se encuentran prácticamente

¹ Documento preparado por la Dirección General de la Salud a través de punto focal Eurosocial Salud y coordinación técnica de intercambios APS, con aportes de la Dirección General de Secretaría-División Economía de la Salud.

² Nótese a este respecto que el marco normativo completo que da sustento a la reforma sanitaria viene completando su proceso de aprobación desde fines de 2007, por lo que, a la fecha de realización del presente dossier, llevamos un año de implementación de la reforma a través de su tres leyes principales.

³ La dinámica e intensidad de los distintos procesos de reforma que en nuestro país se vienen dando actualmente, que son parte de la reforma del estado, complejiza la tarea de acopio, recupero y sistematización de los valiosísimos aportes que desde diversos espacios de actuación se vienen llevando a cabo.

⁴ Datos proyectados. El último censo nacional de población se realizó en el año 2004 (INE, Censo FASE I), con 3.241.003 habitantes.



despobladas. La población residente en áreas rurales representa sólo el 6.3% de la población total del país. En cuanto a la distribución de la población por género y tramo etario, se observa un porcentaje cercano al 23% de menores de 15 años y del 14% de mayores de 65 años. Dentro de estos grupos poblacionales, las mujeres tienen mayor peso relativo en el tramo de mayor edad mientras que se da el fenómeno inverso en el tramo de menores de 15 años (es decir, mayor participación relativa de la población masculina en relación a la femenina).

En los siguientes cuadros puede verse la información anterior en datos desagregados por departamento y según cantidad de población, extensión territorial, población urbana y población rural⁵; y la evolución de algunos indicadores demográficos⁶

POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO, TERRITORIO, ÁREA URBANA Y ÁREA RURAL (2007)								
	Población	%	Sup(km2)	%	Pob/km2	Pob.rural	Pob.urbana	% Pob.rural
TOTAL	3.323.906	100	175.016	100	18,99	209.781	3.114.125	6,3
<u>ARTIGAS</u>	79.317	2,39	11.928	6,82	6,65	7.351	71.966	9,3
<u>CANELONES</u>	509.095	15,32	4.536	2,59	112,23	53.951	455.144	10,6
<u>C. LARGO</u>	89.383	2,69	13.648	7,80	6,55	10.060	79.323	11,3
<u>COLONIA</u>	120.855	3,64	6.106	3,49	19,79	16.030	104.825	13,3
<u>DURAZNO</u>	60.926	1,83	11.643	6,65	5,23	6.613	54.313	10,9
<u>FLORES</u>	25.609	0,77	5.144	2,94	4,98	2.557	23.052	10,0
<u>FLORIDA</u>	69.968	2,10	10.417	5,95	6,72	10.436	59.532	14,9
<u>LAVALLEJA</u>	61.883	1,86	10.016	5,72	6,18	7.786	54.097	12,6
<u>MALDONADO</u>	147.391	4,43	4.793	2,74	30,75	6.734	140.657	4,6
<u>MONTEVIDEO</u>	1.342.474	40,39	530	0,30	2.532,97	0 ⁷	1.342.474	--
<u>PAYSANDÚ</u>	115.623	3,48	13.922	7,95	8,31	8.546	107.077	7,4
<u>RÍO NEGRO</u>	55.657	1,67	9.282	5,30	6,00	6.860	48.797	12,3
<u>RIVERA</u>	109.267	3,29	9.370	5,35	11,66	11.145	98.122	10,2
<u>ROCHA</u>	70.614	2,12	10.551	6,03	6,69	6.196	64.418	8,8
<u>SALTO</u>	126.745	3,81	14.163	8,09	8,95	11.277	115.468	8,9
<u>SAN JOSÉ</u>	107.644	3,24	4.992	2,85	21,56	17.335	90.309	16,1
<u>SORIANO</u>	87.073	2,62	9.008	5,15	9,67	8.114	78.959	9,3
<u>TACUAREMÓ</u>	94.613	2,85	15.438	8,82	6,13	13.803	80.810	14,6

⁵ Elaboración propia según datos Div.Economía de la Salud (MSP) e INE Revisión 2005.

⁶ Fuente: INE, Proyecciones de población, revisión 2005, www.ine.gub.uy

⁷ Montevideo, según las proyecciones del INE, se considera completamente urbano.



T. Y TRES	49.769	1,50	9.529	5,44	5,22	4.987	44.782	10,0
-----------	--------	------	-------	------	------	-------	--------	------

INDICADORES DEMOGRAFICOS DEL URUGUAY. Período 1996 - 2025

Años	Población al 30 de junio de cada año	Edad mediana			Porcentaje de población de 65 años o más			Porcentaje de población menor de 15 años		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1996	3.235.549	31,40	29,90	32,80	12,8	10,8	14,6	25,5	26,7	24,2
1997	3.256.182	31,50	29,90	33,00	12,8	10,8	14,7	25,3	26,6	24,1
1998	3.273.777	31,60	30,00	33,10	12,9	10,9	14,8	25,2	26,5	24,0
1999	3.288.819	31,70	30,10	33,30	13,0	10,9	14,9	25,0	26,3	23,8
2000	3.300.847	31,80	30,10	33,50	13,0	10,9	15,0	24,9	26,2	23,6
2001	3.308.356	32,00	30,30	33,70	13,1	10,9	15,1	24,7	26,0	23,4
2002	3.308.527	32,10	30,40	33,90	13,1	10,9	15,2	24,5	25,9	23,3
2003	3.303.540	32,30	30,50	34,10	13,2	10,9	15,2	24,4	25,7	23,1
2004	3.301.732	32,00	30,40	33,70	13,2	10,9	15,3	24,2	25,5	22,9
2005	3.305.723	32,20	30,60	33,90	13,3	11,0	15,4	23,9	25,3	22,6
2006	3.314.466	32,40	30,70	34,10	13,4	11,0	15,6	23,7	25,1	22,4
2007	3.323.906	32,60	30,90	34,30	13,4	11,0	15,7	23,4	24,8	22,2
2008	3.334.052	32,80	31,10	34,50	13,5	11,1	15,8	23,1	24,5	21,9
2009	3.344.938	33,00	31,30	34,70	13,6	11,1	15,9	22,9	24,2	21,6
2010	3.356.584	33,30	31,50	35,00	13,6	11,1	15,9	22,6	23,9	21,3
2011	3.368.595	33,50	31,70	35,20	13,6	11,1	16,0	22,2	23,5	21,0
2012	3.380.544	33,70	31,90	35,40	13,7	11,1	16,0	21,9	23,2	20,7
2013	3.392.407	33,90	32,00	35,70	13,7	11,2	16,1	21,6	22,9	20,5
2014	3.404.189	34,10	32,20	35,90	13,8	11,2	16,2	21,4	22,6	20,2
2015	3.415.866	34,30	32,40	36,10	13,9	11,3	16,3	21,1	22,4	20,0
2016	3.427.423	34,50	32,60	36,40	14,0	11,4	16,5	20,9	22,2	19,8
2017	3.438.815	34,70	32,80	36,60	14,2	11,5	16,6	20,8	22,0	19,7
2018	3.450.021	34,80	33,00	36,80	14,3	11,7	16,8	20,7	21,9	19,6
2019	3.461.010	35,00	33,20	37,00	14,5	11,8	17,0	20,6	21,8	19,5
2020	3.471.747	35,30	33,40	37,20	14,7	12,0	17,2	20,5	21,6	19,4
2021	3.482.196	35,50	33,70	37,40	14,8	12,2	17,3	20,4	21,5	19,3
2022	3.492.277	35,70	33,90	37,60	15,0	12,3	17,5	20,3	21,4	19,2
2023	3.501.937	36,00	34,20	37,80	15,2	12,5	17,7	20,2	21,3	19,1
2024	3.511.125	36,20	34,40	38,00	15,4	12,7	17,9	20,1	21,2	19,0
2025	3.519.821	36,50	34,70	38,30	15,7	13,0	18,2	20,0	21,1	18,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población, revisión 2005.

Desde el punto de vista epidemiológico, Uruguay ha realizado la transición con una baja prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. En gran medida la razón de la primera es la actualización del esquema de vacunación, con un programa de cobertura de casi el 100%, que ha permitido la erradicación de la viruela, difteria, tétanos y rubéola. Con respecto a las enfermedades crónicas y degenerativas, el MSP realizó en el correr del año 2006 la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, cuyos resultados están permitiendo el diseño y orientación de políticas para enfrentar la situación. Según los datos de esta encuesta ⁸

⁸ Las enfermedades crónicas que abarcó la encuesta fueron las cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar crónica y enfermedad renal crónica.



estas enfermedades representan el 70% de las causas de mortalidad e insumen el 60% de los costos de la atención médica. La encuesta se centró en la indagación de la prevalencia de los factores de riesgo conductuales (consumo de tabaco y de alcohol, dieta no saludable, sedentarismo) y de los factores de riesgo biológicos (sobrepeso y obesidad, tensión arterial y glicemia elevada y lípidos sanguíneos anormales).

