

120
70

120 años en la Región

70 años en Uruguay

La OPS y la transformación
del sistema de salud uruguayo



Montevideo | diciembre de 2022



Catalogación de la fuente

Montenegro Hernan, Fernández Galeano Miguel, Benia Wilson.

120 años en la Región. 70 años en Uruguay. La OPS y la transformación del sistema de salud uruguayo. 37 p.

1. Sistema de Salud. 2. Reforma del sector salud. 3. Uruguay

ISBN: 978-9974-8602-9-2

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberá dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: urypwr@paho.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2022. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula. La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante, lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS 5

PRÓLOGO 6

UNA HISTORIA DE COOPERACIÓN PREVIA A LA REFORMA 8

LA EVOLUCIÓN EN LA ESTRATEGIA DE OPS Y LAS MODALIDADES DE COOPERACIÓN 8

LA PARTICIPACIÓN DE OPS EN EL PROCESO DE DISEÑO DE LA REFORMA 9

LOS PRIMEROS PASOS DE LA REFORMA 10

LOS PILARES DE UNA REFORMA ESTRUCTURAL 10

El cambio del modelo de atención y la renovación de la APS 15

Sistema Nacional de Urgencias y Emergencias Médicas 17

El Proyecto Italia: cooperación para la incorporación de equipamiento y tecnología 17

COOPERACIÓN ORIENTADA A LA CONSOLIDACIÓN DEL PROCESO DE REFORMA (2012-2021) 19

Prioridades estratégicas de la ECP 2012-2015 20

Escuela de Gobierno en Salud Pública (EGSP) 21

Ateneos del SNIS 21

Plataforma Interinstitucional para el Estudio de la Cobertura
y Acceso Universal a la salud en Uruguay 23

Conversatorios sobre los nudos críticos del proceso de reforma 24

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE LA ECP 2017- 2021 25

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) 25

Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 27

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) 29

Política de recursos humanos en salud 32

Cuentas Nacionales en Salud (CNS) 33

Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables 35

BIBLIOGRAFÍA 36



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APEX	Programa Aprendizaje Extensión. Universidad de la República
APS	Atención Primaria de salud
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CONAE	Comisión Nacional de Enfermería
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
DEMPESA	División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud
DES	División Economía de Salud
DIGESA	Dirección General de la Salud
DINOT/MVOT	Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial
ECP/CSS.	Estrategia de Cooperación País
EGSP	Escuela de Gobierno en Salud Pública
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FONASA	Fondo Nacional de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MCS	Municipios y Comunidades Saludables
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud - Catálogo Prestaciones
PNA	Primer Nivel de Atención
PRAT	Prácticas de Restauración Atraumática
RAP	Red de Atención del Primer Nivel. Red de Atención Primaria
RHS	Recursos Humanos en Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SANEA	Sistema Articulado de Notificación de Eventos Adversos
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida
SINAE	Sistema Nacional de Emergencias
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana

La presente publicación se enmarca en la celebración de los 120 años de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y los 70 años de su presencia en Uruguay. Los aniversarios son momentos oportunos de reflexión y para recordar parte de nuestra historia.

Fundada en 1902 bajo el principio rector de que la salud no es un privilegio de pocos, sino un derecho humano fundamental y universal, la OPS ha trabajado incansablemente durante los últimos 120 años para combatir las enfermedades, alargar la vida y promover la salud física y mental de todas las personas en las Américas, sin dejar a nadie atrás.

En tanto Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y como organismo especializado en salud del Sistema Interamericano, a lo largo de su historia, la OPS ha ayudado a la región a superar importantes retos sanitarios, al tiempo que ha promovido una visión de la salud como elemento central del desarrollo, la seguridad sanitaria, el comercio y el bienestar social.

Desde Uruguay se han alcanzado hitos en salud pública muy notables que han inspirado a la Región y al mundo, y nos ha parecido oportuno sistematizar el aporte de OPS a uno de estos hitos particularmente relevante para la salud de la población del país: la creación y consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con características de universal, equitativo, solidario, basado en la atención integral y la promoción de la salud, con foco en el desarrollo del primer nivel de atención.

