

Cuadernos de la ENIA

Políticas de Salud

Marcelo Setaro
Martín Koolhaas



Políticas de salud para la Infancia y Adolescencia

**Marcelo Setaro
Martín Koolhaas**

El presente documento ha sido elaborado como uno de los insumos complementarios para el proceso de discusión que guiará la construcción de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 (ENIA).

La ENIA es una iniciativa del gobierno nacional a través del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia, integrado por todos los organismos del poder ejecutivo y entes autónomos y servicios descentralizados que entienden en materia de políticas orientadas al sector; a saber: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Turismo y Deporte, Ministerio del Interior; Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, Consejo de Educación Primaria, Consejo de Educación Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional.

La construcción de la ENIA - que cuenta con el aval de la Presidencia de la República y el apoyo del Sistema de Naciones Unidas en Uruguay- pretende arribar a la formulación de lineamientos estratégicos que contribuyan a acometer los principales retos que el país enfrenta en materia de infancia y adolescencia. Para ello ha convocado una discusión amplia que involucre a los organismos públicos, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos internacionales, el Poder Legislativo, el Poder Judicial, los sectores empresariales, académicos, entre otros.

El análisis y las recomendaciones vertidas en este documento no reflejan necesariamente las opiniones del Comité de Coordinación Estratégica o del Sistema de las Naciones Unidas en Uruguay.

Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia
Montevideo, Uruguay
Agosto de 2008

ABREVIATURAS	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1. PROBLEMAS DE SALUD EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA	7
1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	7
1.2 MORBILIDAD Y MORTALIDAD	8
1.3 PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	9
2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL URUGUAY.....	13
2.1 EL SISTEMA ANTES DE LA REFORMA.....	13
2.2 LA POLÍTICA DE SALUD PARA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (1990-2005)	15
2.3 LAS POLÍTICAS 1990-2005: A MODO DE BALANCE	21
3. SALUD PARA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (2005-2008)	22
3.1 EL DESARROLLO PROGRAMÁTICO Y LA COOPERACIÓN INTERSECTORIAL.....	22
3.2 CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD	23
4. DESEMPEÑO EN EL CAMPO DEL DERECHO A LA SALUD.....	32
4.1 SITUACIÓN EN EL GRUPO 0-5 AÑOS.....	32
4.2 SITUACIÓN EN EL GRUPO 6 A 12 AÑOS	36
4.3 SITUACIÓN EN EL GRUPO 13 A 17 AÑOS	37
5. COMO BALANCE FINAL: DESAFÍOS PARA LA POLÍTICA DE SALUD.....	40
6. BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	44
7. ANEXOS	45

Abreviaturas

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
CAIF	Centro Atención Infancia y Familia
CCE	Comité de Coordinación Estratégica
CDN	Convención de los Derechos del Niño
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
DIGESA	Dirección General de la Salud
DIGESE	Dirección General de Secretaría
ENHA	Encuesta Nacional de Hogares Ampliada
ENIA	Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INFAMILIA	Programa Infancia y Familia
INAME	Instituto Nacional del Menor
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
FONASA	Fondo Nacional de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
SNS	Seguro Nacional de Salud
SUP	Sociedad Uruguaya de Pediatría
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Plan Ampliado de Inmunizaciones
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
PNUD	Programa Naciones Unidas para el Desarrollo
RAP	Red de Atención Primaria
SIP	Sistema de Información Perinatal
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

El Cuaderno de Políticas de Salud para la Infancia y Adolescencia tiene por objetivo realizar una descripción de las principales políticas de Protección Social en Salud. Reúne información relativa al campo de las políticas de salud, su pasado reciente y las principales líneas de política vigentes. Por tanto, este Cuaderno pretende ser un insumo para alimentar la discusión, en el marco de la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030 (ENIA) que el gobierno está llevando a cabo.

Para su elaboración se recurrió a una variedad de fuentes secundarias de información (ver anexo 1 en versión electrónica: www.enia.org.uy). También se realizó un procesamiento especial de la ENHA 2006, relativo a cobertura de servicios de salud y e indicadores de bienestar de población infantil (ver anexo 2 en versión electrónica: www.enia.org.uy). Finalmente, se acudió a la opinión de expertos en el campo de las políticas de salud en infancia y adolescencia, quienes aportaron su conocimiento, impresiones y valoraciones respecto a las políticas públicas en el Uruguay¹.

El documento tiene una orientación principalmente descriptiva. Sin embargo existe un hilo teórico mínimo, relativo al concepto de protección social en salud, entendida ésta como el esquema de políticas públicas y acciones sociales mediante el cual una sociedad hace efectivo el derecho a la salud. En este trabajo definimos a la protección social en salud como todas *"...aquellas intervenciones públicas dirigidas a promover que las personas puedan satisfacer sus necesidades y demandas en salud a través del acceso a servicios de salud y a otros bienes, servicios y oportunidades, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago"* (OPS, 2008).

La fragmentación, inequidad o insuficiencia de los esquemas de protección social en salud están asociados a fenómenos más o menos críticos de exclusión en salud. La exclusión en salud se define como la *"...falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan"* (OPS, 2008). Una situación en la cual los individuos están librados a su propia suerte, olvidados por la sociedad en la que viven.

Esta claro que la protección social en salud no se limita solamente al papel de los servicios de salud. También importan otros bienes y servicios, como puede ser el acceso a la alimentación adecuada, la vivienda digna o el saneamiento. Sin embargo, en este documento, el foco de análisis principal estará en los servicios de salud. Es una opción metodológica, que seguramente se verá compensada, al cruzar la lectura de este documento con los aportes de los otros Cuadernos temáticos de la ENIA.

¹ Las afirmaciones y valoraciones recogidas en este documento corren por cuenta del equipo técnico responsable de la redacción de este Cuaderno. Agradecemos a todos nuestros entrevistados, en especial a la Dra. Perla Vivas, por sus comentarios y sugerencias. Por supuesto, los errores y omisiones son de nuestra exclusiva responsabilidad. **Expertos consultados:** Fernando Borgia (Sociólogo. Especialista en políticas sociales y salud, IMM), Alicia Fernández (Médica. Tesorera de la SUP. Intensivista en Pediatría), Gonzalo Giambruno (Médico. Presidente de la SUP. Profesor Neonatología de la UDELAR), Cristina Grela (Médica. Directora del Programa Nacional Salud Mujer y Género, MSP-DIGESA), Susana Grunbaum (Médica Psiquiatra. Directora del Programa Nacional del Adolescente, MSP-DIGESA), María Catalina Pérez (Médica. Instituto del Niño. Profesor Grado 5 UDELAR), Daniel Olesker (Economista. Director General de Secretaría, MSP-DIGESE), Jorge Quian (Médico. Director del Programa Nacional de Niño MSP-DIGESA), Annabella Marchese (Médica. Ex Directora Pediátrico en el CHPR -2002-2003-), Alfredo Solari (Médico. Ex Ministro de Salud Pública. Consultor internacional en políticas sociales y de salud) y Perla Vivas (Médica. Integrante del Equipo Técnico de apoyo al Comité de Coordinación Estratégica del Consejo Nacional de Políticas Sociales).

El documento está organizado en cinco secciones, además de sus anexos, que completan las informaciones aportadas en el cuerpo principal del documento. La primera sección es la presentación de los principales aspectos que hacen al diagnóstico de la situación de salud de niños y adolescentes en el Uruguay. Principales problemas en salud: matriz de riesgos sociales y problemas de los servicios de salud. Las conclusiones apuntan a señalar que los problemas de salud de infancia y adolescencia se centran en las cuestiones del crecimiento y el desarrollo adecuado. Los trastornos de la nutrición, los problemas de aprendizaje y de conducta, la salud sexual, son algunos de los tópicos de una nueva *agenda en construcción*.

La segunda sección mira la organización del sistema de salud para enfrentar los problemas de salud de la población. La mirada está enfocada en el sistema antes de la reforma. Posteriormente se destacan las principales políticas del MSP durante 1990-2005 para infancia y adolescencia, según la visión de los expertos entrevistados. Se identifican las principales políticas del período, pero se marcan también sus problemas, en términos de cobertura, coordinación e integralidad de los servicios, que condiciona la efectividad de la respuesta sanitaria a las necesidades de niños y adolescentes.

En tercer lugar, la nueva administración y la política de creación del SNIS-SNS. Se destacan los instrumentos que propenden a garantizar la salud de los niños, como las Cuotas de Salud y las Metas Asistenciales, el Carné de Salud del Niño y la Niña, el Carné de Salud Adolescente, el fortalecimiento del sector público, etc. Como cierre de esta sección se añade un primer balance de la reforma, a seis meses de culminado el proceso legislativo.

La sección cuarta trata de la evaluación de la matriz de indicadores de la ENIA. Se presentan los datos seleccionados por el CCE para verificar el cumplimiento del Derecho a la salud de niños y adolescentes. Se trata de privilegiar la mirada de mediano plazo, presentando los indicadores seleccionados por la Matriz ENIA. El anexo 1 complementa los datos, con tablas y gráficos.

Por último, en la sección final, se presentan algunos trazos de los principales desafíos en materia de política de salud para infancia y adolescencia, tomados de las opiniones de algunos referentes en el campo de las políticas de salud para infancia y adolescencia. Se trató de darles a estos enunciados una redacción homogénea, agrupándolos en grupos temáticos, con un ordenamiento lógico mínimo, de una variedad de tareas pendientes y desafíos a concretar en materia de políticas de salud. No pretenden agotar el universo de opciones y posibilidades, sino más bien servir como disparadores del diálogo y la elaboración de propuestas.

1. Problemas de salud en infancia y Adolescencia

El Uruguay es uno de los países de mayor desarrollo humano de Latinoamérica (PNUD, 2007). Su distribución del ingreso, de las más equitativas de continente, y sus niveles de educación y de expectativa de vida, por encima de los promedios regionales, alimenta esta idea de la *excepcionalidad uruguaya*. Sin embargo, detrás de los grandes promedios, se encuentran ocultos fenómenos con profunda implicancia para la política de protección en salud de un *Estado Social centenario*.

Este capítulo apunta a repasar algunos de los ejes principales para la definición de la política de salud de infancia y adolescencia. Estos son su estructura demográfica y epidemiológica, al cual se superpone un particular cuadro en la esfera de la atención en salud.

1.1 Perfil demográfico

Nuestro país es considerado como un país de *demografía moderna*. Su *transición demográfica*² comenzó a fines del siglo XIX y se consolida a mediados del siglo siguiente. A lo largo del siglo XX se consolidaron los fenómenos de la primera transición demográfica, es decir, descenso de la fecundidad y de la mortalidad. Hasta 1930 la migración internacional fue un factor importante de crecimiento de la población, con saldo positivo a lo largo de toda la primera mitad del siglo. Para la primera década del siglo XXI, la tasa de fecundidad se ubica por debajo del nivel de reemplazo. Las transformaciones en la familia, la nupcialidad y la fecundidad características de la “segunda transición demográfica” se perciben en el Uruguay desde las últimas décadas del siglo XX.

En realidad, los especialistas sostienen que existen tres modelos reproductivos en el Uruguay actual. El primero compuesto por las mujeres cuya descendencia supera la media nacional, con una edad media a la maternidad más temprana, que se encuentran en un estadio más atrasado de la *primera transición demográfica*. Un segundo grupo formado por mujeres que se aproximan a finalizar dicha transición y un tercero por las que están transitando la *segunda transición demográfica*³, cuya reproducción no alcanza el nivel de reemplazo, con cambios importantes en el calendario de la fecundidad. Se verifica además que disminuye la brecha en los niveles de fecundidad entre Montevideo y el interior del país, también disminuye la fecundidad de las mujeres adolescentes que tienen niveles educativos y económicos más bajos (Varela et al, 2008).

Este es el complejo cuadro demográfico de una sociedad en un proceso de envejecimiento *perverso*. Es decir, no solo se suman fenómenos *revolucionarios* como el incremento de la expectativa de vida, o el control de la fecundidad por parte de las mujeres. También se superpone un fenómeno creciente de emigración selectiva, por el cual nuestro país pierde población en su etapa de reproducción biológica. Es decir, se da una situación paradójica, en donde el envejecimiento es resultado, por una lado, de mejores condiciones de vida, pero también de la falta de perspectivas que empuja hacia la emigración internacional.

² Se denomina *transición demográfica* al proceso por el cual “las poblaciones pasan de una situación de equilibrio, consecuencia de una mortalidad y natalidad altas a otra situación de equilibrio, con mortalidad y natalidad bajas. En ambos casos, tiene lugar un crecimiento bajo o nulo de la población. El desfase en los niveles en que tienen lugar los descensos de las muertes y de los nacimientos da lugar a etapas más o menos explosivas en el crecimiento de la población” (Pellegrino et al. 2008: 12).

³ El término fue concebido para dar cuenta de los cambios experimentados por la familia occidental desde mediados de la década de 1960. Estas transformaciones consisten en “el aumento del divorcio, el descenso de la nupcialidad, el aumento de las uniones consensuales y los nacimientos fuera del matrimonio legal y el registro de una nueva reducción de la fecundidad, cuyo valor tendió a situarse por debajo del nivel de reemplazo” (Pellegrino et al. 2008: 12).

1.2 Morbilidad y Mortalidad

Según el último perfil de salud del Uruguay publicado por la OPS, la tasa de mortalidad general fue de 9,76 por mil habitantes en 2004 (32.220 muertes). El 80% de las muertes fueron debidas a los siguientes grandes grupos de causas: enfermedades del sistema circulatorio (33,6%); tumores (23,4%); enfermedades del sistema respiratorio (9,4%), causas clínicas no clasificadas (9,4%), causas externas (5,7%) (OPS, 2007). De acuerdo al perfil demo-epidemiológico del país, la tendencia es a un mayor peso de las patologías crónico degenerativas y tumorales

En el 2005 la tasa de mortalidad infantil fue de 12,7 por cada mil nacidos vivos. La TMI cae de 29,4 por mil en 1985 a 12,7 en 2005. Esta reducción de 56,8% se debe al descenso de la mortalidad que se registraba en los servicios públicos de salud. Entre 1986 y 2001 la tasa de mortalidad desciende un 44,3% en Montevideo, mientras que en el resto del país desciende un 53,9%. Existen importantes diferencias en los niveles de la TMI entre los diferentes departamentos del país. En Montevideo se verifican diferencias entre sus barrios, según las condiciones diferenciales de bienestar, infraestructura y de acceso a servicios públicos.

Los problemas de salud para la población infantil y adolescente son variados. Como se indicó anteriormente, el país experimenta un descenso paulatino de la fecundidad, que se expresa en el bajo número de nacimientos (47.236 en 2006). El 37% de los nacimientos pertenecen a Montevideo y el resto al interior del país. Los bebés con bajo peso al nacer (inferior a 2.500 gramos) rondan el 8,6% de los recién nacidos. Entre los niños menores de un año, las causas principales de mortalidad son: malformaciones congénitas (24%), la hipoxia intrauterina y dificultades respiratorias del recién nacido (13%) y la sepsis bacteriana (9,0%). El número de caso de sífilis congénita detectados en 2005 fue de 29 (0,6% por mil nacidos vivos), aunque se sospecha que existe subregistro de casos.

En la población de entre 1 y 4 años, las tres principales causas de muerte son: accidentes y efectos adversos (23,9%), anomalías congénitas (13,8%) y las infecciones respiratorias agudas y neumonías (11,0%). En el tramo 5 a 9 años los accidentes son la principal causa de muerte (39,5%), seguido por los tumores (17,3%). En 2001 el MSP en conjunto con la Facultad de Medicina comienzan a implementar en todo el primer nivel de atención la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), para enfrentar a los problemas más comunes de salud infantil. Respecto al grupo 10 a 19 años, también los accidentes son las principales causas de muerte (33,2%). La segunda causa más frecuente es el suicidio (12,5%), seguido por los tumores (9,5%) y los homicidios y otras causas violentas (9,1%). El embarazo adolescente constituye el 16,5% del total de los embarazos en 2001. (OPS, 2007: 706-708)

Finalmente, el enfoque centrado sobre indicadores de morbi-mortalidad de esta población, si bien es necesario, resulta insuficiente. Los principales problemas de salud de la población infantil y adolescente se posicionan cada vez más en el crecimiento y el correcto desarrollo. En tal contexto, asuntos como la nutrición adecuada, los trastornos del aprendizaje y de la conducta, la transición hacia la vida adulta y la salud mental, el maltrato infantil, las adicciones, la salud sexual y reproductiva, son los tópicos principales tópicos en la calidad de vida de los niños y adolescentes.