De los múltiples datos recabados, vale la pena destacar:

- Porcentaje de adultos con bajo riesgo: 1%
- Porcentaje de adultos entre 25 y 44 años que presentan riesgo elevado (por lo menos 3 factores): 38%
- Porcentaje de adultos entre 45 y 64 años que presentan riesgo elevado: 63%.

El siguiente cuadro muestra la evolución de las tasas de crecimiento, natalidad, mortalidad, mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer.⁹

INDICADORES DEMOGRAFICOS					
Período: 1997 -					
INDICADOR	2007	2006	2005	2004	
	VALOR DEL INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	
Esperanza de Vida al Nacer (1)					
Ambos sexos	75,85 años	75,72 años	75,60 años	75,25	años
Hombres	72,26 años	72,12 años	71,98 años	71,67	años
Mujeres	79,63 años	79,52 años	79,42 años	78,94	años
Tasa Bruta de Natalidad (2)	14,3 o/oo	14,8 o/oo	14,3 o/oo	15,20	o/oo
Tasa Global de Fecundidad (1)	2,02	2,03	2,04	2,08	
Relación de Masculinidad (1)	93,4	93,4 #	93,5	93,5	
Tasa Bruta de Mortalidad (2)	10,3 o/oo	9,4 o/oo	9,8 o/oo	9,76	o/oo
Tasa de Mortalidad Infantil (2)	12,0 o/oo	10,5 o/oo	12,7 o/oo	13,20	o/oo
Edad Mediana de la Población (1)	32,6	32,4	32,2	32,0	
Tasa Anual Media de Crecimiento Total (1)	3,05 o/oo	2,84 o/oo	2,64 o/oo	1,21 o/oo	
Tasa de Crecimiento Natural (3)	4,00 o/oo	4,90 o/oo	4,40 o/oo	5,40	o/oo

Fuentes : (1) Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población, revisión 2005.
 (2) Instituto Nacional de Estadística - Ministerio de Salud Pública y Proyecciones de Población, revisión 2005.
 (3) Instituto Nacional de Estadística.

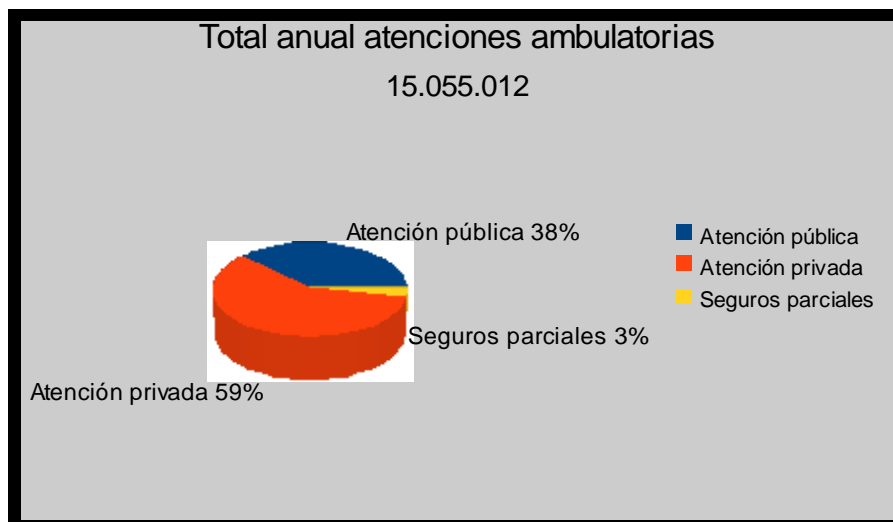
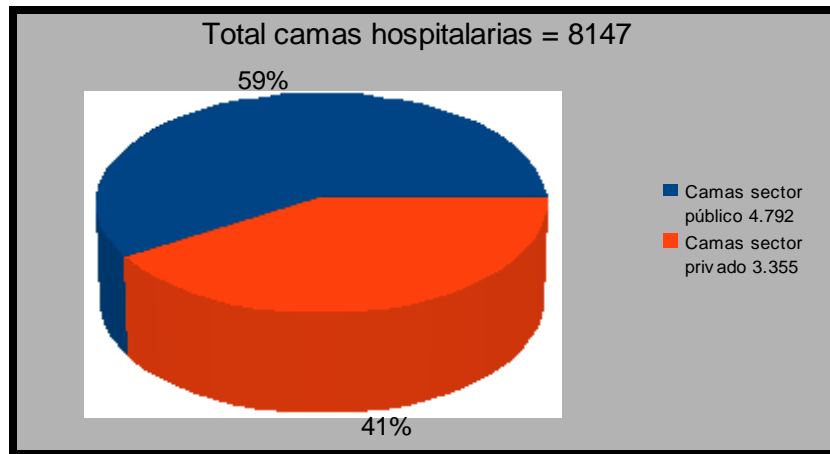
Las muertes de niños menores de 5 años son determinadas por causas en su mayoría evitables, como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, enfermedades prevenibles por vacunas, accidentes y causas perinatales asociadas a la pobreza, la desnutrición, las altas tasas de fecundidad y el desigual acceso a los servicios de atención. La desagregación de las

⁹ Fuente: INE, Proyecciones de población, revisión 2005, www.ine.gub.uy



tasas de mortalidad infantil muestra diferencias geográficas (capital-interior), institucionales (subsector público - subsector privado de la salud) y dentro de una misma ciudad (centro – periferia). Las proyecciones de la tasa de mortalidad infantil para el 2008 indican un leve descenso respecto de las cifras 2007.

Otros indicadores de salud pueden verse en los siguientes gráficos.¹⁰



3. BREVE RESEÑA SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

¹⁰ Elaboración propia con datos aportados en el dossier nacional “Extensión de cobertura a trabajadores autónomos o independientes y a trabajadores de servicios domésticos”. División Economía de la Salud, Dirección General de Secretaría, MSP, Setiembre 2008.



Los servicios se agrupan fundamentalmente por la complejidad de la atención, la fuente de financiación y las condiciones de accesibilidad de los usuarios. Según la fuente de financiación y desde el punto de vista de las instituciones prestatarias, el sector salud se compone del subsector público y el subsector privado. Cabría mencionar a un tercer sector, que, según la modalidad de prestación de servicios y la forma en que acceden a los mismos los usuarios, se podría catalogar de financiación mixta. Así, diversas instituciones del subsector privado prestan asistencia a usuarios del subsector público y viceversa, como es el caso del Fondo Nacional de Recursos.¹¹ Asimismo, con el desarrollo del llamado “nivel local”, fundamentalmente a partir de la reapertura democrática, se afianzaron y crecieron modalidades de atención con fuerte participación comunitaria. Surgieron así las llamadas policlínicas barriales o policlínicas comunitarias, en ocasiones con apoyo exclusivo de organizaciones de la sociedad civil y en otros casos mediante convenios con el Ministerio de Salud Pública o intendencias municipales.¹²

De manera que el sector salud se caracteriza por una amplia variedad de prestadores de servicios, conformando una intrincada red distribuida geográficamente privilegiando la capital y las zonas urbanas.¹³ Progresivamente se viene trabajando en la superación de la falta de homogeneidad en los dos subsectores y en la complementación al interior de sí mismos y respecto uno del otro.¹⁴ También hoy día se superan los grandes desniveles que había en el gasto por usuario entre ellos. El siguiente cuadro muestra la organización de la atención a la salud a 2004.¹⁵

Organización de la atención a la salud		
SUBSECTOR PÚBLICO	SUBSECTOR PRIVADO	OTRAS MODALIDADES
Ministerio de Salud Pública ¹⁶	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	Institutos de Medicina Altamente Especializada, financiados por el Fondo Nacional de Recursos / Policlínicas barriales y comunitarias / medicina oriental / acupuntura / homeopatía / cultos / otros.
Ministerio del Interior	Sanatorios	
Ministerio de Defensa	Consultorios privados médicos, odontológicos, de salud mental, etc.	

¹¹ El Fondo Nacional de Recursos (FNR) fue creado en 1980 como seguro público que financia la cobertura de procedimientos y tecnología de alto costo para el total de la población del país. Se financia con aportes privados y públicos. El FNR contrata a los Institutos de Medicina Altamente Especializada, que se insertan en instituciones del subsector público y del subsector privado, pero atienden usuarios de ambos subsectores en forma indistinta.