El SNIS se ha implantado en base a la transformación del modelo de financiamiento, importantes cambios en el modelo de gestión y un proceso aun en curso de cambio del modelo de

atención hacia una dinámica de redes integradas de servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud. La pandemia de COVID-19 puso en evidencia la robustez del Sistema, que debió dar una respuesta acorde a la emergencia sanitaria, en un escenario de alta incertidumbre y complejidad. Uruguay logró implementar un plan de inmunización contra la COVID-19 muy exitoso, alcanzando niveles de cobertura que lo ubican al tope de la región.

Desde la OPS/OMS se ha contribuido a ese proceso de transformación del sistema sanitario uruguayo aportando apoyo técnico, generando espacios de intercambio entre actores locales, fortaleciendo el liderazgo de la autoridad sanitaria y acercando el conocimiento sistematizado de las lecciones aprendidas de otros países de la región.

Consideramos que la sistematización de estos aportes y el modo en que los organismos rectores de Uruguay los han integrado en el proceso de conducción de la reforma en las últimas décadas, será una contribución relevante en una dinámica de cooperación horizontal que crece en el país, y permitirá apoyar a otros países para que haya una salud que abarque a todos los habitantes de la región, que supere las inequidades y las desigualdades, que sea inclusiva, que integre la diversidad, la justicia, y la centralidad de los derechos humanos.

Dr. Hernan Montenegro

Representante de OPS/OMS en Uruguay

2 de diciembre de 2022



asse
salud

Red Atención Primaria Maldonado
Policlínica Balneario Buenos Aires

región
este

HALT
SEGURIDAD
PROTEGIDO
POR 9110

UNA HISTORIA DE COOPERACIÓN PREVIA A LA REFORMA

Con la firma del convenio entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Estado uruguayo, en el año 1952, se puso la piedra fundamental de una fructífera construcción en materia de cooperación internacional que no ha dejado de crecer y profundizarse en los últimos 70 años.

En este tiempo de presencia en el país la OPS contribuyó a estimular y generar las condiciones para el desarrollo de la producción científica sobre el estado de salud de los uruguayos, al análisis de la organización sanitaria y el funcionamiento del sistema y los servicios de salud, con el fin de evaluar y aconsejar la implementación de diferentes opciones de política sanitaria para garantizar el derecho y el acceso universal a la salud.

Ha posibilitado el acceso a la evidencia científica disponible, brindando el asesoramiento técnico y recursos materiales y financieros, en circunstancias en que la salud colectiva estuvo en riesgo, para enfrentar los desafíos que significaron la poliomielitis, tuberculosis, rabia, cólera, fiebre aftosa, VIH-Sida, Influenza A H1N1, entre otras enfermedades transmisibles, y en los últimos tres años apoyando técnicamente en la respuesta a la pandemia de la COVID-19.

A nivel global, la acción de la OPS constituyó un fuerte impulso a la consolidación de conceptos que forman parte del acervo de la salud

pública y colectiva internacional, como el reconocimiento de la salud como un derecho y una inversión más que como un gasto; la valoración de la evidencia científica para la toma de decisiones; la importancia de la planificación como instrumento de gestión invaluable para la asignación y el uso de recursos; la necesidad de integrar en un continuo las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre los subsectores público y privado.

En ese contexto, el aporte que hizo la OPS a una reforma estructural profunda del sistema de salud con la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), fue relevante y permitió contar con distintas experiencias de los países de la Región, adecuando el marco conceptual de protección social en salud a las características y antecedentes nacionales para avanzar en el objetivo de garantizar el acceso y la cobertura universal a la salud.