La perspectiva demográfica y epidemiológica no hace más que renovar la preocupación por el futuro de nuestro país. Dentro de ese panorama de natalidad decreciente, cada niño y cada joven se constituyen en un capital precioso. Las políticas públicas deberían de garantizar que los futuros ciudadanos sean capaces de reproducir las bases materiales de nuestra comunidad.

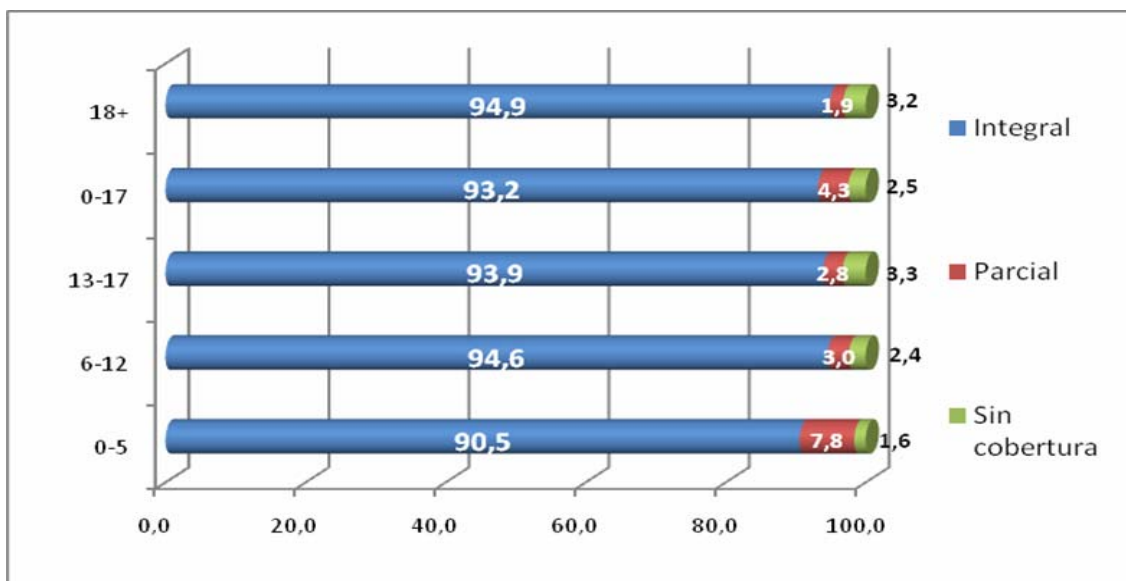
1.3 Protección social en salud

El análisis agregado de indicadores sociales y económico tiene muchas veces el efecto de forzar la homogeneización de una sociedad que convive bajo dos lógicas bien diferenciadas. Por un lado la sociedad adulta, con patrones de salud y bienestar relativamente altos, tal vez comparables con los patrones de sociedades avanzadas. Pero por otro lado la sociedad infantil y adolescente, con una acumulación de necesidades sociales y de salud importantes. Sin dudas que esto es un reflejo del conocido fenómeno de *infantilización de la pobreza* que sufre nuestro país.

En esta sección pretendemos repasar algunos aspectos de la protección social en salud de niños y adolescentes. Para ello nos basaremos en datos de la ENHA 2006, por lo que estaremos dando cuenta de la situación anterior a la reforma del sistema de salud. El análisis tratará de controlar la cobertura de salud con otros indicadores sociales que den cuenta de los niveles de bienestar de los hogares en cuestión.

El gráfico 1.1 nos muestra que el 97,5% de la población menor de 18 años posee cobertura de salud. Solamente el 2,5% carece de protección en salud. En el análisis por edades se observan algunas particularidades, como ser la baja cobertura integral y la alta cobertura parcial en la primera infancia. En términos generales, la población de 18 y más años tiende a tener una mayor cobertura integral de salud que los niños y adolescentes, aunque también es algo más elevado el porcentaje de población sin cobertura.

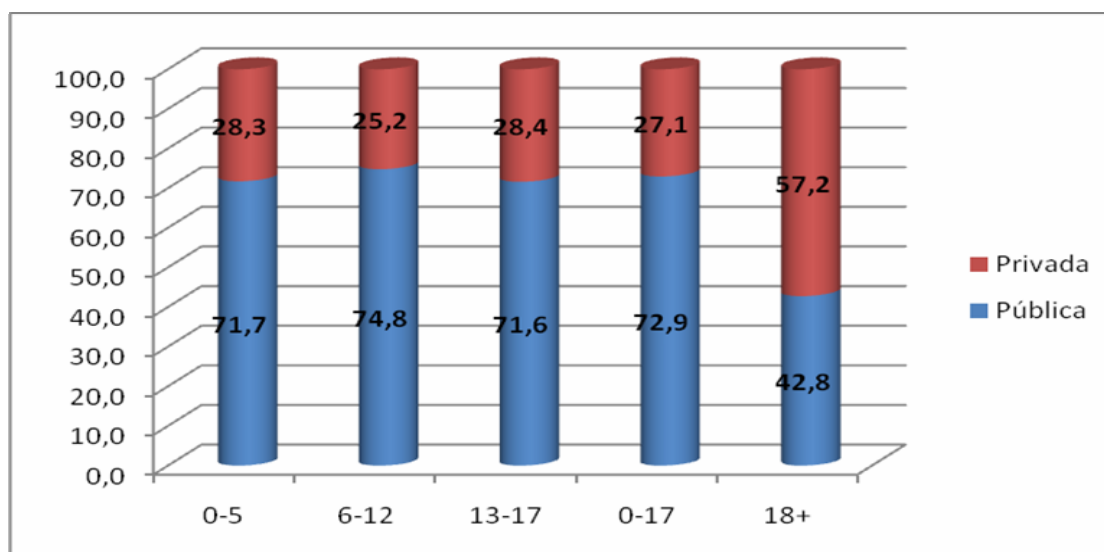
Gráfico 1.1. Cobertura de salud de la población según grupos de edad (en porcentaje). ENHA 2006



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la ENHA 2006

El gráfico 1.2 muestra que la cobertura de los menores de 18 años es predominantemente pública (72,9%). La relación se invierte para la población mayor de 18 años (57,2% posee cobertura en servicios privados).

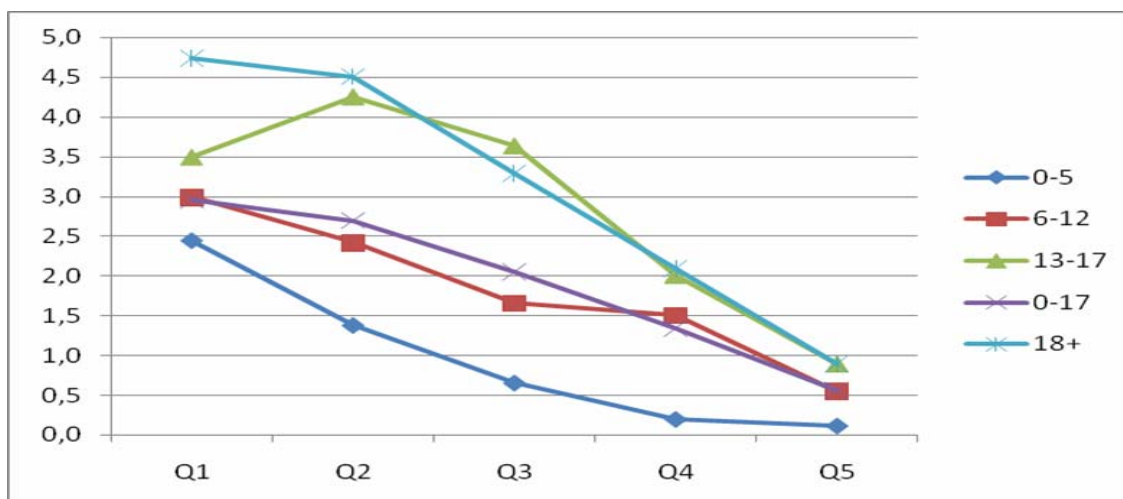
Gráfico 1.2. Tipo de institución donde tiene derechos vigentes según grupos de edad (en porcentaje). ENHA 2006



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la ENHA 2006

El gráfico 1.3 muestra a quienes carecen de cobertura, según quintiles de ingreso. Podemos ver que los más pobres son quienes presentan mayores problemas de cobertura. En teoría, esta población de bajos ingresos debería poseer derecho de acceso a ASSE⁴. Tal vez estén operando factores de tipo cultural o regional, ya que no se observan diferencias grandes por sexo (ver Anexo 2 en versión electrónica: www.enia.org.uy).

Gráfico 1.3. Porcentaje de población sin cobertura de salud por grupos de edad, según quintiles de ingreso. ENHA 2006



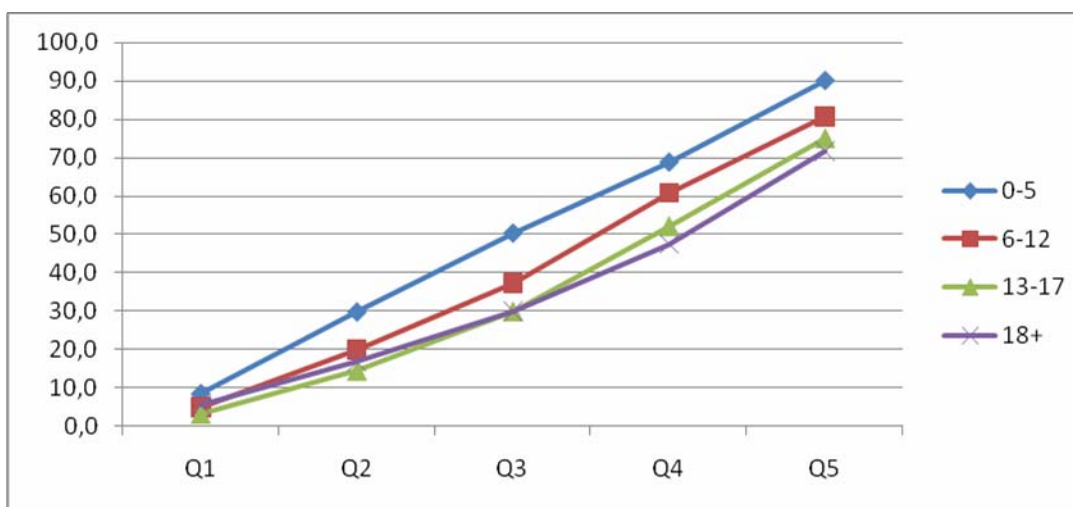
Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la ENHA 2006

⁴ El carné de asistencia gratuita en ASSE se obtiene contra demostración de insuficiencia de ingresos, en este caso que no superen las 25 Unidades Reajustables (unos 450 dólares).

El área metropolitana y las zonas rurales del interior son las que muestran los niveles más bajos de cobertura. Según zona geográfica, la región Litoral del país es la que presenta los niveles más bajos de cobertura de esta población. La región Centro es la que presenta los niveles más altos de cobertura (ver Anexo 2 en versión electrónica: www.enia.org.uy).

La cobertura de Emergencia Móvil debería estar comprendida dentro de la cobertura integral. Sin embargo, debe ser contratada mayormente de forma privada. Es un beneficio asociado a la residencia urbana, fundamentalmente metropolitana. Esto es, más que los niveles de ingreso, lo que está incidiendo es la existencia de oferta.

Gráfico 1.4. Distribución de población afiliada a emergencia móvil por grupos de edad, según quintiles de ingreso. ENHA 2006

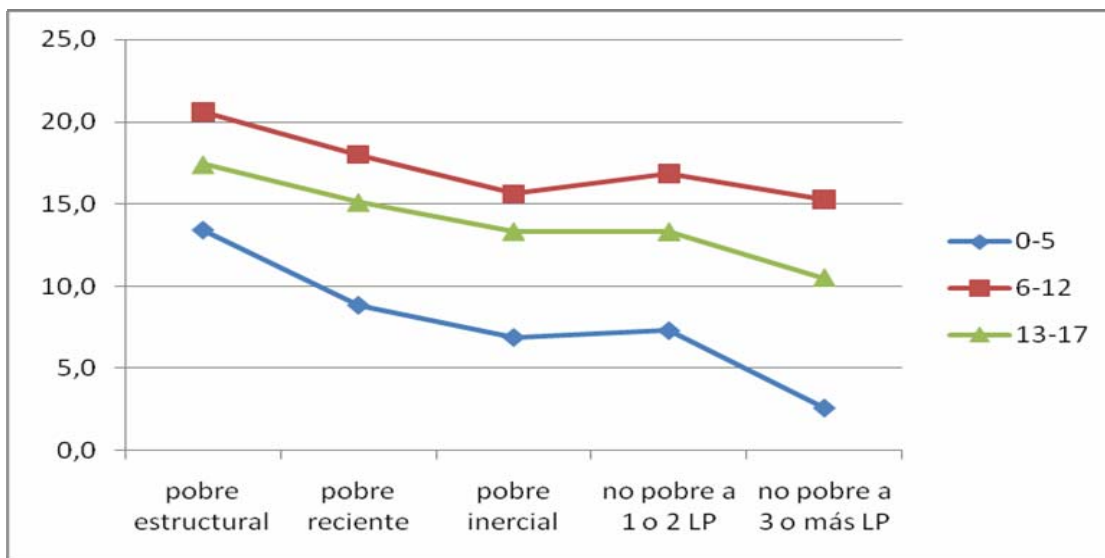


Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la ENHA 2006

El acceso a medicamentos y a la atención odontológica, al igual que a la emergencia, también se relaciona con la situación económica del hogar. En el caso de los medicamentos, seguramente asociado al mayor acceso que puede ocurrir en el sector privado en relación al público, mediante pago de tiques de medicamento. La atención odontológica también varía significativamente según nivel de ingreso, en una prestación que está condicionada al acceso por pago de bolsillo, o a la disponibilidad de protección colectiva por el BPS o IAMC (ver Anexo 2 en versión electrónica: www.enia.org.uy)

El gráfico 1.5 muestra la relación entre la situación de malestar, medido por el auto-reporte, según edad y una medida de estratificación social. Podemos ver que la situación de pobreza se relaciona de manera positiva con la declaración de algún tipo de problema de salud.

Gráfico 1.5 Porcentaje de población menor de 18 años que reporta algún problema de salud (discapacidad, enfermedad, etc.) según medida de estratificación social y grupo de edad, año 2006



Fuente: Elaboración propia en base a microdatos de la ENHA 2006

Como síntesis, que nuestro país presenta niveles altos de cobertura de salud. Sin embargo, esto debe ser matizado con una medición más rigurosa del tipo de cobertura brindado. Es preciso contabilizar a la población que carece de cobertura en un prestador integral. Además, es necesario valorar el acceso que esta población tiene a otras prestaciones que muchas veces están restringidas en los prestadores integrales, como la salud de emergencia y la odontológica. Finalmente, esos problemas de acceso se correlacionan de manera muy fuerte con la condición socioeconómica de los hogares, pero también con nuestro indicador de "sensación de malestar en salud". La pobreza podría estar relacionada con una percepción de mayor precariedad en la situación de salud de las personas.

2. Sistema de servicios de salud en el Uruguay

El objetivo de esta sección es mostrar una breve descripción del sistema de salud antes de la reforma que implementa el SNIS. En segundo lugar, se marcan las principales políticas de salud para infancia y adolescencia de estos últimos 15 años (1990-2005). Por último, esta parte se cierra con una evaluación de los principales problemas de la política de servicios de salud, que se presentan como desafíos para la gestión de la actual administración.

2.1 El Sistema antes de la Reforma⁵

La Constitución establece que el Estado es responsable de legislar en todos los asuntos relativos a la salud y la higiene pública, para alentar el desarrollo físico, social y moral de la población uruguaya. También establece que el Estado garantiza la asistencia gratuita en salud a todos quienes carezcan de medios suficientes (Art. 44). La Ley 9202 de 1934 crea el MSP como la entidad responsable de establecer las normas y de regular el sector, desarrollando programas preventivos y proveyendo servicios de salud a la población. Además, el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 17823), en sus capítulos III y VI especialmente, establece competencias rectoras del estado en materia de protección social para esta población.

En términos muy generales, el sistema de servicios de salud se organiza sobre la base de dos subsectores. Por un lado el sector público, en el cual ASSE es el mayor prestador integral. ASSE es un organismo desconcentrado del MSP, responsable de brindar servicios integrales de salud, libres de costo a quienes carecen de recursos. La red pública se completa con el Hospital de Clínicas, que depende la Universidad de la República, y la red de policlínicas de primer de las Intendencias, que tienen un grado de desarrollo variable⁶.