¹² González Ortuya, Pilar et al. (2005) *Programación Participativa en Salud Comunitaria*. Comisión Sectorial de Educación Permanente, Universidad de la República. Montevideo.

¹³ Ibid, págs. 34-40

¹⁴ Más adelante se desarrollará este punto en los convenios de complementación de servicios.

¹⁵ Fuente: elaboración propia en base a los datos aportados en *Programación Participativa en Salud Comunitaria*, ibid, pág. 35. Los prestadores se señalan sin discriminar por atención integral o no integral.



Univesidad de la República (Hospital de Clínicas)	Centros comunitarios
Ministerio de Educ. y Cultura	Instituciones de cobertura parcial
Banco de Previsión Social	Emergencias móviles
Banco de Seguros del Estado	Clínicas especializadas (oftalmológicas, odontológicas, psiquiátricas, etc.)
Intendencias Municipales	Servicios de atención de enfermería y acompañantes
Empresas Públicas ¹⁷	

El Ministerio de Salud Pública fue creado en 1934 mediante ley que establecía sus cometidos en materia de normativa, asistencia, vigilancia e higiene públicas. A partir de 1967 es responsable de las políticas de salud del país a través de la Dirección General de la Salud. Hasta la aprobación de la ley de descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2007), el Ministerio de Salud Pública ejercía simultáneamente las funciones de rectoría del sistema de salud y de prestación directa de servicios de salud.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC's) siguen siendo los principales prestadores privados de servicios de salud y existen desde mediados del siglo XIX.¹⁸ El mutualismo surgió como respuesta a las necesidades de "atención a los enfermos", debido a las grandes corrientes migratorias de Europa que se incorporaron a la fuerza de trabajo del país. A partir de 1981 se regula su actividad en varios aspectos, incluyendo las prestaciones obligatorias que deben brindar a sus afiliados y las tasas moderadoras que pueden cobrar. Su principal fuente de financiamiento son las cuotas mutuales o ingresos de prepago.

El Banco de Previsión Social (BPS), autoridad en materia de Seguridad Social, administró el Seguro de Enfermedad de los trabajadores formales de la actividad privada activos y en seguro de desempleo (DISSE), desde el año 1975 y hasta la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). El BPS contratava a las IAMC's y les pagaba una cuota de prepago cuyo valor era un porcentaje cercano al 90% de la cuota promedio que las IAMC's cobraban a sus afiliados. A partir de 1995 los trabajadores jubilados de la actividad privada de menores ingresos se incorporaron a DISSE. La Seguridad Social también brinda atención materno infantil a la población que no tiene cobertura a través de IAMC's.

¹⁶ Hasta la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

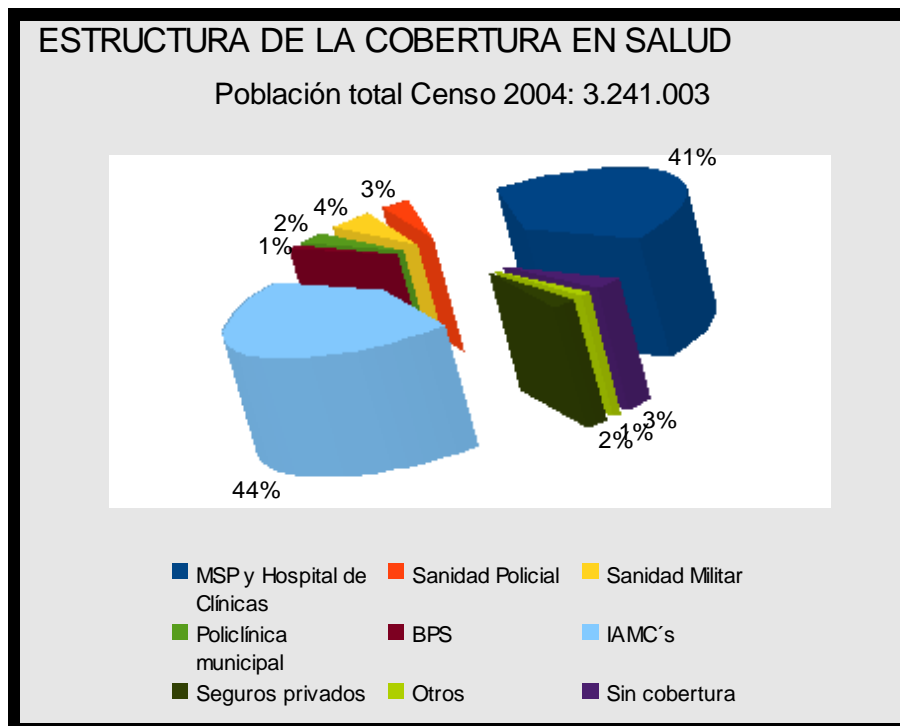
¹⁷ Hasta la promulgación de la ley de presupuesto 2002.

¹⁸ En 1853 se fundó la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, primera institución mutual no sólo de Uruguay sino de todo el continente americano.



El gasto en salud del país significó el 8.96% del producto bruto interno¹⁹, estimándose que se mantuvo durante los años 2005 y 2006. En el año 2007 tuvo un descenso debido al importante aumento del producto bruto y se prevé que cambiará radicalmente a partir del año 2008 por las reformas que esta administración lleva adelante.²⁰

Según la Encuesta Nacional Ampliada de Hogares 2006 (ENHA) la cobertura en salud a través del MSP (ASSE) y Hospital de Clínicas (Universidad de la República) era del 41% del total de la población, mientras que en el sector privado las IAMC's ofrecían el 44% de la cobertura. Tomados en conjunto, los subsectores público y privado atendían la mitad de la población cada uno. La distribución de la cobertura en salud se representa en el gráfico siguiente.²¹



¹⁹ Las Cuentas Nacionales de Salud corresponden al año 2004.

²⁰ Ampliación de la cobertura a hijos de trabajadores a través de la seguridad social, mejoras de salarios médicos, entre otros.

²¹ Elaboración propia con datos de la División Economía de la Salud del MSP y ENHA 2006.



Las Cuentas Nacionales de Salud 2004 indican que las fuentes de financiamiento del gasto total en salud son aproximadamente 50% públicas y 50% privadas.²² Una parte importante del financiamiento de los agentes privados proviene de fuentes públicas, por eso el 75% del gasto del país en salud correspondió a los prestadores privados. Atendiendo a que la población se divide prácticamente en partes iguales entre los prestadores públicos y privados, el gasto per cápita en la salud privada era sensiblemente superior al gasto en la salud pública.

Posicionándose desde los usuarios, la situación social, económica y laboral determinó una compleja demanda de atención que dificulta la visualización clara de un “usuario público” o un “usuario privado”. Era y es común combinar servicios, por ejemplo, un prestador público y una emergencia móvil.

La interacción de los diversos actores del sector salud produjo un sistema fragmentado, irracional, ineficiente y con una segmentación que generó dilapidación de recursos por superposición y altos costos, sin conseguir impactos importantes sobre los principales indicadores de salud.

El sistema ha sido determinado por las leyes del mercado que en salud incluyen distorsiones por demanda inducida, exceso de oferta, necesidades que no se corresponden con los objetivos en salud y generó una respuesta centrada en la asistencia de la enfermedad, la concentración de recursos en el hospital y la extrema especialización de los profesionales.²³

4. ANTECEDENTES DE APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y/O EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA DE SALUD

Uruguay, desde la reapertura democrática renovó su compromiso y voluntad política de avanzar en la implementación de los componentes estratégicos de la Atención Primaria en Salud. Las dificultades de avance se debían, entre otros, a la falta de una política pública que garantizara el derecho a la salud como un bien público y a la falta de un sistema integrado de salud. Estas dificultades a partir del año 2007 vienen siendo superadas con la aprobación de tres leyes y sus decretos por las cuales se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, se descentraliza a la Administración de los Servicios de Salud del Estado y se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Asimismo, cabe señalar que en el cuerpo de la primera ley, la 18.211, aparece en el Artículo 23, la creación de la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP), teniendo como cometidos, según el Artículo 24, los siguientes: administrar el Fondo Nacional de Salud y

²² Las fuentes de financiamiento público (49.6%) se componen de Impuestos generales y contribuciones (21.9%), precios de empresas públicas (2.3%) y seguridad social (25.4%). Las fuentes de financiamiento privado (50.4%) provienen del gasto privado en seguros (32.4%) y los “pagos de bolsillo” (18%).