LA EVOLUCIÓN EN LA ESTRATEGIA DE OPS Y LAS MODALIDADES DE COOPERACIÓN

Al igual que sucedió en todos los países de la región, en la cooperación de OPS en Uruguay se pasó de una estrategia de asistencia técnica puntual con la presencia de consultores, a otro modelo basado en fomentar y aprovechar las capacidades locales y promover intercambios horizontales de ida y vuelta entre profesionales que comparten conocimientos y saberes acumulados en prácticas y contextos diferentes.

Se busca contrastar diferentes marcos conceptuales y generar espacios para la negociación y el consenso con múltiples actores que muchas veces tienen intereses y perspectivas diversas.

En el desarrollo de una auténtica inteligencia sanitaria se procuró colocar con oportunidad, calidad y compromiso la cooperación de la OPS. Se avanzó sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate amplio sobre intervenciones concretas y resultados de políticas públicas. Sus resultados serían utilizados por decisores y equipos de salud responsables de la generación de nuevas modalidades para brindar servicios de salud a la población y conocimientos innovadores sobre cómo hacerlo.

El enorme desafío político y técnico de contribuir al proceso de reforma del sistema coincidió con la decisión de las autoridades nacionales en conjunto con la representación de OPS en Uruguay, de definir por un período de cinco años la Estrategia de Cooperación País (ECP o CCS por su sigla en inglés) para definir los objetivos, las líneas de acción y las modalidades de intervención que adoptaría el apoyo técnico al país.

Se superó la dinámica de reuniones bilaterales con contrapartes por apoyos técnicos puntuales y desde una mirada fragmentada de la realidad de la salud, del sistema y sus servicios, en áreas específicas, con un horizonte temporal muy acotado que en general no solía superar los dos años de ejecución. Este cambio permitió establecer la agenda, los desafíos, los objetivos y la matriz estratégica de cooperación. Apoyando la construcción de espacios de discusión y concertación de los diferentes actores del sector salud para identificar y asumir las

opciones prioritarias de política para el diseño y la implementación de la reforma.

Con la elaboración de las ECP/CCS se pretende un análisis prospectivo de carácter estratégico que permita establecer los principales problemas y escenarios posibles en el futuro.

En cuanto a modalidades de cooperación técnica, la comunicación ha sido durante muchos años, y sigue siendo, una valiosa contribución de la OPS/OMS a las políticas públicas de salud; ello se vio claramente reflejado en diferentes momentos de la acción de la Organización en el país y en forma muy especial en tiempos de pandemia.

Desde inicio de la década de 1990 la OPS/OMS desplegó acciones para mejorar la comunicación con los profesionales de la comunicación social. Se organizaron seminarios de intercambio para promover la mejor difusión de las informaciones sobre el proceso de reforma, temas de salud pública y comunicación de riesgo.

LA PARTICIPACIÓN DE OPS EN EL PROCESO DE DISEÑO DE LA REFORMA

En los inicios del Siglo XXI fueron muy importantes los aportes de la OPS a los procesos de reforma de los sistemas de salud en varios países de la Región de las Américas y el Caribe. Se enmarcaron en un modelo de protección social en salud que apuntaba a garantizar en forma simultánea la equidad y calidad de la atención



y a la vez asegurar la sostenibilidad social y económica de los sistemas de salud, construyendo la viabilidad para el acceso y la cobertura universal a servicios y prestaciones de calidad homogénea para todas las personas, a lo largo de todo el curso de vida.

Las contribuciones técnicas y la presentación de diferentes opciones de política a los actores sociales y decisores formaron parte de un fermental e intenso debate en los años previos a la reforma y resultó fundamental la contribución de la Organización “tendiendo la mesa” para habilitar consensos, acercando el aporte conceptual y la experiencia de sus consultores. Se puede destacar la participación y el apoyo de la Representación en el país en diferentes encuentros de las organizaciones sociales: los encuentros de Solís II y III organizados por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y varias instancias de discusión programática de las organizaciones de los trabajadores no médicos de los subsectores público y privados del sistema. También tuvieron un papel de relevancia los aportes que se formularon en el marco de la VIII Convención Médica Nacional de agosto del 2004, la que contó con la presencia en los plenarios finales y el apoyo en las jornadas preparatorias de la Representación y sus consultores nacionales.