Por otro lado tenemos a las IAMC, entidades privadas sin fines de lucro, que brindan aseguramiento y prestaciones de servicios integrales de salud contra el pago de una cuota regulada por el Estado. Las IAMC son además las únicas instituciones habilitadas para contratar con el seguro de salud administrado por el BPS para dar cobertura a los trabajadores cotizantes, lo cual explica la importancia que tiene el sector privado de salud en el Uruguay. El sector privado se completa con los Seguros Privados integrales, entidades lucrativas que brindan cobertura de salud a un pequeño porcentaje de la población.

⁵La descripción de la estructura del sistema de salud antes de la reforma se basa en los Perfiles de Sistemas de Salud que elabora la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2002 y 2007).

⁶ El sector público se completa con los Hospitales Policial y el Hospital Militar, que son prestadores integrales que dependen de los Ministerios de Interior (Policía) y de Defensa Nacional (Fuerzas Armadas). El BPS tiene una red propia que brinda servicios de atención materno-infantil a la familia de los trabajadores. Las empresas públicas cuentan con servicios de salud de baja complejidad.

Cuadro 2.1. Distribución de la cobertura de Salud, según efector. 2004 (en porcentaje)

Efector	Porcentaje
Mutualista	44,8
MSP (1)	42,8
Emergencia Móvil	1,0
Otro (2)	8,2
Sin Asistencia	3,2
Total %	100,0

Fuente: INE-ECH 2004.

(1) Incluye Hospital de Clínicas.

(2) Incluye BPS, Hospitales Militar y Policial, y Policlínicas Municipales

El sistema muestra problemas importantes de fragmentación y de segmentación. El grado de integración al interior de los dos sectores es bajo. La complementación entre el sector público y el privado es nula, si bien existe un flujo importante de compra-venta de servicios. La competencia comercial al interior del sector privado ha redundado en un desarrollo asistencial basado en la inversión tecnológica y la alta especialización, en desmedro de los servicios de prevención y promoción en salud.

Además de la fragmentación del sistema, éste muestra rasgos marcados de segmentación, que se traducen en una gran inequidad asistencial. Los servicios públicos se concentran en la atención de la población carente de aseguramiento y sin capacidad de pago. Si bien el estado posee una importante red de servicios en todo el territorio nacional, la misma presenta un deterioro importante, debido al bajo gasto en mantenimiento e inversiones. Por otro lado, las IAMC brindan servicios de *calidad superior* a la población con capacidad de pago y con cobertura sanitaria por la seguridad social.

El aseguramiento en salud está asociado a la condición de trabajador formal. El BPS administra el seguro de salud de los trabajadores privados, también brinda cobertura a jubilados de bajos ingresos y sólo a una fracción de los trabajadores estatales (totalizan 615 mil en Enero de 2005). El seguro de salud del BPS brinda cobertura integral en salud solamente al trabajador que cotiza (la mujer del trabajador está amparada en su atención prenatal, y los niños en su control de salud hasta los 6 años en general). El BPS contrata solamente con las IAMC para brindar prestaciones a la población amparada, dejando por fuera del esquema de aseguramiento a los servicios públicos.

Este tipo de diseño tiene un efecto muy particular sobre la asignación de recursos en el sistema. El sector privado presentaba en 2004 un gasto en salud por usuario, que en promedio era tres veces superior al gasto por usuario del sector público. Esto se debe a que la seguridad social canaliza sus recursos por las IAMC, pero además a los ingresos por concepto de prepago y por recaudación de tasas moderadoras (tiques y órdenes para acceder a la asistencia).

Cuadro 2.2. Gasto en salud por Beneficiario, según prestador. 2004

Sector	Prestador	Cobertura (miles de personas)	Gasto mensual por persona (en pesos)
Público	ASSE		
	H. Clínicas		
	BPS	1493	342
	Policlínicas IMM		
Privado	Policlínicas Interior		
	IAMC	1408	869
	Seguro Integral	55	1765
	Total Privados	1463	903
TOTAL		2956	666

Fuente: MSP-DIGESE, 2006.

El cuadro 2.2 muestra en términos muy simples el gasto por beneficiario, según sector asistencial (están excluidos los Hospitales Militar y Policial). Podemos ver que la atención de la población se distribuye en una proporción prácticamente igual entre la red pública (1.493.000 personas; 50.5%) y la privada (1.463.000 personas; 49.5%). Sin embargo, en términos de gasto por usuario, la red privada gasta 2,6 veces más que la red pública. El diferencial es más importante respecto a los seguros privados, donde el gasto es 5 veces más grande respecto al gasto promedio de la red pública.

2.2 La política de salud para Infancia y Adolescencia (1990-2005)

En esta parte describimos algunas de las principales políticas públicas de salud para infancia y adolescencia características de estos años (1990-2005). La descripción se basa en las entrevistas realizadas con informantes calificados. En este racconto se indican las políticas más destacadas, así como algunos de sus aspectos más salientes.

Políticas salud en infancia-adolescencia 1990-2005

- Campo normativo: Programa Materno Infantil
- Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Programa Aduana
- Sistema de Información Perinatal (SIP)
- Desarrollo de servicios de medicina intensiva y urgencia de ASSE
- Políticas Sociales: CAIF e INFAMILIA

Fuente: entrevistas con informantes calificados

El campo político normativo

Dentro de un contexto de relativa debilidad del MSP como rector de las políticas, la desconcentración de ASSE (1987) apunta a generar la separación de las funciones político-normativas de las propiamente asistenciales. En ese contexto es que se genera el Programa de salud Materno Infantil en el ámbito de la División Promoción de la Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud. Este constituye un primer ámbito especializado en la elaboración de orientaciones de política en el campo de la salud materno-infantil.

La separación de las funciones asistencial y normativa, busca contrarrestar una lógica de funcionamiento en el que la asistencia directa absorbe buena parte de los recursos del MSP, en detrimento de las políticas enfocadas a promoción y prevención en salud. A esto se debe agregar la gran descentralización normativa generada por la figura de las Comisiones Honorarias, quienes por ley gestionan varios ámbitos de política de salud.

El Programa comienza a tener una incidencia mayor a partir de 1995, en que se empiezan a desarrollar normativas, protocolos de atención, guías clínicas, capacitación y apoyo al plan Aduana, entre otros. En una primera instancia hay una superposición de temas importantes, la salud infantil y adolescente, la sexual y reproductiva, que lentamente se fueron diferenciando. Las orientaciones en esta área estuvieron concentradas en la supervivencia infantil, en el abatimiento de las tasas de mortalidad infantil. Los enfoques referidos al crecimiento y el desarrollo infantil, de alguna forma estuvieron supeditados al cumplimiento de ese importante objetivo de reducir la mortalidad infantil.

LA VISIÓN DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN.

PROGRAMAS DE SALUD: UNO DE LOS EJES DEL CAMBIO DE MODELO

Uno de los cambios más sustantivos de la actual Administración del MSP – DIGESA ha sido la apuesta al **fortalecimiento de los Programas de Atención**, base sustancial del modelo alternativo de atención a la salud, contemplando líneas programáticas que aseguren la continuidad a lo largo de la vida (Programa de salud de la Niñez, de los y las Adolescentes, de la Mujer, de Adultos y Adultos Mayores) y la integralidad en base al cruce con programas transversales (Programa de Salud Bucal, de Nutrición, de Atención a Consumos Problemáticos, de ITS y VIH-SIDA, etc.), con énfasis en protocolos desde el primer nivel de atención.

Así, el antiguo Programa de Atención Materno Infantil es sustituido por dos Programas más amplios e integrales: el Programa de Atención a la Salud de la Niñez, y el Programa Nacional de Salud Mujer y Género. El **Programa de Atención a la Salud de la Niñez** contempla objetivos y guías de atención vinculados al diagnóstico de la salud infantil, a los controles periódicos desde el nacimiento a los 12 años, la atención oportuna a la condición de enfermedad, y el monitoreo de situaciones de mortalidad y morbilidad prevalentes. Señala también la importancia del cuidado parental hacia los hijos/as, no exclusivo de la madre. Por su parte, el **Programa Nacional de Salud Mujer y Género** promueve la visión integral de la atención a mujeres en todas las etapas de su vida, con perspectiva de género y de derecho a la salud, no sólo en su etapa reproductiva, incluyendo la maternidad informada, la anticoncepción y la prevención de patologías, así como la prevención y atención a situaciones de violencia doméstica.

COORDINACION SALUD – EDUCACIÓN: hacia un control de salud universal en niñas y niños, propiciado por el nuevo CARNÉ DE SALUD

Autoridades del MSP y su Programa de Atención a la Niñez han priorizado la promoción de los controles periódicos de salud infantil, favoreciendo el contacto continuo de las familias y los niños con los equipos de salud, con enfoque promocional y preventivo, así como de detección precoz de patologías. En tal sentido se está acordando con las autoridades de la Educación Primaria su importante apoyo hacia esta campaña, integrando los esfuerzos docentes en la promoción de los controles, aprovechando el valioso instrumento recientemente aprobado a nivel nacional, el Carné de Salud de Niños y Niñas, con su sección de Certificación de Control de Salud para evaluación a nivel escolar.

Fuente: MSP

La Política de Inmunizaciones

Una de las principales políticas de estado en el Uruguay, la historia de las vacunaciones se remonta a los inicios del siglo XIX, con la aplicación de la vacuna contra la Viruela. Diversas leyes, decretos y otras normas han reglamentado su ampliación y aplicación a diferentes sectores de la población. En el año 1982 se conforma el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que incluye las principales vacunas necesarias para la infancia. La aplicación es obligatoria, gratuita y se ejecuta en todos los servicios de salud, públicos y privados.

En 1987 el MSP asigna a la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa la ejecución del Programa. Esta se realizará bajo la supervisión de la División Epidemiología del MSP, que mantiene la responsabilidad normativa y de planificación, con el apoyo de la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones. Esta comisión se integra por representantes de la Facultad de Medicina, Sociedad Uruguaya de Pediatría y otras entidades técnicas estatales, así como profesionales uruguayos expertos de alto reconocimiento.

Con esta estructura, el PAI alcanza altos niveles de calidad del servicio mediante el control de la *cadena de frío*, la distribución planificada y supervisada de las vacunas, el registro individualizado de los niños vacunados en una base de datos nacional, la citación periódica de los niños que se atrasan en su vacunación. Desde 1982 a la fecha los porcentajes de población vacunada alcanzan niveles progresivamente más altos, colocando al Uruguay en los primeros lugares a nivel internacional. El PAI incluye vacunas contra: Difteria; Hepatitis B; Paperas; Poliomieltitis; Rubéola; Sarampión; Tétanos; Tos Convulsa; Tuberculosis; Varicela; Meningitis y otras infecciones por Haemophilus Influenza tipo B.

Los altos niveles de vacunación (superan el 90-95 %) se traducen en un alto control de las enfermedades prevenibles por vacunas. La adecuación periódica y oportuna de las estrategias y pautas de vacunación ha permitido evitar epidemias de diversas enfermedades y ha minimizado el impacto de las enfermedades prevenibles por vacunas. En la actualidad nuestro país ha logrado la erradicación definitiva de la Poliomieltitis (certificada por OPS-OMS en 1994), la eliminación del Tétanos del recién nacido (18 años desde el último caso) y la Difteria. Se está cercana la meta de erradicación del Sarampión y no se registran casos de Rubéola ni Paperas y han disminuido drásticamente los casos de Meningitis por Haemophilus Influenza y otras Meningitis.

LA VISIÓN DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN: AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES y SU PROMOCIÓN

En el marco del fortalecimiento de las acciones preventivas de cuidado de la salud, la actual Administración ha incorporado al Programa Ampliado de Vacunaciones la vacunación contra la hepatitis A y contra el neumococo, para niños en sus primeros años. También ha desarrollado campañas de promoción de la vacunación oportuna con participación de autoridades, docentes, estudiantes y familias, como forma de volver a colocar en la agenda colectiva la jerarquía de la política nacional de inmunizaciones, buscando llegar en particular a la población más alejada de los servicios.

Fuente: MSP

El Programa Aduana

El Programa Aduana se crea el año 1971 dentro del área Materno Infantil del MSP. Comienza a funcionar en Montevideo en el año 1974. Su objetivo es el de asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria. Se trataba de un

sistema de referencia de recién nacidos y lactantes internados, que al alta eran derivados desde los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell, a cuatro centros periféricos del MSP y a diez servicios del Consejo del Niño denominados “Gotas de Leche”⁷.

Este proceso de referencia experimenta una expansión progresiva. En 1974 se inició la captación por parte de personal de enfermería de recién nacidos y lactantes internados, mediante el registro de datos de identificación, y referencia al efector del primer nivel de atención más cercano al domicilio. En 1976 se capacita personal para esta tarea específica y se asigna tiempo completo. En 1983, con el cierre del Hospital Pedro Visca, se concentraron las actividades en el Hospital Pereira Rossell, realizándose la incorporación del Hospital de Clínicas a esta coordinación. En 1996 el programa recibe un nuevo impulso, y en 2002 comienzan las primeras evaluaciones.

El programa se gestiona en el nivel de ASSE-RAP bajo los principios de coordinación intra e interinstitucional entre los diversos efectores del sub-sector público capitalino. Articula los servicios hospitalarios del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), del Hospital de Clínicas, con el nivel central de ASSE-RAP, y los efectores de Primer nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de salud de la RAP, Policlínicas Municipales (IMM) y Médicos de Familia.

Para el año 2002 se registraron unos 7489 recién nacidos (RN) en los efectores de referencia. Estos fueron referidos al centro de Primer Nivel más cercano al domicilio, procediéndose a la captación de 6539 (87.3%), presentándose 93 defunciones perinatales. Del total de RN, 1638 correspondieron a madres adolescentes (de 19 años o menos), captándose 1431 RN (87.4%) de esa población. El total de púerperas adolescentes captadas fue 561 (21.7%), correspondiendo a 65 (11.6%) púerperas menores de 16 años, y 496 (88.4%) púerperas adolescentes entre 16-19 años. Hubo 737 RN de bajo peso, fueron captados 597 (81%) (Contera, 2004).

LA VISIÓN DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN:

JERARQUIZACIÓN DEL PROGRAMA ADUANA y la atención a la PRIMERA INFANCIA

La actual Administración ha definido la prioridad **del Programa de Atención a la Salud de la Niñez**, compartiendo el criterio sustentado por el Gabinete Social de que no habrá equidad y mayor salud si no se promueven las mismas desde la infancia. En el marco de este Programa, ha entendido que la atención a niños y niñas desde su concepción, nacimiento y sus primeros años de vida implica una apuesta racional y preventiva que hay que fortalecer. En esta dirección definió la extensión a nivel nacional del Programa Aduana, como instrumento nacional de captación de los recién nacidos en las maternidades y su seguimiento y control de salud hasta los 2 años de edad en este período, y la continua coordinación interinstitucional con actores de salud y protección social.

Fuente: MSP

El Sistema Informático Perinatal

En el año 1983 el CLAP publica el Sistema Informático Perinatal (SIP). Durante la administración del Presidente Lacalle, se comienza a implementar el SIP a nivel nacional. El SIP está constituido por un grupo de instrumentos diseñados originalmente para uso en los servicios de obstetricia y neonatología de

⁷ En Contera, M., et al (2004) se muestra un excelente resumen de las principales características y la evolución histórica del programa Aduana.

instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el programa de captura y procesamiento local de datos y el partograma, entre otros. La HCP fue diseñada para, entre otros objetivos, servir de: base para planificar la atención de la embarazada y su hijo; normalizar y unificar la recolección de datos; facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido; conocer las características de la población asistida, etc.

El SIP permite que en la misma maternidad, los datos de la HCP puedan ser ingresados a una base de datos y así producir informes locales. A nivel de país o regional, las bases de datos de varias maternidades pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.

Política de Medicina Intensiva y de Urgencia Pediátrica

A principios de los años '90 el MSP comienza a implementar un programa destinado al desarrollo de los servicios de medicina intensiva (1991-93). Las bajas remuneraciones del personal médico y técnico del sector público hacían imposible contratar personal médico y de enfermería con las diferencias salariales existentes respecto al sector privado. El MSP contaba con infraestructura, equipamiento básico y recursos necesarios, pero carecía de los recursos humanos.