²³ Tomado del documento marco “Procedimientos para la construcción de convenios de gestión entre el organismo central de administración financiera y los prestadores integrales de atención, en el marco de la reforma de la salud del Uruguay” (Área temática Eurosocietal: Gobernanza de hospitales). MSP, Noviembre 2007.



velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Las diferentes administraciones de salud desde el MSP, las intendencias municipales y la Universidad de la República, abordaron aspectos de la APS con diferentes enfoques. Se destacan sólo algunos:

- a.- El fortalecimiento del primer nivel de atención a la salud a través de la creación de policlínicas (especialmente en el área rural y en zonas periféricas urbanas). A partir de 1940 se incorpora la visión de la medicina preventiva y se crean los primeros centros de salud, con enfoque preventivo, en las zonas más desprotegidas, para atender fundamentalmente la salud materno infantil y la prevención de enfermedades transmisibles.
- b.- En 1950 se crea el Hospital de Clínicas, hospital universitario dependiente de la Facultad de Medicina, modelo de asistencia y centro formador de recursos humanos en salud.
- c.- A partir de 1986 se desarrollan en Montevideo a iniciativa del gobierno departamental, las policlínicas municipales que, a partir de los cambios en la dirección sanitaria en los años 90, priorizan el primer nivel de atención y la participación ciudadana.
- d.- A fines del 2003 y a iniciativa del MSP, se comienza a trabajar en DAPS (Desarrollo de la Atención Primaria de la Salud), buscando el fortalecimiento del primer nivel de atención y la referencia y contrarreferencia con los demás niveles.
- e.- Finalmente se consignan algunas experiencias de las intendencias municipales del interior del país, que amparadas en la filosofía de la APS, realizaron significativos aportes, como es el caso de los departamentos de Florida y Tacuarembó.

En este breve panorama de antecedentes cabe señalar el papel que ha jugado históricamente la Universidad de la República en lo que refiere a la formación de recursos humanos a nivel de grado y posgrado –destacándose las iniciativas y desarrollos alcanzados por las Facultades de Medicina y de Enfermería, dentro del área salud específicamente- y la implementación de programas y proyectos que articulan los tres fines de la Universidad (enseñanza, investigación y extensión) en el espacio local-territorial (como el Programa Apex-Cerro, instalado en la zona oeste de Montevideo).

En el contexto de los múltiples acuerdos y compromisos asumidos por los gobiernos de los países en torno a la vigencia de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, recuperamos los siguientes conceptos: *“En la Región de las Américas, los países hicieron suyos los cuatro principios básicos de la APS reconocidos en la Conferencia de Alma-Ata: i) accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud; ii) compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario; iii) acción intersectorial por la salud, y iv) costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.”*²⁴

En el texto del proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud se consigna en el Artículo 31°: *“El Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá como estrategia la atención*

²⁴ Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. OPS-OMS, 44° Consejo Directivo, 55° Sesión del Comité Regional. Washington DC, 22-26 setiembre 2003



primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. Se entiende por atención primaria en salud el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer las necesidades básicas de salud y de mejoramiento de la calidad de vida, que se desarrollan con participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social”.

A nivel nacional, los preceptos anteriores fueron reafirmados en la “Consulta Regional sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, realizada en Montevideo, Uruguay, del 26 al 29 de julio de 2005 y guían la reforma de la salud en Uruguay hacia un sistema de salud basado en la APS, que implica el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, maximizando la equidad y la solidaridad del sistema. A la vez, un sistema de salud basado en la APS “...está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios (...) presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema [y requiere de] un marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles”.²⁵

II. SEGUNDA PARTE: LA REFORMA DE LA SALUD Y EL MARCO LEGAL

1. CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

A partir de marzo de 2005 nuestro país comenzó un proceso de reforma de la salud cuyo objetivo principal es el acceso universal de la población a una atención integral. Como se ha visto, los sistemas de salud basados en la APS requieren de un marco legal, institucional y organizativo. Avanzando hacia ese objetivo, en el 2006, se presentó al parlamento un proyecto de ley que fue aprobado el 18 de mayo de 2007 según ley Nº 18.131, por la cual se extendió la cobertura a través de la Seguridad Social a 26.000 trabajadores públicos que hasta el momento no tenían ningún tipo de cobertura por el estado y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el BPS, separando los fondos de seguridad social destinados al seguro de enfermedad. Según el Artículo 3, el FONASA se integra con los siguientes recursos: un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar ese organismo a las prestadores de servicios de salud por concepto de cuotas mensuales de prepago y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos; un aporte de los trabajadores públicos y privados (3%) y; un aporte de los empleadores públicos y privados (5%). Mediante esta misma ley se incorpora a la ASSE como una nueva opción asistencial y se cambia la forma de pago a los prestadores contratados, que comienzan a recibir cápitas ajustadas por edad y sexo.

2. DESCENTRALIZACIÓN DE ASSE

²⁵ “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud”. OPS/OMS, Washington D.C., 2007.



El 29 de julio de 2007 se aprueba la ley N°18.161 que convierte a ASSE en un servicio público descentralizado del Ministerio de Salud Pública. Las características principales de esta ley son: la descentralización administrativa de manera que el prestador público de servicios funciona independientemente del MSP, y la participación de los actores sociales en la gestión, al integrarse a su directorio representantes de los usuarios y trabajadores. El Directorio de ASSE está integrado por cinco miembros: un Presidente, un Vice-Presidente, un Vocal, un representante de los usuarios y un representante de los trabajadores.

3. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

En marzo de 2007 se presentó al parlamento el proyecto de ley sobre el **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS), que fue aprobado el 5 de diciembre de 2007 mediante la ley N° 18.211. Por esta ley también se crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) que es financiado a través del FONASA.

La ley 18.211 supone cambios en tres niveles: atención, gestión y financiamiento. En lo que refiere al cambio en el **modelo de atención**, sustituye el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, sobre la base de una estrategia de Atención Primaria en Salud, poniendo énfasis en el primer nivel de atención, pero no aislándolo, sino concibiéndolo integrado con los niveles secundario y terciario a través de adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia. El cambio en el modelo de atención supone privilegiar una **atención integral** con énfasis en actividades de promoción de la salud y de estilos y entornos de vida saludables, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. En el siguiente cuadro se presentan la situaciones de partida y de llegada con el cambio en el modelo de atención.

MODELO ACTUAL	MODELO EN PROCESO	ACCIONES EN CURSO
Curativo	Preventivo	Jerarquizar la promoción de Salud: Programas, Plan Nacional
Biologicista	Incorpora el aspecto psicológico y cultural	Incorporación de psicólogos en Equipos de Área
Centrado en el sistema de salud: ve los problemas desde el ángulo del sistema	Apunta a la integralidad de las políticas sociales: entorno y hábitos como factores preponderantes	Coordinación intersectorial
Paradigma de calidad: alta tecnología e intervenciones complejas	Jerarquiza el rol de la Clínica y el vínculo entre equipo de salud y usuarios	Priorización del primer nivel de atención: inversiones, programas, guías clínicas
Hiperespecializado: fragmenta la atención en múltiples especialidades	Jerarquiza el rol del médico generalista. Considera al paciente como una unidad	Equipos de Área con generalistas. Referencias y contrarreferencia pautados
Médico hegemónico	Considera el médico integrado a un equipo de salud. Abordaje interdisciplinario	Unidad de Reconversión del Modelo. Equipos de Gestión interdisciplinarios
Rol del paciente: objeto de los tratamientos indicados	Rol del paciente: sujeto del proceso salud-enfermedad Jerarquiza sus derechos	Estímulo a la autoorganización. Movimiento de usuarios: nuevo actor social