LOS PRIMEROS PASOS DE LA REFORMA

En los primeros tres años de la administración de gobierno nacional (2005-2007), la OPS fue un aliado privilegiado para llegar con éxito al

diseño definitivo del nuevo sistema y la elaboración de la Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El papel que jugó el “*Consejo Consultivo para los Cambios en Salud*” como instancia amplia de participación y negociación con todos los actores del sector requirió en muchos momentos de respuestas concretas de la autoridad sanitaria nacional a un conjunto de retos para elegir entre diferentes alternativas. La cooperación técnica de la OPS resultó relevante en términos de pertinencia, calidad técnica y oportunidad para generar las respuestas. Se aportó a la gobernabilidad en la conducción del proceso al dotar de herramientas de gestión aplicables y sostenibles en lo económico, político y social, contemplando la existencia de intereses contrapuestos y priorizando garantizar la salud como derecho humano esencial, bien público y responsabilidad de Estado y de gobierno.

LOS PILARES DE UNA REFORMA ESTRUCTURAL

Concluida de la década de los 90, que estuvo dominada por el paradigma del Banco Mundial “Invertir en Salud” que sostenía la idea de sistemas segmentados y estratificados según la capacidad de pago de las personas, y estaba inspirado en modelos caracterizados por la privatización de los servicios, la salud pública pudo volver a recuperar un protagonismo debilitado en las décadas anteriores.

A partir del 2003 los países de América Latina y el Caribe discutieron la renovación de la

Atención Primaria de Salud (APS), como una condición esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), para abordar los determinantes sociales de salud garantizar la perspectiva de derechos humanos y alcanzar de protección social universal.

En el 2005, el conjunto de Estados-miembros de la OPS aprobaron la orientación estratégica hacia la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (Declaración de Montevideo) como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud, y definieron a la transformación hacia “sistemas de salud basados en la APS” como la vía más adecuada para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de la Región.

Esos sistemas de salud basados en APS renovada, fortalecidos por la construcción de las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS, constituyeron una superación de las propuestas reduccionistas de APS selectiva y paquetes básicos de prestaciones y servicios para pobres. Fueron esfuerzos de cambio profundo en el modelo de atención basados en la promoción de salud, el abordaje preventivo e integral, la calidad y dignidad del cuidado y el enfoque de género, que promovían la equidad, la universalidad, la solidaridad, la participación social, la intersectorialidad para intervenir sobre los determinantes sociales de la salud.

Se instaló un desarrollo de inteligencia sanitaria, donde se estableció un compromiso de la cooperación de la OPS/OMS en base a los ejes conceptuales que se definieron con claridad en un conjunto de resoluciones reseñadas en el Cuadro 1: sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate colectivo sobre las intervenciones sistémicas y

las opciones de políticas públicas, y catalizando el desarrollo de las capacidades institucionales, organizacionales, técnico-científicas, gerenciales y humanas existentes en el país.

Cuadro 1. Definiciones conceptuales y estratégicas de la OPS para impulsar las reformas de los sistemas de salud

Resolución de la Conferencia Sanitaria Panamericana del 2002 (CSP 26.R195) que instaba a los países de la Región a “Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades”;

Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del año 2005 (WHA 58.33), que insta a los Estados-miembros a fortalecer sus sistemas de salud en dirección a la cobertura universal y al financiamiento sostenible.

Resolución CD53.R147 sobre Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de salud, aprobada en octubre de 2014 por el Consejo Directivo de la OPS.

Alineada con estas definiciones estratégicas establecidas por los países de la Región se planteaba en el Desafío 5 de la ECP 2006-2011

la necesidad de “avanzar en la transformación del sistema de salud con énfasis en la equidad” y en el Desafío 7 se proponía crear un Seguro Nacional de Salud “que sea equitativo en la contribución de los individuos y hogares y garantice el acceso a la atención integral, oportuna y de calidad para toda la población de Uruguay”.