Se crea este Programa con el propósito de acondicionar los servicios de CTI de ASSE, para dar respuesta a la importante demanda existente. Rápidamente alcanza un alto nivel de cobertura. Se reduce el volumen de contrataciones que el Estado realizaba a los CTI del sector privado. Se constata además una notoria tendencia descendente en la mortalidad de los recién nacidos atendidos en los servicios de CTI del CHPR.

En síntesis, entre los resultados más importantes a los que se arriba en los primeros años de implementado el Programa, se destaca una alta cobertura de la demanda de servicios de CTI del MSP. Se genera una captación de profesionales y técnicos de alto nivel necesarios para el Proyecto. Se verifica también una mejora de la calidad asistencial, disminución de los tiempos de internación, absorción del incremento de la demanda de camas de CTI, abatimiento de la presión financiera que implicaba el nivel de derivación al sector privado.

Políticas Sociales: los CAIF e INFAMILIA

Una de las principales políticas para el abordaje integral de las situaciones de pobreza infantil fueron los CAIF. Creados en el año 1988, por un convenio del Estado con UNICEF, desde 1996 el secretariado del plan está bajo la dirección del INAU (ex INAME). Dirigido a los niños de hasta cuatro años, embarazadas y sus familias, el plan surge como "*respuesta a la presencia de elevados índices de pobreza constatados en ciertos grupos de población y a la ineficiencia relativa del gasto social, asignado a los programas destinados a enfrentarla*" (INFAMILIA, 2005).

Se inicia con 30 centros, alcanzando 210 centros en todo el país, con una población usuaria estimada en unos 35 mil niños y embarazadas (INFAMILIA, 2005). Las áreas de trabajo del Plan CAIF, son: estimulación oportuna, educación inicial, la nutrición, la promoción de la salud, la promoción de la familia y el desarrollo comunitario. Estas líneas son implementadas por Asociaciones Civiles y sus equipos

técnicos interdisciplinarios, de acuerdo al Plan de Trabajo de cada Centro, que se plasma en 2 modalidades de intervención principal: Modalidad Diaria y Modalidad Semanal.

La Modalidad Diaria esta dirigida hacia la población de niños y niñas de 2 y 3 años, con participación diaria en los Centros CAIF. Cuenta con atención por el equipo interdisciplinario que realiza un proyecto pedagógico integral en las siguientes áreas: Programa de educación inicial; Programa alimentario-nutricional; Integración e intervenciones con los referentes adultos; Acciones de promoción y cuidado de la salud. Por otro lado, la Modalidad Semanal es una forma de intervención semanal, en base a la estimulación oportuna, dirigido a niños de 0 a 24 meses, embarazadas y sus familias. Comprende los siguientes componentes: programa alimentario nutricional; promoción de la salud; abordaje comunitario y en redes sociales.

El CAIF es un programa público, que es ejecutado a través de organizaciones de la sociedad civil. Pero esta política involucra a diferentes organismos del estado: INAU, MSP, MEC, ANEP, MTSS, INDA, Intendencias. El MSP participa en este programa a través de diversas acciones, que se resumen en la tabla siguiente.

Participación del MSP en el Programa CAIF

- Derivación oportuna de los niños/as desde el Hospital o Centro de Salud o Policlínicas a los Centros CAIF, para su incorporación en el Programa de Estimulación Oportuna.
- Realizar el control del niño sano y el seguimiento del niño/a incorporado a un Centro CAIF
- Tomar acciones en forma oportuna sobre cualquier patología, detectada en la población incorporada a un Centro CAIF, que pudiera afectar directa o indirectamente, por sus causas o consecuencias, a las demás personas participantes del Centro.
- Desarrollar las acciones de promoción de salud a los efectos de asegurar estilos de vida más saludables, para el personal y las familias del Centro.
- Integrar, participar y promover en los centros CAIF los programas y proyectos de salud que se desarrollen en el Departamento.
- Integrar los Comités Departamentales.
- Designar un delegado al Comité Nacional del Plan.

Fuente: Convenio MSP-INAU

Además de los CAIF, en el período surge, en el seno de Presidencia de la República, el Programa INFAMILIA. Es una innovación de importancia, de naturaleza focalizada, que busca coordinar las diversas acciones que se promueven en el campo de lo social para la protección de la infancia y su familia. Desde el INFAMILIA, en convenio con el MSP y otros organismos públicos, se comienzan a desarrollar experiencias valiosas en el campo de la salud. Por ejemplo, el tema del consumo problemático de drogas, el embarazo adolescentes, la educación sexual, etc.

LA VISIÓN DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN.

COORDINACION ASSE – CAIF: NUEVO CONVENIO DE COOPERACIÓN para relanzar la cooperación salud – educación inicial y estimulación oportuna

En consonancia con la jerarquización de la atención a la salud integral de la primera infancia, desde ASSE se realizó un nuevo acuerdo con el PLAN CAIF, en su actual etapa de reconversión, para actualizar las acciones de complementación ya establecidas al momento de su surgimiento. En tal sentido se insiste en el apoyo a familias con dificultades para la crianza de sus hijos, en particular la promoción del cuidado del crecimiento y del desarrollo infantil, desde el nacimiento en su plan de Estimulación Oportuna (0 y 1 años) y en su plan de Educación Inicial (2 y 3 años). Incluye también la coordinación técnica para generar grupos de promoción para embarazadas.

Fuente: MSP

2.3 Las políticas 1990-2005: a modo de balance

En resumen, en el período se desarrollan importantes acciones en materia de servicios de salud. Las críticas principales se concentran en la baja cobertura, su escasa efectividad y el escaso grado de articulación con otras políticas sociales y de salud. Las políticas de servicios muestran un desarrollo poco armónico, por ejemplo, el crecimiento de los CTI públicos no se acompaña de un desarrollo adecuado del primer nivel de atención.

En esencia, la crítica fundamental, es la ausencia de un plan de desarrollo estratégico para la articulación de las diversas e importantes acciones que el estado uruguayo despliega durante el período. Las políticas de salud y las sociales en general carecen de un hilo conductor que permita avizorar una respuesta integral a la problemática de la infancia y la adolescencia. La histórica debilidad política y programática del MSP aparece como una de las explicaciones más plausibles de esta insuficiencia⁸.

⁸ En el año 1999 el MSP, con apoyo de OPS y Banco Mundial, publica un “Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva”. Este documento constituye un primer aporte para la elaboración de una estrategia que permita orientar el accionar de actores, públicos y privados, que participen de la política de bienestar de niños y adolescentes. No se logró concretar en el período siguiente.

3. Salud para Infancia y Adolescencia (2005-2008)

En este capítulo revisaremos aquellos aspectos de la reforma de salud que impulsa el gobierno, dirigidas a mejorar la protección social en salud para niños y adolescentes. Destacaremos dos ejes: (1) el desarrollo programático y la cooperación intersectorial, (2) la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y la política de fortalecimiento de Servicios Públicos. El capítulo se cierra con una evaluación de diversos aspectos de las reformas de salud. Son avances tentativos, a tan solo unos meses de aprobadas las principales leyes de reforma.

3.1 El desarrollo programático y la cooperación intersectorial

Uno de los principales problemas de la política de salud consistía en la debilidad de lineamientos programáticos generales que permitan dar sentido a la diversidad de políticas y acciones públicas que impulsa el Estado. La ausencia de marco generaba consecuencias negativas de diverso signo. Por un lado alienta la superposición de servicios y el derroche de recursos. Por otro lado permite que se generen “huecos” en la cobertura necesidades integrales de las personas. Este es un aspecto crítico de las funciones de Rectoría del MSP, que exige formular política sectorial, desarrollar programas específicos, pero también fomentar la cooperación intersectorial. En el campo político programático hay tres desarrollos fundamentales, vinculados específicamente con la temática de la niñez y la adolescencia, totalmente novedosos. Estos son los programas de Niñez, Adolescencia y de Mujer y Género.

El Programa Nacional de Salud de la Niñez⁹ apunta a lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil y adolescente, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, aplicando una estrategia de APS. El programa propone pautas específicas para el control de salud en diferentes etapas, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, generando los protocolos de atención específicos. Plantea además el desarrollo de un Programa de Evaluación continua de la calidad asistencial y la creación de los Comités de Auditoría de Muerte de menores de 15 años, encargados de monitorear esta situación y elaborar recomendaciones para superarla. En segundo lugar, el Programa Nacional de Adolescencia promueve el desarrollo integral desde un enfoque de derechos y de género. Brinda orientaciones al sector público y privado, promoviendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y despertando las diversas realidades. En tercer lugar, el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género apunta a reducir las inequidades en salud. Dentro de sus principales objetivos se propone la reducción de los índices de morbi-mortalidad en las mujeres, asociado a factores dependientes de: embarazo, parto, puerperio, aborto en condiciones de riesgo, cáncer y la incidencia de la violencia doméstica. Las acciones que propone el programa en el campo de la salud sexual y reproductiva tienen un especial impacto, en la garantía de los derechos reproductivos, en el ejercicio de la maternidad y el cuidado de los recién nacidos, así como también en el acceso a los métodos de planificación familiar.

La cooperación intersectorial

Una de las primeras medidas del gobierno nacional es la creación del Gabinete Social, que es presidido por el MIDES, y que reúne a los ministerios involucrados con las problemáticas de las políticas sociales. Del Gabinete Social se desprende directamente el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, encargado del diseño y seguimiento de políticas sociales, en un espacio interinstitucional e intersectorial. En éste ámbito el gobierno discutió el Plan de Atención Nacional a la

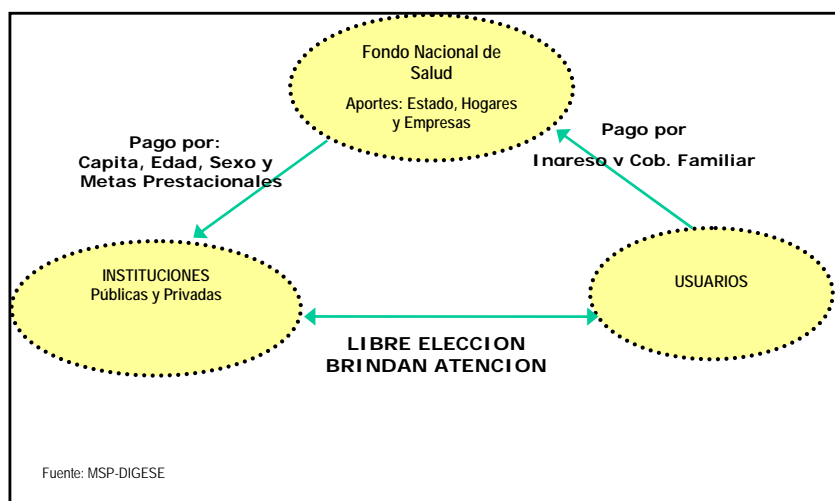
⁹ Este resumen muy apretado está tomado de los tres documentos de política, disponibles en formato electrónico en: www.msp.gub.uy.

Emergencia Social, y su reformulación que derivó en la implementación del Plan de Equidad.

En este ámbito se gesta una clara priorización de la política de infancia y adolescencia. En especial el Comité Coordinador Estratégico de Infancia y Adolescencia, ámbito operativo que materializa una perspectiva interinstitucional e intersectorial para el diseño de las políticas sociales de infancia y adolescencia. Se crea con el doble propósito de reperfilar el INFAMILIA, y tomar el capítulo de infancia y adolescencia del Gabinete social. El INFAMILIA se transforma en un eje de coordinación de diferentes programas del Estado, buscando mejorar las condiciones de vida e inserción social de niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de exclusión social. Entonces, el CEE tiene por objetivo asegurar al más alto nivel jerárquico del gobierno la coherencia estratégica, sostenibilidad y eficiencia de las acciones destinadas a esta franja de la población, emanadas del Consejo Nacional de Políticas Sociales.

3.2 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

El gobierno se planteó al comienzo de su gestión realizar cambios sustantivos en el sistema de salud. Para ello se proponía realizar intervenciones concretas sobre los ejes fundamentales del financiamiento, la gestión y la atención en salud. En lo que respecta a su estructura institucional, el nuevo sistema se sustenta en tres principios (ver gráfico). En primer lugar, un Fondo Nacional de Salud que recibe los aportes del Estado, Empresas y Familias. Los Usuarios del Fondo aportan según su capacidad contributiva y su estructura familiar, porcentajes de 3, 4.5 o 6% de sus ingresos. Las Empresas y el Estado aportan un 5% por sus trabajadores. El Fondo paga a las Instituciones de Salud por cada uno de sus beneficiarios, independientemente de lo que estos contribuyan al Seguro. Finalmente, los Usuarios eligen libremente el prestador de salud preferido.



Este esquema ideal de Seguro Social de salud apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el Fondo redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con utilización baja de servicios de salud (menor riesgo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Este diseño también permite introducir un esquema de incentivos económicos para alentar la calidad y la eficiencia asistencial.

La implementación de la reforma se materializa a través de una serie de leyes, decretos y reglamentos elaborados por el gobierno. El cuadro siguiente muestra los

principales hitos de la reforma de salud. Lo que destaca es el movimiento progresivo, de superación de etapas, hasta terminar de constituir la arquitectura general del sistema en Diciembre de 2007.

Cuadro 3.1. Reforma de la salud. Hitos de importancia

Hitos	Contenidos
Decreto 133. Abril de 2005	Creación del Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS
Ley de Presupuesto 17.930. Diciembre de 2005.	Artículos 264 y 265 define filosofía de la reforma y aspectos de la estructura del futuro SNIS.
Ley 18.131. Mayo de 2007	Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
Ley 18.161. Julio de 2007	Descentralización de ASSE
Ley 18.211. Diciembre de 2007.	Creación del SNIS y el SNS. Se amplía la protección social en salud a menores de 18 años a partir de Enero de 2008.

Fuente: Presidencia de la República. Registro de leyes y normas.

El Consejo Consultivo para el Cambio fue el espacio elegido por el gobierno para negociar su propuesta de reforma del sistema de salud. La primera ley de presupuesto del gobierno estableció los lineamientos básicos de la futura reforma. Desde ese momento se define que el proceso de reforma, en función de la magnitud del cambio institucional y financiero que suponía, debería tener un diseño secuencial. Primero el FONASA, luego la descentralización de ASSE, las etapas se irían sucediendo, hasta conformar el esquema básico del nuevo sistema que se completa recientemente.

De manera simultánea, se genera una línea muy fuerte de fortalecimiento de los servicios públicos de salud. El énfasis en la mejora presupuestal, con aumento de retribuciones de funcionarios y del gasto en inversiones. La política de complementación asistencial también juega un papel importante. Esto debe ser visto como parte de la estrategia del gobierno de reposicionar ASSE dentro del SNIS como el prestador de mayor presencia en el primer nivel de atención, liderando el cambio de modelo de atención en todo el país.

Las Herramientas para la nueva política de salud

La reforma asigna nuevas capacidades a la autoridad sanitaria para realizar política activa de salud. En primer lugar, la ley 18211 obliga al MSP a determinar el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que define prestaciones y programas de salud prioritarios. Además, el MSP debe establecer, a través de la JUNASA, la estructura de las Cuotas de Salud y las Metas Asistenciales. Se espera que estas tres herramientas tengan un especial impacto sobre la política de salud.