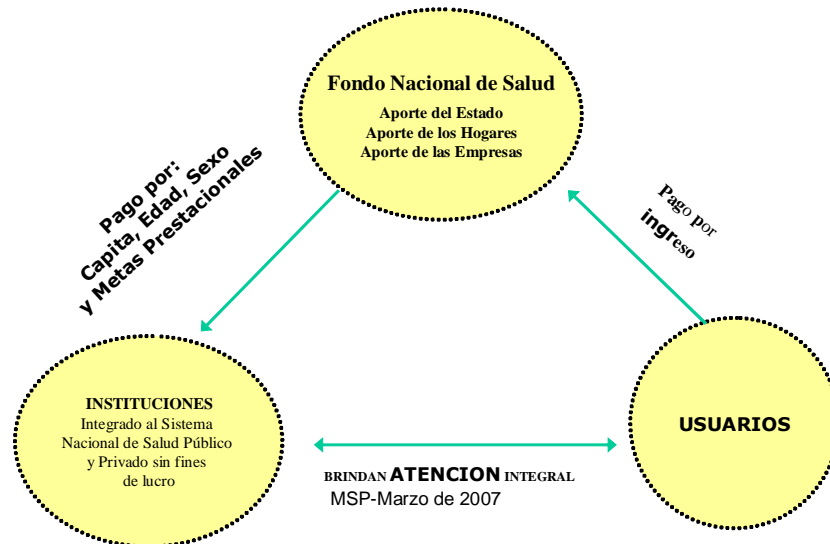
Rol de la Comunidad: suma de individuos, receptores pasivos de la asistencia	Comunidad como protagonista para actuar sobre entorno y hábitos	Dialogo, creación de redes sociales, coordinación zonal, proyectos locales-territoriales. Consejo Consultivo
Descoordinación y fragmentación de efectores de salud	Articulación de efectores públicos, comunitarios, IAMC	Coordinación ASSE-IMM Convenios de complementación
Atención a demanda, sin seguimiento, concentrada en los espacios institucionales	Atención programada sobre grupos de riesgo Acción en múltiples escenarios	Programas y áreas prioritarios Articulación c/hospitales. Acciones en la comunidad
Centralización de los servicios de salud	Reorganización territorial del sistema de salud	Definición de áreas, zonas y regiones Potenciar policlínicas y Centros de Salud
Hospitalocéntrico: Jerarquiza el segundo y tercer nivel de atención.	Jerarquiza el primer nivel como clave para aplicar estrategia de APS. Apunta a incrementar su capacidad de resolución	Priorización de la Red de Atención del Primer nivel. Mejorar la capacidad de resolución. Fortalecer recursos humanos y materiales

El cambio en el sistema de gasto y financiamiento en salud, se basa en la justicia distributiva y se realiza mediante la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) que cuenta con el FONASA al que contribuyen tanto el Estado como las empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo, los trabajadores, los pasivos y quienes perciban rentas, de acuerdo a sus ingresos, además de las partidas presupuestales y extrapresupuestales que se le asignen. Con cargo a este fondo, a los prestadores se les paga los servicios que brindan. A esos efectos, el Poder Ejecutivo ha definido la **cuota salud**, teniendo en cuenta, además de los elementos que la constituyen (cantidad, precio, calidad, disponibilidad), riesgos de diferentes sectores de población que inicialmente se determinaron por sexo y edad de los usuarios, a lo que actualmente se agrega el pago por **cumplimiento de metas prestacionales**.

Un esquema de la conformación del SNS, que es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), se presenta en el cuadro siguiente:



LA CONFORMACIÓN DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD (SNS)



Están amparados en el SNS actualmente, todos los trabajadores dependientes privados, públicos, sus hijos menores de 18 años y sus hijos discapacitados de cualquier edad, los jubilados de la actividad privada de menores ingresos, todos los nuevos jubilados a partir de 1 de enero de 2008, públicos y privados, los patrones titulares de empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador dependiente, los cónyuges de los patrones rurales que no tengan más de un trabajador dependiente.

La ley 18.211 establece que los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones de la siguiente manera²⁶:

- 6% aquéllos cuyas retribuciones mensuales superen las 2.5 bases de prestaciones y contribuciones²⁷ (BPC) y tengan hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, a cargo.
- 4.5% aquéllos cuyas retribuciones mensuales superen las 2.5 BPC y no tengan hijos a cargo.
- 3% aquéllos cuyas retribuciones mensuales no superen las 2.5 BPC, tengan hijos a cargo o no.

En cuanto al cambio en el **modelo de gestión**, la ley 18.211 crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA), actualmente integrada por dos representantes del Ministerio de Salud Pública,

²⁶ En todos los casos el aporte de los empleadores es del 5%.

²⁷ La Base de Prestaciones y Contribuciones fue creada por Ley 17.856 del 20.12.2004 para el cálculo del impuesto a las rentas personales. A enero de 2008 el valor es de \$1.775 (80 dólares americanos aproximadamente).



uno del Ministerio de Economía y Finanzas, uno del Banco de Previsión Social, un representante de los trabajadores del sector salud, uno de los usuarios de los prestadores incluidos en el SNIS y uno de los prestadores incluidos en el SNIS. A su vez, los prestadores de servicios de salud integrados en el SNIS deben incluir a representantes de sus trabajadores y sus usuarios en los organismos de control de la gestión (consejos consultivos).

4. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE USUARIOS Y PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Finalmente en este apartado sobre el marco legal de la reforma de la salud cabría mencionar la ley N° 18.335 aprobada el 15 de agosto de 2008 por la cual se regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud. Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.



III. TERCERA PARTE: APS COMO BASE DEL SISTEMA DE SALUD

1. INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE LA APS

El Artículo 11 de la ley 18.211 establece que pueden integrar el SNIS los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales y, las entidades comprendidas en el Artículo 265 de la ley 17.930 (instituciones de asistencia médica colectiva e instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro, seguros integrales autorizados por el MSP). Los artículos siguientes señalan que es preceptivo para los prestadores contar con órganos asesores y consultivos representativos de trabajadores y usuarios, y que deben tener un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva ante la JUNASA. Esta junta además evaluará, para autorizar el ingreso al sistema, el caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero. Son competencias de la JUNASA:

- ◆ Suscribir con los prestadores que integren el SNIS los contratos de gestión.
- ◆ Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud.
- ◆ Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el SNIS, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- ◆ Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el SNIS y entre éstos y terceros.
- ◆ Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores.

El siguiente cuadro muestra los prestadores del SNS públicos, privados y los seguros privados que están integrados.

PRESTADORES DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD	
CAMY	Asociación Médica Departamental de Río Negro (AMEDRIN)
Asistencia Médica Departamental de Rivera (CASMER)	Unión Médica Regional Cooperativa de Asistencia (UMERCO)
Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)	Cooperativa Médica de Tacuarembó (COMTA)
Cooperativa Médica de Rocha (COMERO)	Cooperativa Médica de Treinta y Tres (COMETT)
Sociedad Médico Quirúrgica de Salto	Inst. Asistencial Colectivo Treinta y Tres (IAC)
Asociación Médica de San José (AMSJ)	Cooperativa Médica de Cerro Largo (COMECCEL)
Cooperativa Asistencial Médica de Soriano (CAMS)	Organización Asistencial Médica de Colonia (ORAMECO)



Cooperativa Médica de Florida (COMEF)	Centro Asistencial de la Asociación Médica del Este de Colonia (CAMEC)
Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja (CAMDEL)	Centro Asistencial de la Asociación Médica del Oeste de Colonia (CAMOC)
Asistencia Médica Departamental de Maldonado (AMECOM)	Centro Asistencial del Sindicato Médico de Durazno (CAMEDUR)
Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este (CRAME)	Asociación Médica Departamental de Flores (COMEFLO)
Cooperativa Médica de Paysandú (COMEPA)	Gremial Médica de Artigas (GREMEDA)
Centro de Asistencia Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA)	Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI)
Cooperativa Médica de Canelones (COMECA)	Centro Asistencial de la Asociación Médica de Cerro Largo (CAMCEL)
Universal Sociedad de Producción Sanitaria	Asociación Española Primera en Socorros Mutuos
Mutualista Hospital Evangélico	Casa de Galicia
Centro de Asistencia del Sindiato Médico del Uruguay (CASMU)	Círculo Católico de Obreros del Uruguay
Centro de Producción Sanitaria del Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM)	Cooperativa de Servicios Médicos (COSEM)
Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA)	Instituto Médico de Previsión Asistencia y Servicios Afines (IMPASA)
Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM)	Servicio Médico Integral (SMI)
Administración de los Servicios de Salud del Estado ASSE	
Seguros Privados	Medicina Especializada
	Blue Cross and Blue Shield de Uruguay
	Seguro Americano
	Hospital Británico
	SUMMUM
	COPAMHI
	Primédica

Atendiendo al Artículo 15 de la ley 18.211, la JUNASA suscribió en el segundo semestre de 2008 los **contratos de gestión** con cada uno de los prestadores del sistema, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que les impone la citada ley. Estos contratos tienen una duración de dos años a partir de la fecha de su firma y son prorrogables por períodos sucesivos de un año. Previo a la firma de los mismos, la DIGESA auditó las



fuentes de información de los prestadores a los efectos del establecimiento de líneas de base y posterior auditoría de las metas asistenciales. En los textos de los contratos se incorporan las **metas** que cada una de las instituciones firmantes fijan para sus usuarios desde el punto de vista asistencial particularmente vinculados a la **salud de la niñez y la salud de la mujer**. Para poder cobrar la cuota salud, los prestadores integrados en el sistema deben suscribir estos contratos. De no hacerlo, no pueden percibir el importe de la cuota salud del BPS ni tampoco hacer afiliados a través del sistema.