En la descripción del sistema que hacía la ECP, se establecía que a pesar de que el país destinaba un porcentaje muy alto del PBI, 11% en el año 2000, para su financiamiento, los resultados “no satisfacen expectativas de la población, existe una dualidad de subsistemas discriminados según niveles de ingreso que, a su vez, presentan diferencias importantes en la calidad, confort y disponibilidad de recursos” En esta breve caracterización se reconocía explícitamente la existencia de un sistema de salud fuertemente segmentado a partir de la situación socioeconómica de las personas y las familias, como uno de los principales desafíos a encarar. También se veía reflejado en las condiciones salariales y laborales de los trabajadores médicos y no médicos que se desempeñaban en los subsectores público y privado de la salud.

En el Área de Sistema Nacional de Salud de la matriz de la ECP 2006-2011 como objetivo estratégico se planteaba “Reorientar la atención a la salud hacia un Sistema Nacional de Salud equitativo e integrado que brinde acceso universal de calidad con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

Asimismo, en la ECP se señalaba de forma explícita “La instalación del SNIS exigirá de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) la adopción de herramientas regulatorias que le permitan la auditoría y fiscalización de las prestaciones

(tanto en el subsector público como en el privado), la adopción de variables de comparación, y la construcción de matrices de costos que permitan su intervención en los mecanismos contractuales entre el financiamiento y los prestadores”.

Para el cumplimiento de este objetivo estratégico vinculado al SNIS y al Seguro Nacional de Salud, se establecían cinco líneas de acción a adoptar por el país y el gobierno de la salud. Sus enunciados sugieren el impacto que tuvieron estas definiciones en las primeras etapas de implementación de la reforma sanitaria y las capacidades y atributos de gestión que se fueron desplegando por parte del SNIS.

- » Definir el modelo prestador basado en la renovación de la estrategia de APS
- » Catalizar el uso de la evidencia para monitorear y evaluar acceso y calidad del servicio y satisfacción de los usuarios
- » Adoptar un sistema de garantía de calidad, habilitación, validación, acreditación y certificación de la red de servicios de salud
- » Estimular la institucionalización de información de indicadores económicos y financieros del gasto en políticas públicas de salud y gestión en salud
- » Definir requerimientos institucionales de recursos humanos

Los Contratos de Gestión que regulan los compromisos entre el fondo público, único y obligatorio (Fondo Nacional de salud - FONASA) y los prestadores integrales públicos y privados del sistema, el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) como plan de beneficios y conjunto de prestaciones exigibles para todos los usuarios del sistema, el cálculo diferencial



de costos para establecer las capitales ajustadas por edad y sexo y el avance en la realización de la Cuentas Nacionales de Salud (CNS), entre otros, son en buena medida resultado de ese rico proceso de cooperación técnica entre los equipos profesionales del MSP y los aportes que realizó la OPS en Uruguay.

La creación en el 2005 en el MSP de la *División Economía de Salud (DES)*, fue una herramienta fundamental para el diseño de la reforma, para establecer las bases materiales de un nuevo modelo de financiamiento, para la conformación del fondo mancomunado (FONASA), para establecer los costos de la incorporación progresiva de colectivos poblacionales.

En las etapas iniciales de la reforma, en el momento del diseño y del manejo de diferentes opciones de financiamiento, el aporte del equipo de economía de la salud y financiamiento de sistemas de salud de la Sede Central en WDC fue un respaldo importante para el equipo local y permitió validar la aplicación del marco conceptual del financiamiento en salud en una experiencia concreta de país.

EL CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN Y LA RENOVACIÓN DE LA APS

La estrategia de APS es un componente central de las definiciones de política sanitaria de OMS y de la OPS. Destacados especialistas y representantes de gobiernos de la Región protagonizaron un papel clave en la Declaración Final de la Conferencia de Alma Ata en el año 1978.