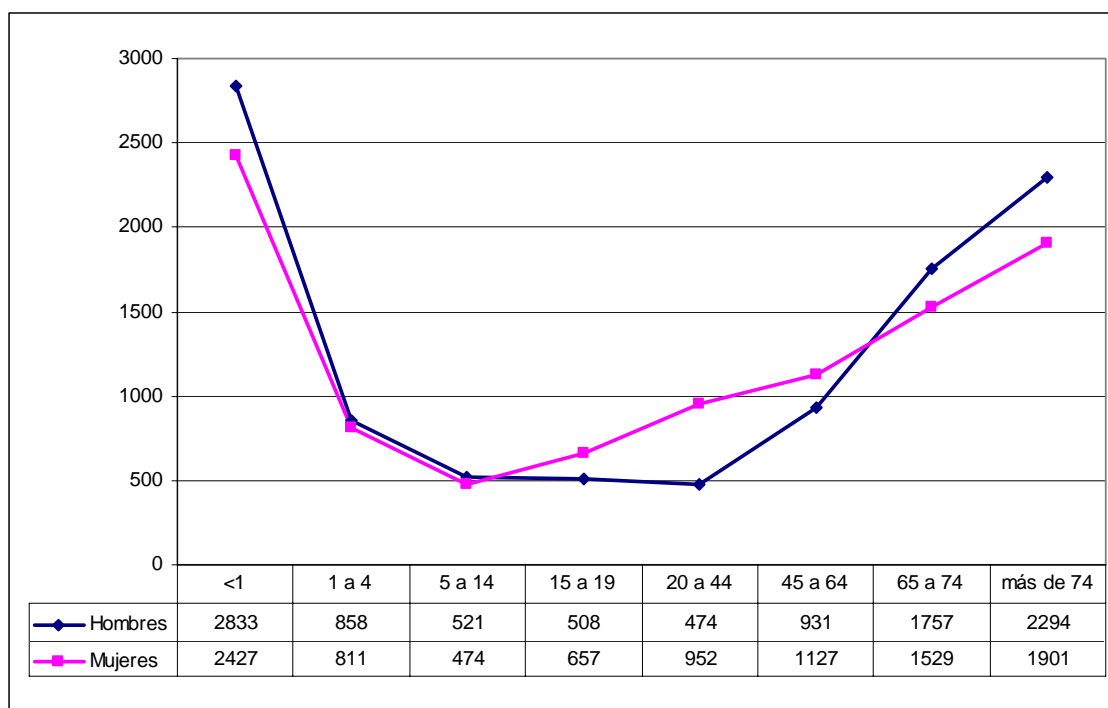
En primer lugar, por que el PIAS debe garantizar el acceso del ciudadano a los programas prioritarios y a las prestaciones de salud fundamentales. El hecho de que el PIAS sea un plan explícito¹⁰ contribuye a instalar una lógica de derechos, de consecuencias muy importantes sobre la conducta de cualquier prestador de salud. El ciudadano puede recurrir ante la autoridad sanitaria si un efector de salud no

¹⁰ La Ley 18211 obliga al MSP y la JUNASA a la publicación del Decreto que establece el PIAS. También deben publicar los resultados asistenciales de las instituciones, públicas y privadas, y el grado de cumplimiento de las metas asistenciales.

cumple con las prestaciones obligatorias en cuanto a calidad y oportunidad, tal cual deben estar definidas en el PIAS.

Por otra parte tenemos la estructura de la Cuota de Salud, que tiene la virtud de transparentar los costos de atención de diferentes grupos de población, diferenciados por su edad y sexo¹¹. Si miramos el gráfico siguiente, los grupos de mayor costo de atención se concentran en los tramos de niños menores de 4 años. Un prestador de salud recibe por un recién nacido entre 2400-2833 pesos mensuales, que es casi el triple de lo que recibiría por un adulto varón de 47 años (\$930).

Gráfico 3.1. Cuotas de Salud ajustadas por edad y sexo (en pesos).



Fuente: MSP-DIGESE (2008)

Esto marca fuertes incentivos a los prestadores para tener una política muy activa de promoción y prevención en salud en estos grupos de población. Los administradores de salud tienen ahora estímulos muy fuertes para mantener a la gente sana, por que eso evita los costos de la atención de la enfermedad. El esquema cuota de salud supondría entonces un aliciente específico al desarrollo basado en la Atención Primaria en Salud.

Por último, el componente de Meta Asistencial está dirigido a establecer incentivos para el desempeño asistencial de los prestadores que contratan con el FONASA. Es decir, si la estructura de la cuota de salud no es un incentivo suficiente, la meta puede corregir esa situación, asociando el pago a desempeño asistencial. En la primera etapa de la reforma el MSP ha definido que las metas deben estar focalizadas en el cumplimiento de actividades de Salud Materno Infantil, que se deducen de los Programas Prioritarios de Salud que ha definido la DIGESA. En el

¹¹ El sexo y la edad es un principio muy básico de diferenciación, pero nada impide que el MSP incorpore en la definición de las cuotas otros criterios riesgo, asociadas por ejemplo a condiciones socioeconómicas o riesgos ambientales.

cuadro siguiente se muestra una selección de las metas que impactan directamente en la salud de los niños.

METAS Asistenciales del SNIS

- Generalización del Programa Aduana a todos los efectores del SNIS
- Al menos 8 controles de salud al año en primer año de vida
- Plan Ampliado de Inmunización primer año de vida (100%)
- Promoción de la Lactancia Materna según pauta
- Ecografía de Cadera de niño antes de cumplir 4 meses. (100%)
- Captación de las Embarazadas en el Primer Trimestre de embarazo. (100%)
- Al menos 6 controles de salud previo al Parto.
- Historia Sistema Información Perinatal. (100%)
- Examen VDRL y HIV a las embarazadas. 100%

Elaboración propia en base a MSP-DIGESA (2007)

Un detalle fundamental es que el componente de meta asistencial está dirigido a toda la población del SNIS, integre o no el Seguro de Salud. Esto quiere decir que tanto las IAMC como ASSE están obligadas a cumplir con las metas establecidas para todos sus usuarios. No importa si son usuarios del FONASA, pagan de bolsillo a la mutualista o son beneficiarios del Carné de Asistencia Gratuito de ASSE. En caso de no cumplir la meta para todo su padrón de usuarios, en este caso niños y mujeres, la JUNASA está habilitada por la ley a suspender el pago de este incentivo económico.

En este momento los prestadores del SNIS se encuentran definiendo los mecanismos para el correcto seguimiento y verificación del cumplimiento de las metas, bajo estricta supervisión de la DIGESA. La JUNASA, por su parte, se encuentra elaborando los instrumentos contractuales mediante los cuales se comprometerá a los prestadores del SNIS a cumplir estas metas. Esto termina de definir otra de las herramientas de la reforma para el cambio de modelo y para la mejora de la asistencia de los niños.

Una primera evaluación del SNIS

Realizar una evaluación de la reforma cuando han transcurrido apenas seis meses de la culminación del proceso legislativo puede resultar excesivo. Este apartado se propone, de forma más modesta, identificar algunos desempeños significativos¹².

1. Fomentar el Acceso Universal a la salud integral

El cuadro 3.2 muestra que más de 3 millones de uruguayos acceden a la atención en salud en un prestador integral, lo cual garantiza una atención integral. Están excluidos de la tabla los usuarios de los servicios de salud integrales del Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa.

¹² La información de esta sección se basa en un estudio de evaluación elaborado por el MSP a propósito de los primeros seis meses de la reforma (MSP-DIGESA, 2008).

Cuadro 3.2. Total de usuarios del SNIS por tipo de prestador

Prestador	Dic. 2006	Dic. 2007	Marzo 2008
ASSE	1.440.264	1.308.593	1.229.234
IAMC	1.450.867	1.491.874	1.736.980
Seguros Privados Integrales	64.995	69.167	74.797
Total Usuarios SNIS	2.956.126	2.869.634	3.041.006
% respecto población país	91%	89%	94%

Fuente: MSP-DIGESE 2008.

Nota: el cuadro no incluye a la población amparada directamente por los servicios de Sanidad Policial y la Militar (unas 215 mil personas). Como población total del país se toma al Censo 2004-Fase I: 3:241.003.

2. Contribuir a que personas accedan a la cobertura programada e integral de salud (ASSE, IAMC o Seguros Privados Integrales).

Entre diciembre de 2007 y marzo de 2008 ingresaron a la cobertura integral de salud más de 171 mil nuevos usuarios. De estos nuevos ingresos, casi 127 mil son menores de 19 años, población que carecía de atención integral en salud, no tenía cobertura en ASSE o en otro prestador integral privado.

Cuadro 3.3. Usuarios del SNIS total y menores de 19 años, diciembre 2007-marzo 2008

	Usuarios SNIS	Menores 19 años
Diciembre 2007	2.869.634	787.127
Marzo 2008	3.041.006	913.875
Diferencia	171.377	126.749

Fuente: MSP

3. Desarrollo normativo dirigido a Niños y Adolescentes.

La tabla siguiente muestra el desarrollo normativo en el campo de las políticas de salud dirigidas a infancia y adolescencia.

Cuadro 3.4. Política infancia y Adolescencia. Hitos de importancia, 2005-2008

Hitos	Contenidos
Normativa Sanitaria. Marzo de 2006	Lanzamiento del Plan para la Reducción de la Mortalidad Infantil.
Normativa Sanitaria. Agosto de 2006	Presentación del Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez
Decreto. Setiembre de 2006	Se crea en DIGESA el Comité Nacional para la Monitorización de Muertes de Niños menores de 15 años

Cuadro 3.4. Política infancia y Adolescencia. Hitos de importancia, 2005-2008

Hitos	Contenidos
Ley. Enero 2007	Marco regulatorio de establecimientos de tratamiento a pacientes con problemas de consumo problemático de drogas
Decreto. Setiembre de 2007	Reglamentación de los tiempos de espera para consulta médica. (Incluye Pediatría)
Normativa Sanitaria. Julio de 2007.	Presentación del Carné de Salud Infantil. 13
Ley 18213. Noviembre de 2007	Se declara la obligatoriedad de la Educación Física en las Escuelas Primarias a partir de 2009
Normativa Sanitaria. Diciembre de 2007	Se aprueba el Programa Nacional de Salud Adolescente
Decreto. Diciembre de 2007	Se declara obligatorio el Carné de Salud del Niño y la Niña a partir de enero de 2008 en todo el país.
Decreto 153. Marzo de 2008	Ampliación del PAI: Hepatitis A y Neumococo

Fuente: Presidencia de la República. Registro de leyes y normas.

4. Regulación adecuada que garantice a los usuarios del SNIS calidad en su atención

Para cumplir con las nuevas regulaciones, que apuntan a la mejor atención en salud de toda la población, es preciso un rol activo de parte del MSP. En tal sentido, se verifican avances en el esquema regulatorio.

- La Junta Nacional de Salud firmará contratos de gestión con todos los prestadores del SNIS, en los cuales controlará el cumplimiento de los estándares de calidad asistencial, así como las metas referidas al cambio del modelo de atención y de gestión.
- Aprobación y aplicación de Decreto sobre “tiempos de espera máximos”, por lo cual todo usuario del SNIS tiene derecho en 24 horas a la consulta con médico general, pediatra y ginecólogo, y 30 días para las demás especialidades.
- Pago por metas asistenciales a los prestadores del SNIS. Las instituciones deben cumplir con el control de todas sus mujeres embarazadas y los 9 controles gratuitos para los niños hasta 14 meses, en caso contrario no podrán cobrar el componente de metas que paga el FONASA.
- El MSP incorporó 150 inspectores con un régimen de alta dedicación e incompatibilidades respecto al ejercicio de sus funciones inspectivas. Mediante este cuerpo el MSP se encarga de vigilar el cumplimiento del esquema de incentivos asistenciales señalados más arriba.

5. Fortalecimiento del primer nivel de atención y complementación público-privado

En el marco del cambio del modelo de atención y además de las políticas de salud pública, del fortalecimiento presupuestal de dicho primer nivel, de la mejora de su dotación de recursos humanos de todo lo cual hablamos en otros ítems, la estrategia de primer nivel de atención supuso:

¹³De manera similar al carné de salud infantil promovido por el Programa de la Niñez, el Programa de Salud Adolescente prevé la implementación de un carné de salud adolescente. A la fecha de cierre de este informe aún no se ha aprobado el decreto de su creación.

- programas de salud colectiva ya que la salud de la población no sólo es el resultado de las acciones de los prestadores de servicios de salud sino está íntimamente ligada a los hábitos de la población y al contexto en que desarrolla su actividad. (en esa línea el programa anti tabaco, los programas de hábitos saludables, de alimentación saludable, son ejemplos en esa dirección).
- un conjunto de programas prioritarios cuyo desarrollo se extiende tanto al sector público como privado, entre los que deben destacarse:

Programas prioritarios de salud

- Programa Nacional de Salud de la Niñez
- Programa Nacional de Salud Adolescente
- Programa Nacional Mujer y Género
- Programa Nacional de Salud Bucal
- Programa Nacional de Discapacidad
- Programa Nacional de Salud Mental
- Programa Salud Ocular
- Programa de Diabetes
- Programa Nacional del Cáncer

Fuente: MSP-DIGESA

- Auditorías de historias clínicas para evaluar la calidad de la atención
- Articular los esfuerzos públicos y privados, mediante acuerdos de complementación. Se han establecido 15 acuerdos de complementación entre ASSE y el mutualismo. También se establecen acuerdos entre efectores del sector público (ASSE, Sanidad Militar y Policial, Hospital Universitario, BPS, Intendencias), posibilitando un uso racional y adecuado de los recursos existentes.

6. Ampliación del aseguramiento en salud a través del Seguro Nacional de Salud (FONASA)

El aporte por ingresos al Seguro, evitando el pago de bolsillo, redundará en una mejora de la equidad del gasto en salud. La tabla siguiente muestra el crecimiento del aseguramiento, entre 2003 y 2008 el pago de bolsillo baja de 60% a 40% de los usuarios del sector privado.

Cuadro 3.5. Ampliación del Aseguramiento en Salud por medio del BPS-FONASA. 2003-2008

Año	BPS-FONASA	Pago de Bolsillo	Total	Proporción de Aseguramiento (BPS-FONASA/ Total)	Índice de crecimiento BPS-FONASA (Año base=2003)
2003	557.191	782.993	1.340.184	41,6%	100,0
2004	611.186	779.914	1.391.100	43,9%	109,7
2005	659.922	819.077	1.478.999	44,6%	118,4
2006	721.696	810.387	1.532.083	47,1%	129,5
2007	806.561	797.673	1.604.234	50,3%	144,8
2008	1.108.578	769.423	1.878.001	59,0%	199,0

Fuente: BPS y FNR. Nota: Se toma el promedio del último trimestre anual. En 2008 se toma Marzo.

Pero además, los Hijos de afiliados FONASA entre 18 y 21 años acceden a una cuota de salud regulada, de menor costo que la cuota paga por la vía del mercado.

7. Mayor accesibilidad a la población. Política de rebajas de tiques y órdenes

Política de precios de tiques y órdenes

- Gratuidad total para los 9 controles preventivos de los menores hasta 14 meses.
- Rebaja de 40% de Tiques de medicamentos
- Gratuidad de exámenes para control de embarazo
- Gratuidad de exámenes de preventivos para mujeres: Mamografía y Papanicolau.
- Gratuidad de acceso para la población diabética

Fuente: MSP-DIGESE

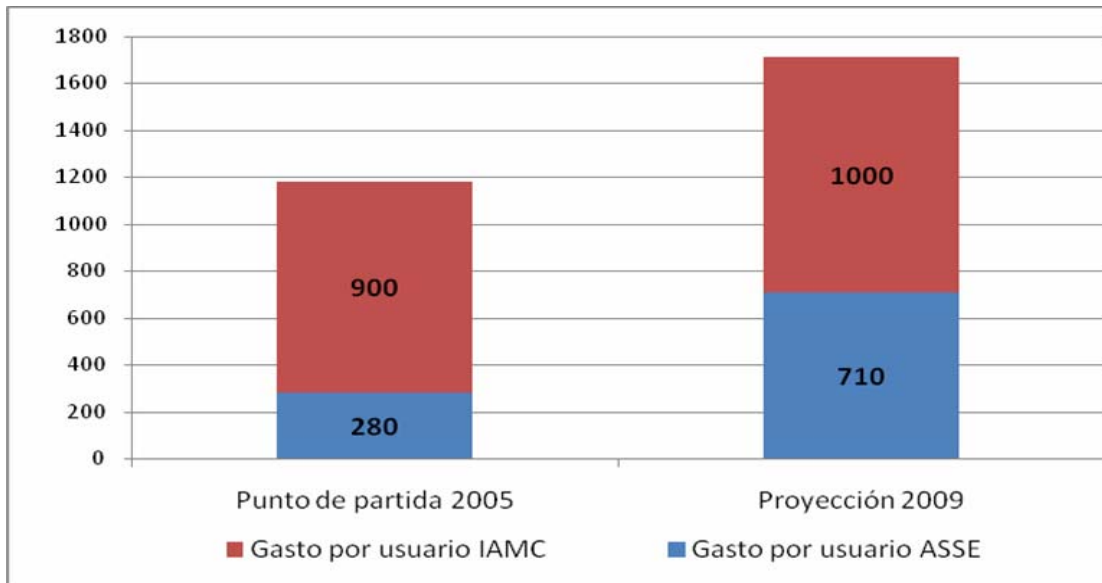
8. Fortalecimiento del Presupuesto de ASSE

- ASSE ha aumentado su presupuesto entre 2004 y 2007 de 4.600 millones de pesos a 7.400 millones de pesos, es decir un aumento de 60% en tres años.
- ASSE ha aumentado los salarios pagados entre 2004 y 2007 de 2.370 millones de pesos a 4.070 millones de pesos, es decir un aumento de 70% de los recursos destinados a salarios.
- Aumento de los salarios de los trabajadores no médicos que en términos reales al final del período de gobierno (sumado al acuerdo vigente de un 20% adicional en 2008 y enero de 2009) crecerá 40%. El salario médico mínimo se ha multiplicado por 3 y terminará multiplicado por 6 al final del periodo de gobierno.
- Medido en gasto por usuarios ASSE ha pasado de 280 pesos por mes y por persona atendida en 2004 a 475 pesos en 2007 y la previsión es culminar 2009 con 710 pesos por mes y por usuarios.
- Se potencia la RAP de Montevideo y se crea la RAPI (red del Interior) llegando a lugares que nunca antes se había dado atención con recursos propios o con acuerdos de complementación con el sector privado o con los municipios.
- Mientras que en 2005 las inversiones de ASSE representaban 2 millones de dólares, en 2007 se multiplicaron por 7, representando 14 millones de dólares.