El 3 de octubre de 2008 el Consejo de Ministros aprobó la canasta de prestaciones. En ese decreto se describen la **nómina de programas integrales de prestaciones y el catálogo de prestaciones**²⁸ que toda institución que haya firmado contrato de gestión con la JUNASA debe brindar a sus usuarios. Los programas integrales de prestaciones aprobados son: Salud de la Niñez, Salud de la Mujer y Género, Salud del Adolescente, Salud del Adulto Mayor, Salud Bucal, Salud Mental, Programa Nacional de Discapacidad, Programa Prioritario de ITS-SIDA, Programa Nacional de Nutrición, Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas, Programa Nacional para el Control del Tabaco. Todos estos programas incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos y acceso a la tecnología y medicamentos aprobados en el Formulario Terapéutico de Medicamentos.

La cuota salud se compone de: cápita ajustada por edad y sexo, pago por metas asistenciales y pago por meta RRHH. Hasta diciembre de 2008 el componente meta se pagó por la totalidad. A partir de los contratos de gestión se fijaron metas anuales para el período 1 de octubre de 2008-30 de setiembre de 2009, que se evaluarán trimestralmente. Los programas seleccionados y los indicadores de la primera etapa, se ven a continuación:

METAS SELECCIONADOS	ASISTENCIALES:	PROGRAMAS	INDICADORES ACORDADOS PARA LA PRIMERA ETAPA
Salud de la Niñez: Captación y derivación del recién nacido. Seguimiento durante el primer año de vida. Lactancia materna. Control de crecimiento y desarrollo.			Recién nacidos: % de niños derivados
			Recién nacidos: % de niños captados
			Primer año de vida: controles según pauta
			Primer año de vida: certificado de vacunación
			Primer año de vida: lactancia materna
			Primer año de vida: ecografía de cadera
Salud de la Mujer: Captación y control adecuado del embarazo. Salud sexual y reproductiva.			Mujeres con 6 o más controles
			Historias SIP completas
			Control HIV y VDRL
			Captación primer trimestre

²⁸ El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) se trata de un documento extenso adjunto al decreto, que puede consultarse en www.msp.gub.uy/Junasa-institucional.



	Embarazadas derivadas a odontología
	Control odontológico de púerperas

Los profesionales que actualmente brindan APS, son aquellos que están trabajando en el primer nivel de atención: Médicos(as) de Familia, Licenciados(as) en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Medicina General, Pediatría, Ginecología, Odontología. Los equipos suelen incluir estas especialidades en forma parcial. Históricamente la mayoría de las actividades son de tipo preventiva y curativa dirigidas entre otras, al control del embarazo, cáncer cérvico – uterino y de mamas, hipertensión, diabetes.

2. MECANISMOS DE ACCESO, UNIVERSALIDAD DE LA ATENCIÓN

Cumpliendo con el objetivo de la cobertura total de la población en la atención de la salud, se ha previsto un plan de incorporación al Seguro Nacional de Salud. A diciembre de 2008, **1.400.000** personas tienen cobertura. El plan supone la incorporación del total de la población a 2010. El cuadro siguiente muestra la situación a punto de partida de la presente administración.

Incorporación de la población uruguaya al SNS-cobertura universal de atención integral a la salud			
Punto de partida: 01 de marzo de 2005	Primera etapa Agosto 2007	Segunda etapa: 01 de enero 2008	Tercera etapa (2010-2013)
Trabajadores privados	Trabajadores privados	Trabajadores privados	Trabajadores privados
Trabajadores de la enseñanza primaria	Trabajadores de la enseñanza primaria	Trabajadores de la enseñanza primaria	Trabajadores de la enseñanza primaria
Trabajadores judiciales	Trabajadores judiciales	Trabajadores judiciales	Trabajadores judiciales
Jubilados en calidad de dependientes de menores ingresos	Jubilados en calidad de dependientes de menores ingresos	Jubilados en calidad de dependientes de menores ingresos	Jubilados en calidad de dependientes de menores ingresos
	Trabajadores del sector público sin cobertura (140.000)	Trabajadores del sector público sin cobertura (140.000)	Trabajadores del sector público sin cobertura (140.000)
		Todos los trabajadores formales (públicos y privados) con sus hijos/as menores de 18 años (salvo Mil. Pol, OSE. e Intend)	Todos los trabajadores formales (públicos y privados) con sus hijos/as menores de 18 años (salvo Mil. Pol, OSE. e Intend)
		Todos los jubilados que cobran menos de 2.6 BPC ²⁹ , sean dependientes o patrones	Todos los jubilados que cobran menos de 2.6 BPC, sean dependientes o patrones
		Todos los nuevos jubilados	Todos los nuevos jubilados
			Cónyuges (2010 a 2013) Profesionales y otros que no trabajan en rel. de dep. (2011) Cajas de Auxilio (2011)

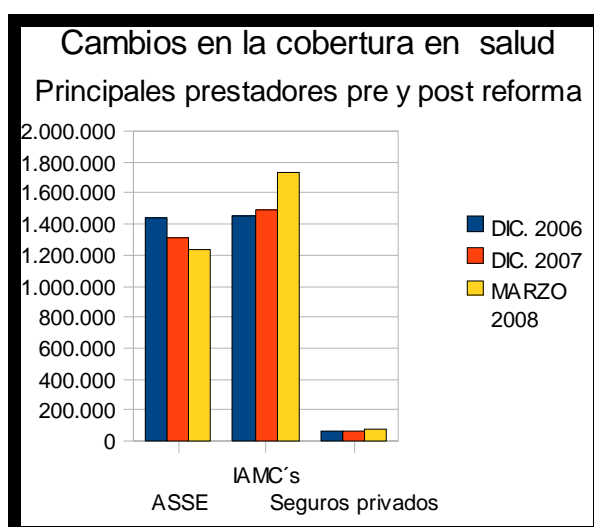
²⁹

BPC es Base de Prestaciones y Contribuciones, con un valor de \$1.775 pesos uruguayos a enero 2008.



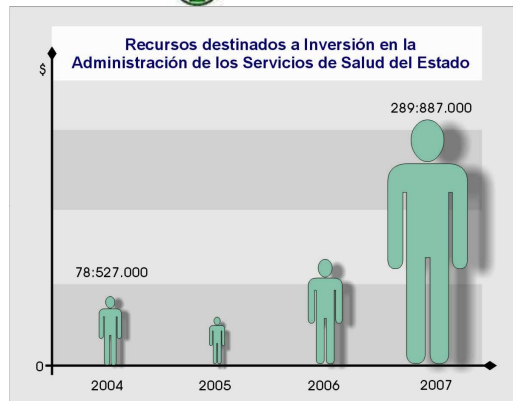
			Func. Mun. (fac. del P.E)
Número de personas incluidas: 586.000	Número de personas incluidas:736.000	Número de personas incluidas: 1.400.000	Número de personas incluidas: total

Hemos visto que a 2006, el MSP a través de los servicios de salud de ASSE y el Hospital de Clínicas ofrecían atención al 41% de la población, mientras que en el sector privado las IAMC's ofrecían cobertura al 44%. En el año 2008 esa situación ha cambiado como consecuencia de las reformas implementadas y la ampliación de la cobertura en salud a través de la seguridad social. La información disponible en el MSP permite visualizar ese cambio, que se presenta en el gráfico siguiente.³⁰



La cantidad de usuarios de ASSE, principal prestador público, disminuyó en casi un 15%, mientras que los afiliados a las IAMC's aumentaron cerca de un 20% y los afiliados a los seguros privados un 15%. ASSE experimentó un importante incremento de usuarios en el período de crisis económica, debido al "corrimento" de afiliados a las IAMC's que no podían hacer frente a las cuotas mutuales y a las tasas moderadoras. Este aumento de usuarios no fue acompañado por un aumento en los recursos, por lo que, el gasto per cápita de ASSE disminuyó junto con la calidad de la atención. La actual disminución de usuarios de ASSE junto a los incrementos presupuestales recibidos a partir de 2005, provocarán un sensible aumento del gasto en salud per cápita. El siguiente cuadro muestra la evolución de los recursos de ASSE.

³⁰ Elaboración propia según informe "Evolución de usuarios del sistema nacional integrado de salud a marzo de 2008" de la División Economía de la Salud del MSP, junio 2008.