Su importancia estratégica en la transformación de los sistemas y del modelo de atención a la salud fueron desde la década de los 80 un factor muy relevante de la cooperación a los países y las experiencias de implementación, con sus logros y fracasos, significaron un gran desafío y fueron motivo de reflexión, debate y en muchos casos de acción transformadora.

Impulsada por los órganos directivos y los equipos técnicos de la OPS/OMS la Consulta Regional sobre la estrategia de APS en las Américas, realizada en Montevideo en julio del 2005 significó un impulso fundamental para establecer las bases y avanzar en la reforma del sistema de salud de Uruguay, proceso que se plasmó en el 2008 con la conformación e implementación del SNIS.

Dentro de la Ley 18.211 de creación del SNIS, la estrategia de APS, con un enfoque renovado e integrador, constituye un pilar fundamental para la transformación del modelo de atención.

La Representación de OPS en el país, las autoridades del MSP, los equipos de conducción técnico-profesional ministeriales y el gobierno nacional a su más alto nivel realizaron un gran esfuerzo organizativo y logístico para albergar al amplísimo contingente de participantes que se congregó en Montevideo.

Desde una perspectiva histórica, quizás el aspecto más destacable de este encuentro internacional fue el compromiso político e institucional de Uruguay con la estrategia de APS. Se puede decir que el Foro de la APS Renovada y la Declaración de Montevideo, que reflejó las principales conclusiones del mismo, marcaron fuertemente el rumbo y la profundidad de las transformaciones que se ponían en marcha en Uruguay. Se tradujeron en el plan quinquenal

enviado por el gobierno al parlamento nacional. A pesar de que los aspectos sustantivos de la definición de la APS seguía siendo la misma de la Declaración de Alma-Ata, las propuestas de renovación se orientaron a la transformación de sistemas de salud en su conjunto, con capacidad de ser efectiva en todos los países, incluyendo a los sectores públicos, privados, a las organizaciones sin fines de lucro y es aplicable a todos los países.

Se hace un esfuerzo por distinguir entre valores, principios y elementos, se subraya la equidad y la solidaridad e incorpora principios nuevos, como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.

Se erradica la idea de que la APS es un conjunto de servicios básicos o paquetes mínimos de prestaciones y se privilegia la idea de que las respuestas deben responder y adecuarse a las diferentes necesidades en salud de cada país. Aplicar un enfoque renovado de la APS era, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona.

En el Desafío 6 de la ECP 2006-2011 se establece la necesidad de “*Desarrollar la estrategia de APS tanto en el sistema público como en el privado*”, estableciendo como compromiso del país apostar a la “*profundización en la definición y soporte como modelo alternativo ade-*

cuado a la realidad del país”.

Al hilo de este objetivo estratégico se sistematizó y publicó¹ un conjunto de experiencias precursoras o contemporáneas de los primeros años de implantación del SNIS, como han sido:

- » El nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina orientado a la APS y la Salud Familiar y Comunitaria
- » La implantación de Unidades Docente-Asistenciales UDELAR/ASSE para formación de recursos humanos en espacios comunitarios
- » La extensión universitaria interprofesional: Programa de Aprendizaje Extensión (APEX), Centro Cívico Salvador Allende
- » El proceso de transformación de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) de Montevideo
- » Las iniciativas de desarrollo profesional continuo de equipos del primer nivel de atención a través de estrategias de educación virtual
- » La diseminación de las Prácticas de Restauración Atraumática (PRAT) en el campo de la salud bucal
- » La experiencia de los equipos de salud mental con inserción territorial
- » La estrategia de Comunidades Productivas y Saludables.

Han representado fortalezas y debilidades, aciertos y errores, que pudieron ser integrados en ese proceso de acumulación y consolidación de un modelo emergente de atención a la salud de las personas y las poblaciones.

Más recientemente, en los años 2018 y 2019

1 - Ver: [> Enlace](#)

se realizó la convocatoria a las instituciones prestadoras del SNIS para un reconocimiento de buenas prácticas vinculado a la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención (PNA). Se buscó visibilizar acciones y modalidades de atención que apuntaban a ampliar y mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud².