9. Mayor equidad en la distribución del gasto en salud

A partir de la mejora del presupuesto de ASSE se logra reducir la desigualdad en el gasto entre los subsectores público y privado. El gráfico 3.2 muestra un crecimiento del gasto en salud de la sociedad uruguaya, pero también una distribución más equitativa entre sector público y privado. En efecto, para el período 2005-2009 se espera que el gasto de ASSE por usuario se multiplique por 2.54, mientras que el gasto por usuario de IAMC se estima que se multiplica sólo por 1.1.

Gráfico 3.2. Crecimiento y equilibrio del gasto en salud mensual por beneficiario (en pesos), 2005-2009



Fuente: MSP-DIGESE 2008.

4. Desempeño en el campo del Derecho a la Salud

Esta sección presenta los avances registrados en los indicadores seleccionados por el CEE para verificar el cumplimiento de la CDN. Los indicadores se presentan diferenciados por grupo de edad¹⁴. En la sección final se presenta una selección de las normativas aprobadas por el gobierno para el cumplimiento de los objetivos de la matriz de la ENIA. Se omiten las leyes de la reforma del sistema de salud, que fueron consideradas anteriormente.

Cuadro 4.1 Indicadores de cumplimiento del Derecho a la Salud en niños y adolescentes, CDN

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 17 años
Cobertura integral salud 0 a 5 años	Cobertura de salud integral grupo 6 a 12 años	Cobertura de salud integral grupo 13 a 17 años
Tasa de Mortalidad Infantil: Neonatal y Posneonatal	Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años en el total de nacimientos	
Recién Nacidos con bajo peso al Nacer		Porcentaje de Madres adolescentes de 15 a 19 años en el total de nacimientos
Carné de Salud Pediátrico		
Porcentaje de niños menores de un año con retraso en el crecimiento	Porcentaje de niños de primer año escolar con retraso en el crecimiento	
Porcentaje de niños de un año con retraso en el crecimiento		
Porcentaje de niños de 2 a 4 años con retraso en el crecimiento		

Fuente: Matriz de seguimiento de la ENIA.

4.1 Situación en el grupo 0-5 años

Cobertura de salud

La cobertura de servicios de salud¹⁵ en el Uruguay muestra valores que son comparativamente altos. En este estudio se destaca que la no cobertura de este grupo de población, para el período 2006-2007, oscila entre 1.6% y 1.8%.

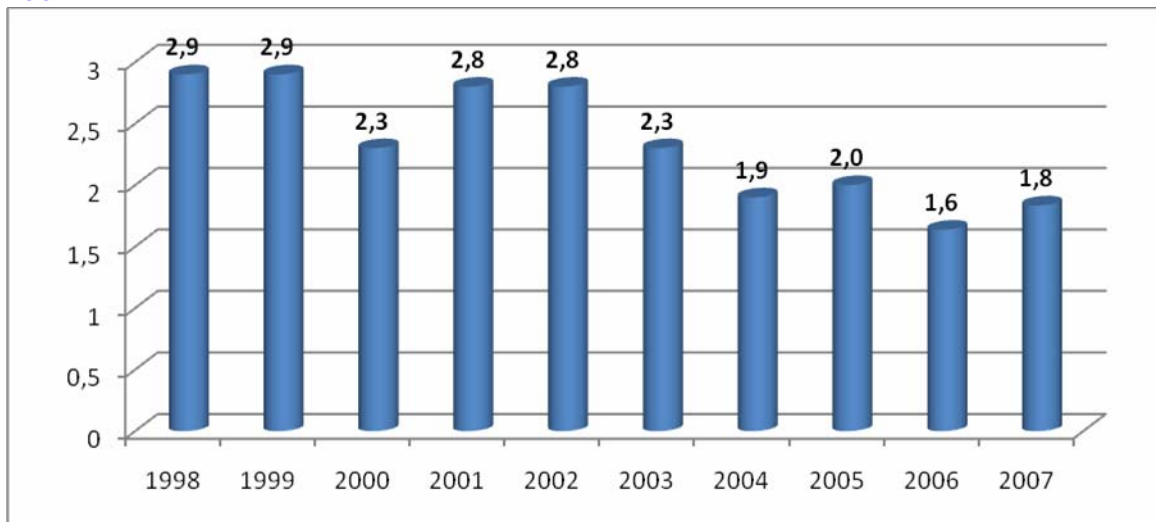
Según UNICEF (Arroyo et al. 2007), el porcentaje de niños menores de 6 años sin cobertura de salud para el período 1998-2005 varió entre un 2.9% (en 1998-1999)

¹⁴ En el anexo final hay un compendio de indicadores de salud de infancia y adolescencia que amplía a los de esta sección.

¹⁵ En el estudio anexo sobre cobertura de salud se explica con detalle cómo se calcula para este estudio. Se ha seguido el criterio formal de declaración de derechos, identificando a quienes declaran poseer derecho de atención en un prestador integral (MSP u Hospital de Clínicas, IAMC, Hospital Militar o Policial o seguro privado integral), a quien tiene derecho en un prestador no integral (área de salud del BPS y seguros privados parciales) o declara estar afiliado a una Emergencia Móvil, y quien reporta no poseer derechos.

y un 1.9% en 2004. Quiere decir que el período actual parece confirmar una tendencia descendente en la incidencia de la desprotección en salud en la primera infancia.

Gráfico 4.1. Porcentaje de niños menores de 6 años sin cobertura de salud, 1998-2007



Fuente: Arroyo et al. (2007) para la serie 1998-2005 y procesamiento propio de encuestas de hogares para la serie 2006-2007.

Nota: Las encuestas de hogares anteriores al año 2006 sólo son representativas de las localidades urbanas de 5000 y más habitantes¹⁶.

Ahora bien, la población infantil entre 0 y 5 años presenta como característica peculiar que un alto porcentaje relativo de la misma posee cobertura parcial (7.8% en 2006 y 8.2% en 2007)¹⁷. Esta circunstancia hace que pierdan participación las categorías de cobertura integral y sin cobertura, pues como se observa en el anexo estadístico, si bien la población menor de 6 años presenta el menor porcentaje de población sin cobertura, también tiene la menor proporción de población con cobertura integral. En suma, tenemos que aproximadamente uno de cada diez niños menores de 6 años tiene algún tipo de problema de acceso a los servicios de salud, lo que constituye un dato que tiene importantes implicancias para el diseño de políticas de salud.

Mortalidad Infantil

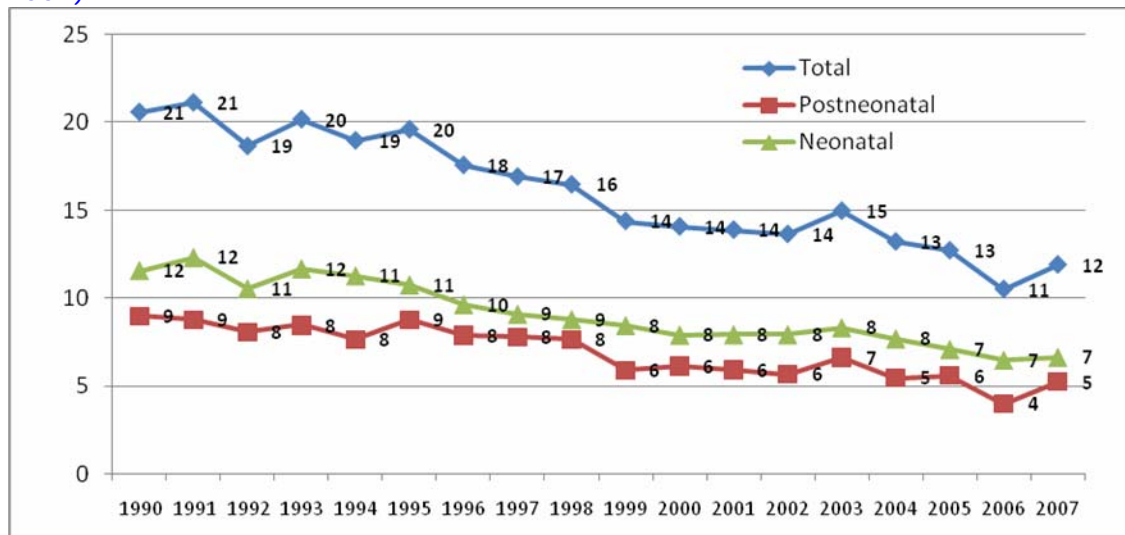
La mortalidad infantil en Uruguay alcanzó ya a inicios del siglo XX niveles muy bajos en el contexto mundial y aún hoy, a pesar de su pérdida de liderazgo, integra el grupo de países latinoamericanos con menores tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, el desempeño de la TMI fue irregular y su descenso se vio interrumpido por dos largos períodos de estancamiento (1900-1940 y 1946-1977, ver Gráfico 4.1 en Anexo 1 en versión electrónica: www.enia.org.uy) (Cabella et al. 2007).

¹⁶ La comparación de los resultados de las encuestas de hogares 2006 y 2007 con las anteriores debe realizarse con precaución, no sólo por las diferencias de cobertura geográfica (las anteriores al 2006 no son representativas del total del país pero sí de las localidades de 5000 y más habitantes, que constituyen cerca del 87% de la población total del país) pero también por las diferencias en el modo de relevamiento de la información.

¹⁷ La alta proporción relativa de población menor de 6 años con cobertura parcial está asociada a que el 11.2% de este grupo poblacional tiene derechos vigentes en el área de salud del BPS (Asignaciones Familiares), mientras este porcentaje para los grupos de 6-12 años y 13-17 años es de 1.9% y 0.6% respectivamente (ver Anexo 2).

Como se puede apreciar en el gráfico 4.2., en el período 1990-2006 se observa un descenso sostenido de la TMI que se ve interrumpido en el 2007 con un leve incremento (de 10.5 a 11.89 por mil), principalmente en la tasa postneonatal.

Gráfico 4.2. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil según componentes (1990-2007)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP

Los niveles actuales de mortalidad infantil indican que para lograr mayores descensos en esta tasa se debe trabajar en ambos componentes, el neonatal y el posneonatal. Esto significa acciones para un mejor control de la embarazada y un seguimiento de la madre y del niño posterior al parto (Arroyo et al., 2007).

La TMI muestra una dispersión departamental importante, con valores que oscilan entre 5,7 (Río Negro) y 19,6 (Cerro Largo) por mil nacidos vivos (ver gráfico III en Anexo 1 en versión electrónica: www.enia.org.uy)¹⁸. Pero además, con una variabilidad interna más que significativa. Si prestamos atención a Montevideo, que presenta una TMI de 12,4 por mil, podemos apreciar que la dispersión por zonas varía entre 6 y 27 por mil, lo que está asociado a una diferenciación socioeconómica de los barrios montevideanos (ver Mapa I en Anexo 1 en versión electrónica: www.enia.org.uy).

Por su parte, la distinción entre la TMI en sus componentes Neonatal y Posneonatal nos muestra una tendencia de largo plazo en la reducción del peso relativo de la TMI posneonatal (ver gráfico II en Anexo 1 en versión electrónica: www.enia.org.uy).

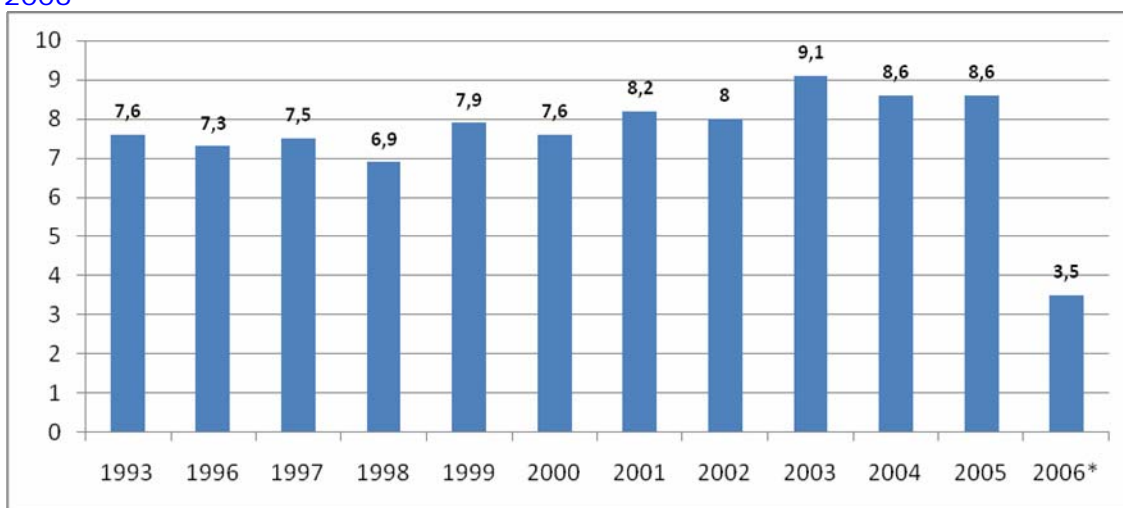
¹⁸ En Cabella et al. (2007) se encuentra un detallado análisis de la evolución de la mortalidad infantil entre 1950 y 2004. En particular, los autores no encuentran diferencias significativas entre Montevideo y el Interior, lo que a su juicio a primera vista llama la atención en tanto los programas para reducir la mortalidad infantil se concentraron en la capital. Se mencionan tres posibles factores explicativos de este fenómeno: a) la *pequeñez del país influyó en la eficiencia y rapidez de los traslados de nacimientos de alto riesgo del interior hacia las Unidades Neonatológicas ubicadas en la capital*; b) *el Programa Aduana en la medida que se extendió a los departamentos aledaños a la capital logró captar una parte importante de los nacimientos de sectores pobres. Dado que en estas zonas se concentra una parte muy importante de la población del país, este hecho puede influir en el promedio observado en el interior* y c) *a pesar de que la llegada de inmigrantes internos hacia Montevideo se atenuó en este período, la capital siguió recibiendo población del interior, la que principalmente engrosó los cinturones de pobreza de la capital. Esto podría haber compensado las mejoras de la mortalidad infantil de la capital*".

En resumen, el país viene mejorando de manera sostenida en la mejora de este indicador. Muestra importantes asimetrías, según niveles socioeconómicos y zona de residencia. La comparación internacional nos hace pensar que el Uruguay puede tener mucho mejor desempeño en este campo, ya que algunos países de similar estructura social y demográfica (Chile, Costa Rica y Cuba) han abatido la mortalidad infantil a un nivel mayor que el nuestro (ver gráfico IV en Anexo 1 en versión electrónica: www.enia.org.uy).

Recién Nacidos con bajo Peso al Nacer

El bajo peso al nacer es un indicador clave para el análisis de la mortalidad infantil. Es un indicador que aproxima las probabilidades de sufrir complicaciones de salud en el período inmediato del nacimiento. Por tanto, el bajo peso al nacer implica un riesgo importante para la supervivencia del niño y es una medida de dicho riesgo ya que resume en parte la historia social y de salud de la madre, factor clave en la supervivencia y desarrollo nutricional. El gráfico siguiente muestra su evolución.

Gráfico 4.3. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. Uruguay, 1993-2006



* A partir de 2006 el cálculo se hace sobre el total de nacimientos con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, pues los nacidos con menos semanas de gestación son considerados prematuros.

Fuente: Serie 1993/2005 – División Estadística- MSP, Año 2006 – Departamento de Información Poblacional - DIGESA - MSP

Después del pico alcanzado en el año 2003, el indicador alcanza niveles similares a su promedio histórico. Debe destacarse que el año 2006 se aplica una modificación en la metodología de medición de este indicador, deslindando a los prematuros de la estadística de BPN. Por tanto, si bien el dato gana en precisión, se pierde poder de comparabilidad con la serie precedente. Sin embargo, si tomamos como referencia los propios datos del MSP, el porcentaje de niños con BPN en 2006 se ubica en 8,4% (son 3.970 BPN en 47.236 nacimientos).