3. MEJORAS EN LA ACCESIBILIDAD

A los objetivos de universalidad y justicia social primarios en la reforma sanitaria debe agregarse el de accesibilidad, de manera de no sólo tener el derecho, sino fundamentalmente, poder ejercerlo. Para ello en primer lugar se desarrolló una política de reducción de tickets y órdenes:

- Rebaja de 40% de ticket de medicamentos.
- Gratuidad de acceso para la población diabética.
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo.
- Gratuidad de exámenes preventivos para mujeres: mamografía - papanicolau.
- Reducción de ticket de medicamentos para la población hipertensa a un máximo de 50 pesos.
- Set de ticket gratuitos para jubilados que ingresen por el FONASA.
- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
- Atención a drogodependientes menores de 18 años y apoyo a familiares para usuarios FONASA.

En segundo lugar la accesibilidad se potenció a partir de la posibilidad de los usuarios FONASA de elegir ASSE, de manera que esto permite incorporar una opción adicional a la elección de las asegurados por la seguridad social.

Recientemente, el MSP a través de su página oficial publicó los precios de las tasas moderadoras de los efectores privados integrados en el sistema. El siguiente cuadro muestra algunos de esos valores a octubre de 2008.³¹

TIPO	VALOR PROMEDIO A OCTUBRE 2008
Medicamentos	90

³¹ Elaboración propia según fuente www.msp.gub.uy Los valores están expresados en pesos uruguayos y son promediales.

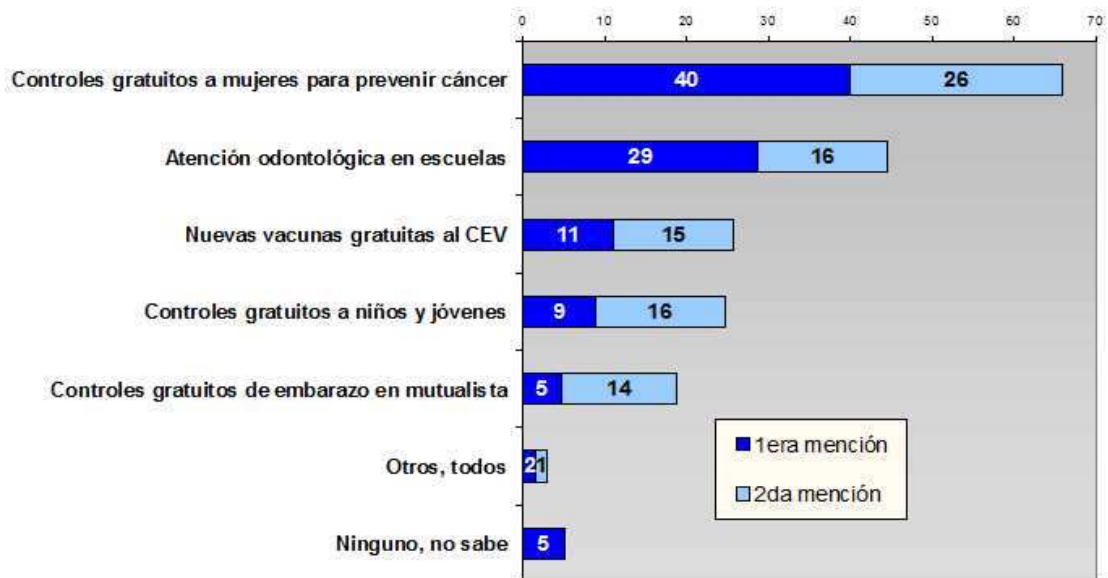


Consulta medicina general	50
Consulta con especialista	110
Consulta pediátrica	50

Respecto a los controles gratuitos para mujeres, niños y jóvenes, una encuesta realizada para el MSP en noviembre de 2008, con una muestra de 1000 casos, la mitad en Montevideo y el resto ciudades del interior de 2000 y más habitantes, arrojó los siguientes resultados respecto a las mejores medidas de salud implementadas ³²:

Mejores medidas de salud implementados por el actual gobierno

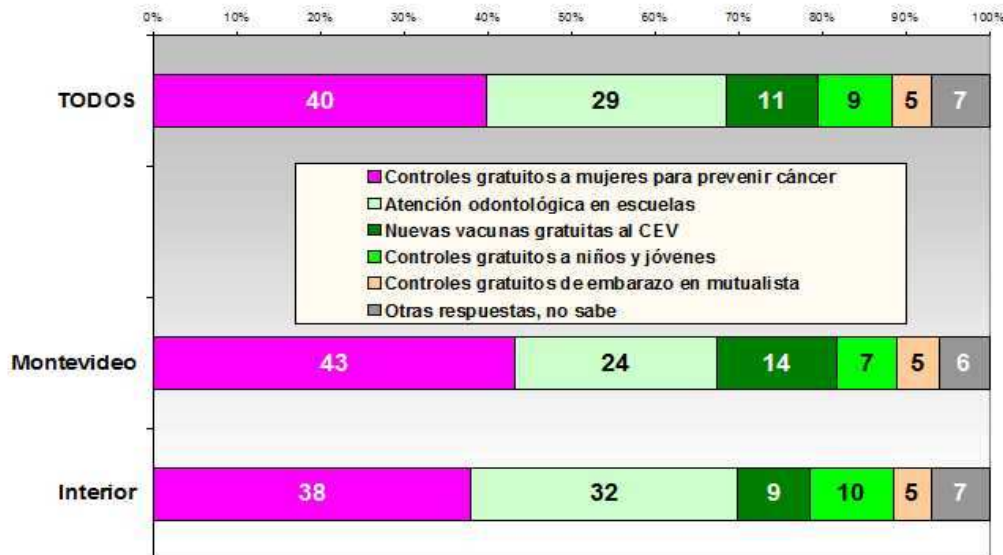
Encuesta nacional, noviembre 2008, en %
PREGUNTAS CERRADAS CON OPCIONES DE RESPUESTA



³² Tomado de la presentación realizada por CIFRA, encuestadora de opinión, en diciembre de 2008.

Mejor medida de salud implementada por el actual gobierno

Encuesta nacional, noviembre 2008, en %, 1era MENCION
PREGUNTA CERRADA CON OPCIONES DE RESPUESTA.



4. TIEMPOS DE ESPERA

El Decreto 359/007 establece los tiempos de espera máximos para el acceso a la atención a la salud. Según los informes producidos en los informes de auditoría del año 2008, en general los prestadores se ajustan a la norma que establece los siguientes tiempos para el acceso a la consulta:

- ◆ Medicina general: 24 horas
- ◆ Pediatría: 24 horas
- ◆ Gineco-obstetricia: 24 horas
- ◆ Cirugía general: 48 horas
- ◆ Especialidades médicas: 30 días
- ◆ Especialidades quirúrgicas: 30 días
- ◆ Cirugía coordinada en un plazo no superior a los 6 meses.

5. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El capítulo IV de la ley 18.211 está dedicado a la explicación de la red de atención en salud. Allí se dice que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones, priorizándose el primer nivel de atención. Según el Artículo 36 “*El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de*



salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios”.

La descripción del segundo y del tercer nivel de atención se consignan en los Artículos 37 y 38 que se transcriben a continuación:

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

En su exposición ante la Comisión de Hacienda del parlamento en octubre de 2007, la ministra de Salud Pública señalaba que “*la organización en niveles requiere, sin duda, base territorial firme porque la integración debe darse donde están los servicios, pero fundamentalmente donde la gente se radica y vive. Por lo tanto, se coordinarán en forma regular y permanente las acciones de los prestadores de servicios de salud dentro de las delimitaciones territoriales que establezca la JUNASA, y ésta articulará la labor con los centros educativos y las instancias tanto municipales como comunitarias. Ya tenemos muchos convenios con los Municipios, de la misma manera que se han establecido convenios a través de la red de Servicios de Salud del Estado, ASSE, con las policlínicas barriales, parroquiales, comunitarias y de distintas entidades. Por lo tanto, se articulará la labor y estarán integradas en el sistema dentro de las redes territoriales de atención a la salud*”.³³

Las entidades públicas y privadas que integran el SNIS pueden contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública. En este sentido se llevan efectuados diversos **convenios y acuerdos de complementación asistencial entre los prestadores de salud públicos y privados de todo el país**. Los tipos de complementación más frecuentes se detallan a continuación:

³³ Dra. María Julia Muñoz, Comisión de Hacienda integrada con las de Salud Pública y Asistencia Social, 23 de octubre de 2007.