Carné de Salud del Niño

El Carné de Salud de la Niña y el Niño es una herramienta en la cual se materializan las directivas establecidas por los programas de salud en cuanto al control y seguimiento sistemático de su estado de salud. El decreto número 542 de 2007 hace de uso obligatorio a esta herramienta, para lo cual el MSP se propone distribuir 700 mil carnés entre instituciones públicas y privadas de salud, quienes estarán obligados a aplicarlos. El Nuevo Carné permite controlar la salud de niños

menores de 12 años, contiene su historia clínica, las vacunas adquiridas, así como controles de crecimiento y desarrollo. Los controles de desarrollo psicomotor e intelectual, efectuados en edades tempranas, permiten preparar a los niños para iniciar la etapa escolar en las mejores condiciones.

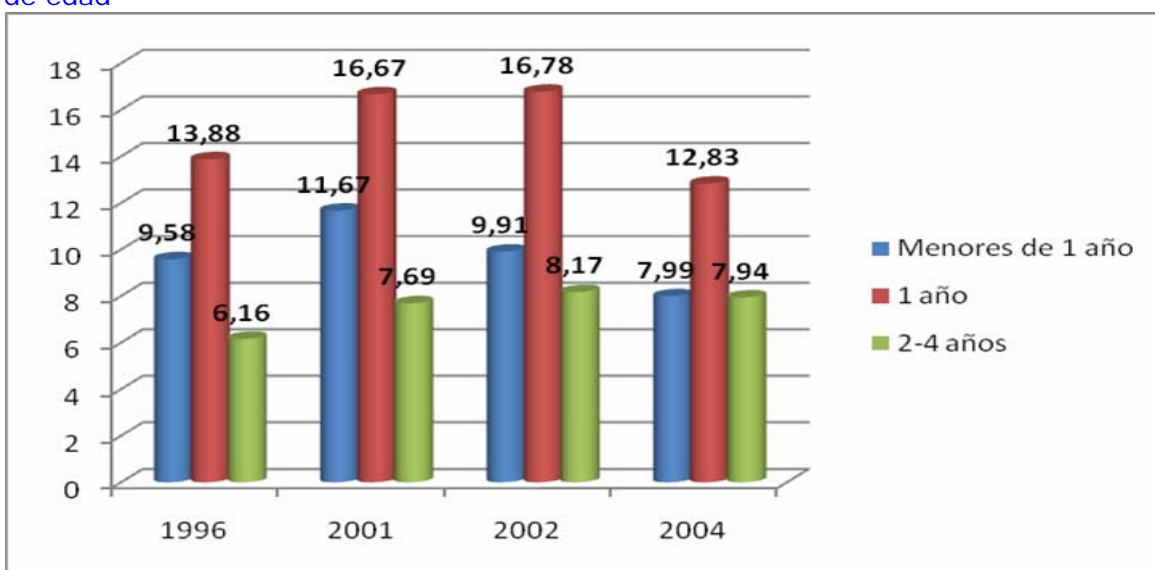
El Carné informa además a los padres sobre los controles que deben realizar a sus hijos. Transforma a los padres en sujetos activos del proceso de atención, por que éstos pasan a estar en conocimiento de cuáles son los controles de salud que sus hijos deben recibir obligatoriamente. Por ejemplo, antes de los 14 meses de vida se le deben efectuar al niño por lo menos nueve controles de salud, que son realizados en forma gratuita. El Carné estará en manos de los padres, quienes lo presentarán al efectuar las consultas médicas. También deberán exhibirlo para ir a la escuela, hacer deportes y en toda otra actividad que se requiera conocer su estado de salud.

Desnutrición Crónica

Entre 1999 y 2004 la desnutrición aumentó en Uruguay afectando en mayor medida a los niños más pequeños, especialmente a los que pertenecen a los sectores de menores recursos (Arroyo et al. 2007).

El fenómeno más frecuente es el de la desnutrición crónica (déficit de talla para la edad), que afecta en particular a los niños de un año de edad. Como se puede observar en el gráfico 4.1, la frecuencia de la desnutrición crónica aumentó entre 1996 y 2002, con un descenso para todas las edades en 2004.

Gráfico 4.4. Porcentaje de niños con retraso en el crecimiento según año y grupo de edad



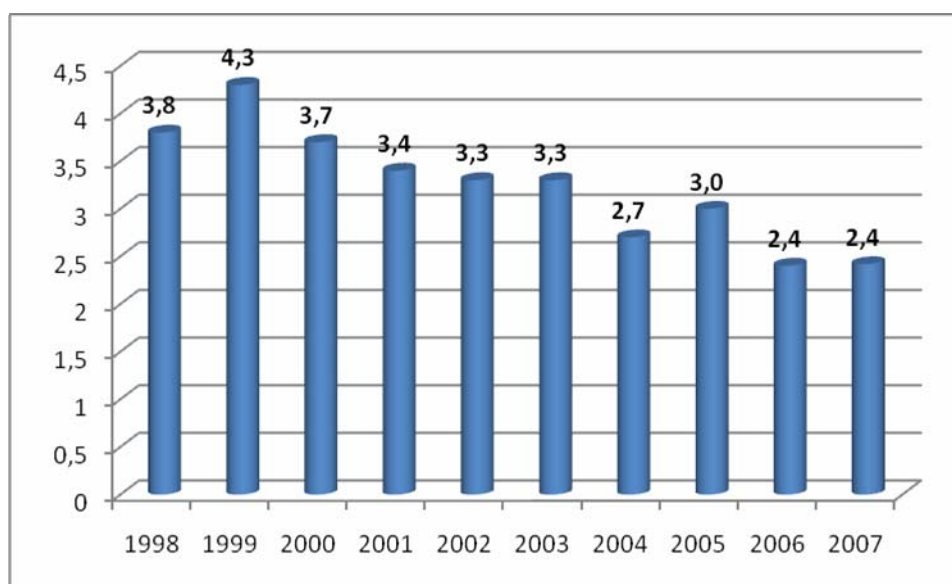
Fuente: Arroyo et al. (2007)

4.2 Situación en el grupo 6 a 12 años

Cobertura de salud

El porcentaje de población infantil sin cobertura de salud en este grupo de edad es algo más elevado que para la primera infancia. En efecto, tenemos que el 2.4% carece de cobertura. Antes del 2006, la cifra osciló entre un 4.3% registrado en 1999 y el 2.7% observado en 2004 (gráfico 4.5). Precisamente por partir de un porcentaje de desprotección más elevado, el descenso observado actualmente con respecto a fines de la década de 1990 es más pronunciado en comparación con el grupo 0-5 años.

Gráfico 4.5. Porcentaje de niños entre 6 y 12 años sin cobertura de salud. 1998 – 2007.



Fuente: Arroyo et al. (2007) para la serie 1998-2005 y procesamiento propio de encuestas de hogares para la serie 2006-2007. Las encuestas de hogares anteriores al año 2006 sólo son representativas de las localidades urbanas de 5000 y más habitantes.

Considerando la integralidad de los derechos vigentes en las instituciones de salud, los niños entre 6 y 12 años se caracterizan por presentar la mayor proporción de población con cobertura integral (94.6% y 94.3% para los años 2006 y 2007). Pero también son los que tienen el mayor porcentaje de población con cobertura en la red pública (74.8%) (ver Anexo 2 en versión electrónica: www.enia.org.uy).

Nutrición

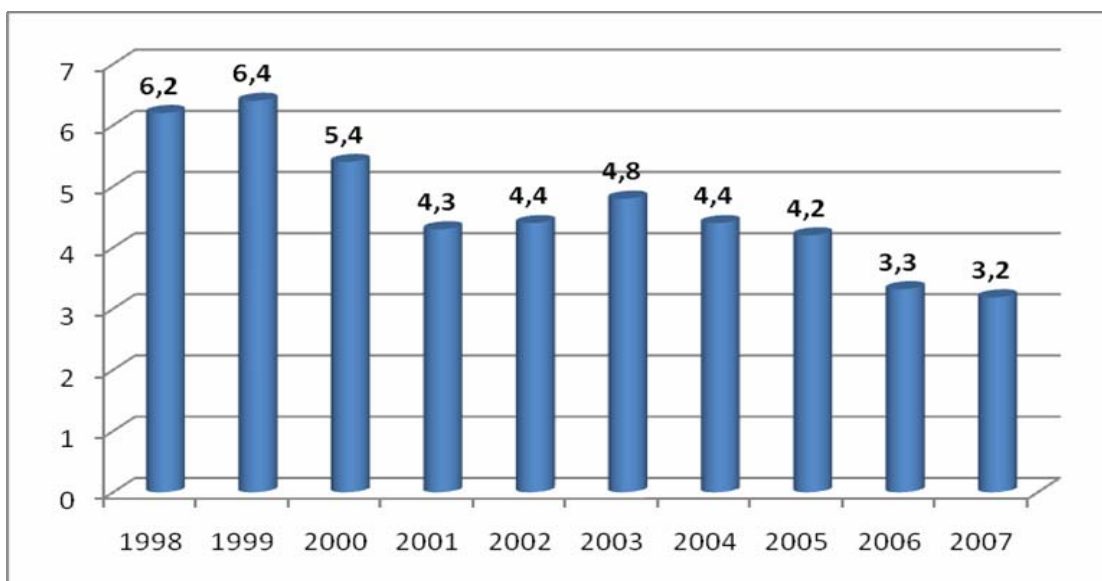
La información disponible sobre niños en edad escolar con retraso en el crecimiento proviene de la encuesta desarrollada entre 2004 y 2005 denominada "El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias" (Amarante et al. 2007), que se propuso analizar la situación nutricional de los niños que asistían a primer grado escolar en escuelas públicas del país. "Los resultados muestran que 77,6% de los niños de primer año de las escuelas públicas del país tiene una talla normal para la edad, mientras que 22,5% presenta algún tipo de retraso (moderado en el 17,9% de los casos y grave en el 4,6%). No se detectan diferencias significativas entre el Gran Montevideo y el interior del país" (Arroyo et al. 2007).

4.3 Situación en el grupo 13 a 17 años

Cobertura de salud

El nivel de desprotección de los adolescentes con respecto a la cobertura de salud es mayor que el de los niños, como ha ocurrido históricamente. De todas maneras, dada la alta desprotección relativa inicial, este grupo es el que registra la mayor mejoría en los últimos diez años: el porcentaje de población sin cobertura se ha reducido de un 6.4% registrado en 1999 a un 3.2% observado en 2007.

Gráfico 4.6. Porcentaje de adolescentes entre 13 y 17 años sin cobertura de salud, 1998-2007



Fuente: Arroyo et al. (2007) para la serie 1998-2005 y procesamiento propio de encuestas de hogares para la serie 2006-2007. Las encuestas de hogares anteriores al año 2006 sólo son representativas de las localidades urbanas de 5000 y más habitantes.

Fecundidad adolescente¹⁹

Un reciente estudio encontró una significativa declinación en la fecundidad adolescente en los últimos diez años, que contrasta con la variación positiva observada entre 1985 y 1996 (Varela, Pollero y Fostik, 2008). Este descenso de la fecundidad adolescente ha contribuido a reducir la fecundidad por debajo de los niveles necesarios para el reemplazo poblacional. De hecho, si se observa la variación porcentual del indicador *paridez media acumulada*²⁰ en los últimos diez años se aprecia que la caída de la fecundidad en las mujeres entre 15 y 19 años es la más alta entre todos los grupos de edad: el número promedio de hijos que al año 2006 tienen las adolescentes entre 15 y 19 años es 0,09, cuando diez años antes las mujeres en dicho tramo de edad tenían en promedio 0,19 hijos.

Los valores observados para las *tasas de fecundidad*²¹ por grupo de edad muestran una tendencia similar: mientras en la etapa 1985-1996 las tasas se mantienen o disminuyen en todos los grupos de edad con excepción de las adolescentes (10-14 y 15-19 años), para el período 1996-2006 las tasas bajan para todos los grupos de edad, pero más acentuadamente en las mujeres entre 20 y 29 años de edad, que constituyen las edades cúspides²² de la fecundidad.

¹⁹ Los datos disponibles sobre fecundidad adolescente están desagregados en dos grupos que no coinciden con los tramos de edad definidos por la CDN: 10-14 años y 15-19 años. Por esta razón es que optamos por presentar este tema únicamente en el apartado referido a los adolescentes entre 13 y 17 años.

²⁰ La *paridez media acumulada* refiere al número medio de hijos tenidos hasta determinada edad, que en promedio acumulan las mujeres de cada cohorte de edad.

²¹ Estas tasas se definen como el cociente entre los nacimientos del año en estudio correspondientes a cada grupo de edad, dividido la población femenina de cada grupo de edad en el año de estudio. La sumatoria de estas tasas da como resultado la Tasa de Global de Fecundidad.

²² Varela et al. (2008) señalan que la denominación edades cúspides de la fecundidad se emplea porque tradicionalmente las tasas de fecundidad más elevadas corresponden a las mujeres entre 20 y 29 años. Sin embargo, como en las últimas décadas se ha observado que la tasa de fecundidad de las mujeres entre 30 y 34 años se asemeja a la de las mujeres entre 25 y 29 años, se extiende la denominación también a este grupo.

Cuadro 4.2 Paridez media acumulada, tasa de fecundidad por edad (por mil) y distribución relativa de los nacimientos por edad de la madre. Uruguay, 1975-2006

Grupo de edad	Paridez media acumulada				Tasa de fecundidad por edad (por mil)				Distribución relativa de nacimientos por edad de la madre (%)			
	Cen 1975	Cen 1985	Cen 1996	ENHA 2006	Cen 1975	Cen 1985	Cen 1996	2006	Cen 1975	Cen 1985	Cen 1996	2006
10 a 14	-	-	-	-	1,2	1,2	1,8	1,7	0,2	0,2	0,4	0,5
15 a 19	0,12	0,10	0,19	0,09	65,7	58,5	70,6	62,6	11,4	11,8	14,4	16,7
20 a 24	0,73	0,66	0,67	0,50	159,4	131,2	122,3	90,7	27,5	26,5	24,9	23,9
25 a 29	1,49	1,42	1,29	1,12	157,8	135,7	129,4	99,1	27,2	27,4	26,4	24,4
30 a 34	2,12	2,08	1,94	1,72	109,8	96,1	97,4	91,7	19,0	19,4	19,9	20,7
35 a 39	2,51	2,52	2,38	2,22	62,3	54,0	52,2	48,4	10,8	10,9	10,7	10,8
40 a 44	2,62	2,68	2,61	2,50	19,8	16,9	15,6	12,7	3,4	3,4	3,2	2,9
45 a 49	2,55	2,73	2,70	2,56	2,9	1,5	1,0	0,7	0,5	0,3	0,2	0,2

Fuente: Elaborado en base a Varela, Pollero y Fostik (2008), Varela (2005) y datos del MSP (estadísticas vitales 2006).

Fuente: Elaborado en base a Varela, Pollero y Fostik (2008), Varela (2005) y datos del MSP (estadísticas vitales 2006)

Ahora bien, el análisis de la proporción de nacimientos que corresponden a madres adolescentes parecería arrojar una conclusión diferente, pues la cifra es más alta en 2006 que en 1996. Sin embargo, al observar la frecuencia absoluta de nacimientos se encuentra que el número de nacimientos en madres adolescentes en 2006 es inferior a los valores observados antes de 2003. La explicación de estos indicadores aparentemente contradictorios radica en que el número total de nacimientos (denominador del indicador *proporción de madres adolescentes*) ha descendido, lo que se refleja en la caída de la Tasa Global de Fecundidad y de las tasas específicas por edad. En particular, como se señaló anteriormente, la caída en la fecundidad ha sido más acentuada entre las mujeres ubicadas en las edades cúspides de la fecundidad, lo que ha contribuido a elevar la participación de nacimientos correspondientes a madres adolescentes observada en 2006.

En conclusión, los indicadores parecen mostrar una cierta situación de progreso, cuando se concentran en la mirada de estos últimos años. Si bien la grave crisis económica de 2002 impactó de manera severa en los indicadores sociales, éstos empezaron a mostrar una recuperación a partir de 2004 que parece consolidarse en los años recientes. En el caso particular de la protección en salud, de todas maneras debe tenerse en cuenta que la situación descrita es anterior a la reforma del sistema, por lo que resulta de especial interés esperar los resultados del 2008 sobre cobertura y aplicación de los programas de salud.

5. Como balance final: desafíos para la política de salud

De las entrevistas con informantes calificados se pudieron recoger una variedad de tareas pendientes y desafíos a concretar en materia de políticas de salud. Se trató de darles a estos enunciados una redacción homogénea, agrupándolos en grupos temáticos, con un ordenamiento lógico mínimo. No pretenden agotar el universo de opciones y posibilidades, sino más bien servir como disparadores al diálogo y a la elaboración de nuevas propuestas.

Valoraciones generales

- Se percibe que la reforma de salud ha puesto en el centro la cuestión del derecho a la salud de las personas y de los niños en particular. Se establece una nueva filosofía, en que la atención en salud se proclama como un Derecho y una obligación del Estado.
- La tónica del cambio de modelo de atención y de gestión pone a los Programas de Salud en el centro del proceso de atención. Se establecen indicadores concretos en los programas, que se condensan en el Carné de Salud del niño y en las metas asistenciales, que deben orientar la atención en salud de los niños. Esto genera un impulso al cambio muy fuerte en el sistema.
- El cambio del modelo de financiamiento introduce mayor equidad en el sistema. Además, introduce nuevas herramientas de política de salud, que pueden ser utilizadas para alentar cambios positivos, en el sector público y el privado. Ahora los prestadores de salud reciben financiamiento del Fondo Nacional de Salud, pero además se los vigila y se los alienta en el cumplimiento de sus responsabilidades sanitarias.
- La modulación de la política de precios del sector salud (tiques y órdenes IAMC) esta en el camino correcto. Se debe alentar y no penalizar la utilización de los controles de salud en niños y embarazadas.
- Se percibe una mejora relativa en la situación de los servicios públicos de salud, que comienzan a revertir una situación de déficit financiero crónico. La mejora de las retribuciones, de las condiciones de trabajo y de las infraestructuras del sector es un paso positivo en la transformación del sector.
- Hay un intento positivo de tomar las políticas de salud de larga data en el sector, procurando relanzarlas en cuanto a su cobertura poblacional y a las necesidades cubiertas. Por ejemplo, la ampliación del Plan Ampliado de Inmunizaciones, el Plan Aduana, el fomento de la Lactancia Materna, etc.
- El estado debe continuar enfocando con inteligencia los recursos de las políticas sociales en los primeros 24-36 meses de vida. Debe existir una respuesta inteligente, integral y armónica, para orientar los recursos que la sociedad destina para sustentar este período crítico en la etapa del desarrollo de los futuros ciudadanos. La meta debe ser la igualdad de condiciones de todos los niños al momento de cumplir los 36 meses de vida. El desarrollo psicomotor debe alcanzar condiciones de partida igualitaria para todos los niños y niñas.

Desafíos para el corto y mediano plazo

Más allá de una valoración en general positiva, los expertos consultados aportaron una variedad de sugerencias y posibles orientaciones de trabajo. Esos se plantean como orientaciones necesarias de trabajo, como desafíos para la política de salud del corto y mediano plazo.

El Sistema Nacional de Salud

- Los cambios macro del sistema de salud todavía deben materializarse como cambios efectivos en los procesos de atención. El espíritu del cambio de modelo de atención no se ha impregnado en todo el sistema de salud. Se debe

internalizar el cambio de modelo, bajando de la teoría a la práctica, reasignando recursos de forma estratégica, intensificando los controles del cumplimiento de las metas prestacionales y sus indicadores de cambio de modelo.

- Es preciso mejorar la vinculación entre el financiamiento y la fijación de prioridades en materia de política de salud de infancia y adolescencia. Las nuevas herramientas, los programas y las metas asistenciales, permiten trabajar en la dirección de estas prioridades.
- Se debe continuar avanzando en la política de mejora de los servicios públicos, en sus infraestructuras y sus dotaciones de recursos humanos. El objetivo debe ser el de elevar el nivel general del sistema, procurando remediar las insuficiencias detectadas en los servicios públicos. En ese proceso se debe presta atención de que,
 - El primer nivel de atención del sector público muchas veces pierde la competencia por los recursos frente a la demanda de recursos de los niveles más complejos (Hospitales). Es preciso establecer mecanismos que permitan proteger el financiamiento de los servicios públicos de salud del primer nivel, especialmente los servicios destinados a la atención de población en situación de riesgo.
 - El mejoramiento general del sistema, en sus componentes públicos y privados, no debe implicar descuidar las áreas del sistema que tienen un funcionamiento de alta calidad. Se debe procurar proteger las áreas de excelencia del sistema, porque son un capital de todo el sistema de salud.

Recursos Humanos

- La Política de recursos humanos debe considerar la planificación y la coordinación en conjunto con las instituciones formadoras de nivel medio y superior. Al cambiar el modelo de atención, cambian las exigencias en materia de recursos humanos y materiales. Se necesita un nuevo enfoque en la formación, tanto para las profesiones médicas, de otros profesionales de salud y los cuadros intermedios y de base del equipo de salud.
- La sociedad está dedicando mayores recursos a la retribución de los trabajadores de la salud. Debe existir una contrapartida adecuada, que implica incorporar las funciones de educación y promoción de salud en los equipos. Por ejemplo, la educación médica continua, que ha sido un avance de gran importancia de la Escuela de Graduados, debería acompañar estos esquemas de mejorar salarial y de cambio de modelo de atención.
- Existen carencias en la disponibilidad de especialidades para la atención de estos grupos de población. En términos generales, el enfoque de la atención del Adolescente está muy poco desarrollado. O el desarrollo de la atención en Salud Mental, que es totalmente insuficiente, que exige formación de psicólogos y psiquiatras infantiles, además de su integración efectiva a los equipos de salud de referencia.
- Necesitamos servicios de salud inteligentes, con equipos de salud capaces de asumir la atención de Niños y Adolescentes. Necesitamos equipos integrados por visitadoras domiciliarias, asistente social, enfermera de Salud Pública, un servicio que va a buscar el caso a la casa y no lo espera en el consultorio. Los servicios de salud no están orientados para establecer protocolos y anticipar los problemas, siempre han actuado en respuesta a la demanda de enfermedad.
- Se debería apuntar a la conformación de equipos de trabajo con responsabilidades claras, en donde la responsabilidad del Pediatra es fundamental, pero que debe estar complementada con las diversas especialidades médicas, pero también por Asistentes Sociales, Nutricionistas,

Psicólogos, Enfermería, etc. El programa de Médicos de Familia podría ser una opción interesante en el marco de equipos de salud multidisciplinares trabajando en el primer nivel de atención.

- Definir equipos de trabajo multidisciplinarios que puedan atender la problemática socio-sanitaria que está por detrás de los principales problemas de Niños y Adolescentes: trastornos de aprendizaje, de conducta, de nutrición, embarazo adolescente, etc. Es preciso pensar en los perfiles profesionales adecuados para acompañar estas situaciones, como por ejemplo Trabajadores Sociales, Agentes Comunitarios, etc.
- Se debe prestar atención a la formación, pero también al *cuidado de los cuidadores*. La organización del trabajo del equipo de salud, no solamente los aspectos retributivos, sino también en su formación continua, rotación de ámbitos de trabajo, jornada laboral, reposo adecuado, etc. Se debe prestar atención a los aspectos que hacen a la salud, física y psíquica, del trabajador de la salud. Este es un aspecto que incide fuertemente en la calidad del trabajo del equipo de salud.

Servicios de Salud

- Aprovechar las oportunidades institucionales y sociales que existen para multiplicar los puntos de entrada al sistema de salud.
 - El momento educativo es una oportunidad para el seguimiento integral, el control y la educación en salud del niño y muy especialmente del adolescente. Un ejemplo excelente ha sido la introducción de la educación en salud sexual y reproductiva en la currícula de la enseñanza.
 - Fomentar las campañas territoriales, con base en centros educativos y/o sociales, que combinen recursos público-privados. Como ejemplo posible, la experiencia del programa de Salud Bucal de Presidencia de la República.
 - Las nuevas Asignaciones Familiares pueden ser utilizadas como una herramienta para alentar la práctica y la cultura del control en salud de niños y adolescentes. El MSP debe aprovechar esa oportunidad.
- La Medicina Intensiva y la Emergencia Pediátrica han tenido un desarrollo muy importante en el país. Pero es necesario analizar las prioridades del país, contrastando la disponibilidad de recursos y necesidades del país.
 - Es preciso continuar avanzando en fortalecer el primer nivel de atención en su capacidad de respuesta. Es allí donde se resuelven la mayoría de los problemas de salud y donde se evita la generación de episodios agudos, que derivan en sobre-utilización de servicios de medicina crítica.
 - Las intervenciones de alta tecnología que financia el Fondo Nacional de Recursos también deberían contar con un acompañamiento adecuado desde el primer nivel de atención, para el seguimiento y la contención del paciente intervenido.
- Algunos tratamientos y técnicas de gran complejidad se deberían centralizar, para optimizar recursos y evitar superposiciones. La política de complementación asistencial debería propender a ello. Por ejemplo, algunos servicios del Hospital de Niños podrían funcionar como referencia para todo el SNIS (ej. Traumatología, Hemato-oncología, CTI, Quemados, etc.), lo que permitiría optimizar y racionalizar infraestructuras y dotaciones de recursos humanos.

Programas de salud y futuro de la reforma

Hay un sentimiento compartido por los actores de que en el éxito de los nuevos programas de salud se juega el futuro de la reforma de salud. La eficacia de los programas, su efectiva aplicación, determina en buena medida que las personas

puedan visualizar un cambio sustantivo en sus condiciones de vida de Niños y Adolescentes. Algunos de los apuntes mencionados son,

- La maternidad y paternidad elegida es un derecho de la salud sexual y reproductiva y debe existir un acompañamiento de todas las políticas públicas que permitan este ejercicio. Las licencias laborales, la protección en el acceso y conservación del empleo, la existencia de guarderías de tiempo completo hasta los 3 años, etc. El Estado y el sector empresarial deben trabajar para eliminar los obstáculos para el ejercicio de esta importante dimensión de la ciudadanía social.
- Los programas de planificación familiar deberían contar además con un acompañamiento más próximo de las familias con niños a cargo en situación de riesgo social. La ampliación de la cobertura y acción de los CAIF podría ser una acción adecuada.
- La crianza no es un problema exclusivo de los sectores de menores ingresos, también los sectores medios no tienen un desempeño adecuado en cuanto al estímulo y acompañamiento del desarrollo de los hijos. Además, es preciso trabajar los temas relativos al consumo de tabaco, alcohol, sustancias adictivas, nutrición inadecuada y la violencia familiar.
- Es preciso realizar un acompañamiento más estrecho de los hogares en situación de riesgo social, muy especialmente de las madres y embarazadas, brindando a éstas apoyo en el cuidado de su salud física y psíquica.
- El Programa Aduana es una política que tiene un excelente diseño y propósito. Pero se debe avanzar en su cobertura y efectividad, en cuanto a la captación y seguimiento.
- Nuestro país ha logrado avances en los índices de Lactancia Materna. Pero se debe continuar avanzando en la mejora de éstos índices. Es una herramienta de importancia en el proceso de desarrollo del lactante, pero que contribuye además a mejorar el vínculo materno infantil.
- Es preciso continuar avanzando en el cambio del enfoque restringido de “supervivencia”, que ha guiado la política para la reducción de la mortalidad infantil. Es preciso avanzar más plenamente en un enfoque que haga énfasis tanto en el crecimiento como en el desarrollo del niño sano.
- El Uruguay tiene que avanzar en el cambio de sus políticas sociales dirigidas a primera infancia: 1) fortalecer los programas tendientes a favorecer una adecuada alimentación; 2) mejorar la relación madre-niño (aumento autoestima, lactancia, etc.) 3) mirar situaciones de las madres en riesgo; 4) hacer una revisión de protocolos para la promoción del desarrollo neuropsíquico infantil.
- Fortalecer las estructuras institucionales y la cultura de la evaluación de políticas y programas. El MSP debe alentar el diseño de programas y políticas que incorporen mecanismos claros de evaluación. Esos resultados deben ser utilizados en el proceso de toma de decisiones, para la mejor implementación de los programas y en los procesos de rendición de cuentas a la ciudadanía.
- Fortalecer y jerarquizar los espacios en donde se generan datos, informaciones y análisis sobre la situación de salud de niños y adolescentes. El MSP debe ser un espacio articulador de los diferentes niveles, públicos y privados, que generan conocimiento sobre la situación de salud de esta población.
- Se debe generar cierto grado de continuidad en los procesos de formulación de políticas y darles sustentabilidad a los programas de salud. Las nuevas políticas de salud para infancia y adolescencia se deberían establecer sobre bases políticas sólidas, de forma tal que la rotación democrática de los gobiernos no suponga una amenaza para la sustentabilidad de las políticas públicas.

6. Bibliografía citada

- Amarante, Verónica; Arim, Rodrigo; Severi, Cecilia; Vigorito, Andrea; Aldabe, Isabel (2007). "El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias". Montevideo: UNICEF-UNDP-Cooperazione Italiana-Udelar. Disponible en www.unicef.org.uy
- Arroyo, Alvaro et al. (2007). *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2006*. Montevideo: UNICEF. 128p. Disponible en www.unicef.org.uy
- Bove, María Isabel; Cerruti, Florencia (2007). *Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país*. Montevideo: UNICEF, RUANDI, MSP, set. 2007. 72 p. Disponible en www.unicef.org.uy
- Cabella, Wanda; Ciganda, Daniel; Fostik, Ana; Pollero, Raquel (2007). "Evolución de la mortalidad infantil en Uruguay (1950-2004): estancamiento y descenso". Ponencia presentada a las IX Jornadas Argentinas de Población, Córdoba, octubre de 2007.
- Contera, M., García, G., Méndez, A., (2004). Proyecto de desarrollo de sistema informático del Programa Aduana Setiembre. Documento de trabajo, ASSE.
- INFAMILIA (2005). Anexo VI. Síntesis descriptiva del Plan CAIF. Modelo integral para niños menores de 4 años y sus familias. Disponible en: <http://infamilia.homedns.org/gxpsites/agxppdwn.aspx?1,7,104,O,S,0,40%3bS%3b1%3b12>.
- Michellini, M, Giambruno, G., Foren, M., Portillo, J. (2004). "Indicadores y políticas de salud en la infancia. Primer nivel de atención". Archivo Pediatría Uruguay; 75(2). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Universidad Autónoma de Madrid. (2003). Bases para la elaboración de una estrategia integral para la infancia y la adolescencia en riesgo y dificultad social. España.
- MSP-DIGESE (2006). Cuentas Nacionales en Salud 2004.
- MSP-ASSE (2008). *Informe y Memoria Anual de la gestión del Gobierno Nacional correspondiente al ejercicio 2007*. Disponible en http://www.presidencia.gub.uy/web/MEM_2007/mem_2007.htm
- MSP-DIGESA (2007). Seguimiento y Auditoria de la Reforma. Selección de indicadores del SNIS. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12629.ppt>
- MSP-DIGESE (2008). Evaluación a seis meses de la reforma de salud. Mimeo.
- OPS (2003). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe.
- OPS (2007). Perfil de Salud Uruguay. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=320&Itemid=
- OPS (2008). Esquemas de protección social para la POBLACIÓN MATERNA, NEONATAL e INFANTIL: Lecciones aprendidas de la Región de América Latina.
- Pellegrino, Adela et al (2008). "De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX", en B. Nahum, (editor), *El Uruguay del Siglo XX. La sociedad*, /Departamento de Sociología-FCS, Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- PNUD (2007). *Informe de Desarrollo Humano en Uruguay*.
- Varela, Carmen; Pollero, Raquel & Fostik, Ana (2008). "La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo". En Carmen Varela (coord.), *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*". Facultad de Ciencias Sociales-UNFPA, Ed. Trilce.

Varela, Carmen. (coord.) (2008). *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Facultad de Ciencias Sociales-UNFPA, Ed. Trilce.

Varela, Carmen (2005). "La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay". Documento de Trabajo N°78, Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales.

SUP (2008). Página WEB de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Materiales varios. www.sup.org.uy

7. Anexos

Los siguientes anexos se encuentran en versión electrónica: www.enia.org.uy

1. Indicadores de la Matriz ENIA. Cuaderno Salud
2. Protección Social en Salud. Acceso a servicios de salud
3. Pauta entrevistas. Listado de Entrevistados.