- ◆ Sedes secundarias con atención y registros únicos compartidos.
- ◆ Especialidades básicas.
- ◆ Puerta única urgencia y emergencia
- ◆ Vademecum
- ◆ Actividades de promoción y prevención, en particular en embarazadas y niños.
- ◆ Atención por protocolos en diabetes e hipertensión arterial.
- ◆ Capacitación de recursos humanos.
- ◆ Programa de Salud Bucal en escuelas
- ◆ Móvil odontológico en escuelas rurales.
- ◆ Laboratorio único anatomía patológica.
- ◆ Intercambio de ecografía por cirugía urológica
- ◆ Banco de sangre y tomógrafo.
- ◆ Extensión de cobertura de la atención en fines de semana.
- ◆ Integración de servicios: pediatría, medicina, vacunaciones.
- ◆ Uso e intercambios de vehículos para ambulancia.
- ◆ Acuerdos para cesión de terrenos.

6. APS COMO SERVICIO DE PRIMER CONTACTO

Los servicios del primer nivel de atención suelen ser el primer contacto para la mayoría de los usuarios que consultan el sistema. Dada la aún escasa dotación de recursos humanos y de infraestructura, son de baja resolutivez en el diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. Esto lleva a la derivación inmediata -y muchas veces inadecuada- al segundo nivel. Por otra parte, la población usuaria continúa muchas veces accediendo directamente a través de la puerta de hospitales, lo que significa que no necesariamente los equipos de APS ejercen la función de filtro.



Un estudio realizado a fines de 2008 por el MSP con la finalidad de revisar el estado de las observaciones surgidas a partir de la auditoría de las fuentes de información utilizadas por los efectores, reveló, en relación a las historias clínicas, que la participación de los médicos generalistas es de un 20%. Es prioridad para el MSP que cada usuario tenga un médico de referencia que maneje su historia clínica y oriente el trayecto por los servicios y especialidades del sistema. Mientras se procesan en estos momentos los datos del **censo de recursos humanos en salud**, se estima que el sistema tiene 13.500 médicos, lo que implicaría una relación de 240 usuarios por cada médico, pero debe notarse que el 70% de los médicos está en la capital del país. También datos preliminares señalan que existe un profesional de enfermería por cada cinco médicos, cuando la relación técnicamente adecuada es exactamente al revés.

7. ESTRATEGIAS Y MECANISMOS DE INTEGRACIÓN DE LA APS CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

En la actualidad persiste la inequidad en el acceso a la atención especializada y hospitalaria y son débiles los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos prestadores, situación que se viene mejorando en gran parte a través de la firma los convenios y acuerdos de complementación.

Los mecanismos para garantizar la coordinación de los cuidados integrales se fundamentan en: los procesos de formación de equipos y la fijación de protocolos con roles y funciones; el establecimiento de formas de comunicación de fácil acceso y la constitución de un sistema informático integral y unitario que, centrado en la población, sea capaz de apoyar la gestión asistencial en toda su concepción integral y sus soportes en la administración de recursos humanos, materiales y financieros. Se busca también realizar acciones intersectoriales, especialmente en el nivel de coordinación territorial a través de las estrategias de entornos y estilos de vida saludables.

8. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AL SISTEMA DE SALUD

En el Uruguay, el fortalecimiento del primer nivel de atención no descuida ni la calidad ni el desarrollo de los otros niveles. Existe una amplia red de servicios del primer nivel en todo el país que vienen siendo potenciados desde distintas áreas. En particular en Montevideo, la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) concentra el 15% del total del presupuesto asignado al principal prestador público.

Los grandes hospitales de referencia se encuentran en Montevideo, la capital, pero en el resto del país existen hospitales de Segundo Nivel con servicios de alta complejidad en algunos de



ellos. ASSE busca en este momento racionalizar el desarrollo del Segundo y Tercer Nivel en el país, mediante la territorialización y la priorización de algunos de ellos en determinadas zonas con el fin de optimizar recursos y mejorar la accesibilidad.

Ya se han mencionado específicamente en otros apartados pero es aquí bueno recordar que entre las fortalezas del proceso que se ha iniciado a través de la reforma de la salud, se deben mencionar la progresiva incorporación del total de la población al seguro de salud, la articulación de servicios públicos y privados, sobre todo en el primer nivel de atención y, la firma de los contratos de gestión con la fijación de las metas asistenciales a cumplir por parte de cada prestador.

Las dificultades para llevar adelante una política de complementación, especialmente relacionadas a las diferencias del gasto entre el sector público y el sector privado, se verán equilibradas y aún en situación desfavorable ello no ha sido un obstáculo mayor para el desarrollo de estas políticas. En cuanto a la integración con otros niveles de atención, se está en un proceso de mejora continua, que incluya la asignación de poblaciones a determinados hospitales para la realización de determinadas técnicas de diagnóstico, tratamiento e internación.

Desde el punto de vista institucional, tanto el sub sector público como el privado, tienen todos los niveles de atención y la posible disparidad se verá sustancialmente disminuida con la reforma de la Salud que abre al sub sector público – ASSE – a su elección como prestador independientemente de la condición económica de la población.

Está en desarrollo un sistema de información que permite la continuidad de la asistencia entre los distintos niveles. Por otra parte, la Universidad de la República a través de la Facultad de Medicina ha aprobado el cambio en el plan de estudios de la formación de los médicos que implica la incorporación de la APS desde el ciclo inicial.

Uno de los componentes estratégicos de la APS es la participación social. En ese sentido se han dado grandes avances, que aquí brevemente mencionamos:

- ◆ Por decreto de marzo de 2005 se creó el Consejo Consultivo para los cambios en salud que convoca con regularidad a todos los sectores involucrados. Las metas asistenciales, por ejemplo, son discutidas en este ámbito.
- ◆ Se reconstituyeron los consejos de salarios, incluyendo no sólo la negociación salarial, sino también la negociación de las condiciones de trabajo del personal de la salud.
- ◆ En la ley 18.131 que crea el FONASA se incluye una comisión de seguimiento del Fondo con participación de trabajadores y empresarios.
- ◆ En la ley 18.161 que crea ASSE como servicio descentralizado se incorpora en su directorio un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.
- ◆ En la ley 18.211 se crea la Junta Nacional de Salud como órgano de administración del Seguro Nacional de Salud con la participación de un representante de los usuarios, uno de los trabajadores y otro de las empresas del sector salud.



- ◆ Por la misma ley en cada prestador que quiera integrar el SNIS debe existir un organismo consultivo y asesor integrado por la propia empresa, usuarios y trabajadores de dicha empresa.
- ◆ Los usuarios de los servicios de salud se organizan a través de movimientos nacionales.

Los aspectos mencionados contribuyen a la cohesión social, que por otra parte encuentran en un Plan Nacional de Equidad un elemento vertebrador de las distintas acciones que el Gobierno impulsa con carácter intersectorial.



Bibliografía y fuentes consultadas:

- Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. OPS-OMS, 44° Consejo Directivo, 55° Sesión del Comité Regional. Washington DC, 22-26 setiembre 2003
- González Ortuya, Pilar et al. (2005) *Programación Participativa en Salud Comunitaria*. Comisión Sectorial de Educación Permanente, Universidad de la República. Montevideo
- Informe “La atención a la salud en Uruguay”. CIFRA, encuesta pública de opinión para el MSP, diciembre 2008.
- Informe “Un balance de la reforma de la salud, 2008”. MSP, diciembre 2008
- Junta Nacional de Salud (2008) “Procedimiento de pago de metas asistenciales”. Documento de difusión. Montevideo.
- “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud”. OPS/OMS, Washington D.C., 2007.
- Ministerio de Salud Pública/Dirección General de la Salud (2007) Documento marco “Procedimiento para la construcción de convenios de gestión entre el organismo central de administración financiera y los prestadores integrales de atención, en el marco de la reforma de la salud del Uruguay”. Eurosocietal Salud, Área temática: Buena gobernanza en sistemas, hospitales y servicios de salud /Intercambio II.1-1-2007. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública/Dirección General de la Salud (2007) Dossier Nacional “Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención”. Eurosocietal Salud, Área Temática: Fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención / Intercambio III.2-1-2007. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública/Dirección General de Secretaría (2008) Dossier Nacional “Extensión de cobertura a trabajadores autónomos o independientes y a trabajadores de servicios domésticos”. Eurosocietal Salud, Área Temática: Desarrollo de la protección social en salud. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública (2008) Precios tasas moderadoras - medicamentos y consultas - Vigencia: al 22 de Octubre 2008. Publicación sitio web.
- World Health Organization. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setiembre de 1978.

Páginas y sitios web consultados:

www.parlamento.gub.uy
www.msp.gub.uy
www.ine.gub.uy
www.paho.org
www.universidad.edu.uy
www.fmed.edu.uy
www.fenf.edu.uy
www.dgi.gub.uy