SISTEMA NACIONAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

En el marco del proceso de reforma se identificó, a partir de 2010, la necesidad de la conformación de una Sistema Nacional de Urgencias y Emergencias Médicas articulando los recursos existentes tanto públicos como privados, hospitalarios y del primer nivel de atención, así como instituciones con fines específicos como el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), los Comités Departamentales de Emergencia coordinados por las Intendencias Departamentales.

En aquel momento se planteaba que esta red articulada en un sistema podría habilitar la implementación de planes de gestión de riesgos y protocolos operativos, articular las comunicaciones, establecer los procesos de investigación y planificación frente a eventos adversos de diversa magnitud.

Esta Red podría establecer la necesaria categorización y regionalización del país, con vistas a un manejo sistematizado de los casos, con protocolos basados en la evidencia y con el ob-

jetivo de brindar cuidados adecuados en los mejores tiempos asistenciales, atención calificada e ingreso a centros hospitalarios apropiados para los pacientes críticos, en función del nivel de cuidados requerido.

Se abría la posibilidad de complementar los recursos existentes, con la incorporación de componentes estratégicos como el Transporte Sanitario Aero Intensivo, a efectos de mejorar los resultados. Han sido iniciativas concretadas parcialmente que mantienen pendientes, pasibles de ser materia de trabajo futuro.

EL PROYECTO ITALIA: COOPERACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA

En mayo de 2005 la OPS y el Gobierno de Italia, firmaron un Acuerdo en el que se establecieron los términos y condiciones bajo las cuales la OPS/OMS brindaría cooperación técnica al Gobierno del Uruguay, en la utilización de un importante préstamo no reembolsable, otorgado por el Gobierno de Italia, para el fortalecimiento del sistema sanitario público (ASSE y Hospital de Clínicas), a través de la adquisición de equipamiento tecnológico médico e informático.

El equipamiento adquirido por el préstamo del Gobierno de Italia fue destinado a fortalecer la capacidad de respuesta de la red asistencial pública, para mejorar la accesibilidad de la po-

2 - Ver: [> Enlace](#)



blación más vulnerable del país a una atención integral, oportuna y de calidad.

El Memorando de Entendimiento definió los roles y competencias de la OPS/OMS: Análisis epidemiológicos y del estado del sistema de salud pública; selección de prioridades específicas, programación de adquisiciones de bienes y servicios, control del uso apropiado de los bienes y elaboración de informes técnicos de evaluación del impacto de la incorporación de las nuevas tecnologías.

COOPERACIÓN ORIENTADA A LA CONSOLIDACIÓN DEL PROCESO DE REFORMA (2012-2021)

La primera etapa del proceso de reforma culminó en el año 2010, coincidiendo con la finalización de un período de gobierno y con la designación de nuevas autoridades en la conducción del sistema de salud. Si bien se expresaba la voluntad de mantener y profundizar los cambios producidos, se entendía que era preciso establecer nuevas prioridades estratégicas para avanzar en la consolidación de una transformación estructural en curso.

Según el propio documento final de la ECP-2012-2015 *“se registraban avances significativos en el aseguramiento universal en salud”, pero a la vez se reconocía la necesidad de “profundizar el análisis sobre el financiamiento y el soporte fiscal del SNIS”.*

Se señalaba la necesidad de avanzar hacia la *“consolidación de un modelo de atención innovador en base a Redes Integradas de Servicios de Salud, público-público y público-privado”* y se jerarquizaba la importancia del *“desarrollo de un sistema de atención médico a las emergencias”* integrando los sistemas de traslados y las emergencias hospitalarias y prehospitales en todo el territorio nacional. Se puntualizaba el reto de *“definir los ámbitos y los procesos de participación” desde “una perspectiva que acentúe el componente de control social de la gestión”* en clara referencia a los aportes necesarios para fortalecer la participación social en la institucionalidad del SNIS, en todos los servicios y niveles de atención en los subsectores público y privado.

Ese acompañamiento del proceso de reforma, para consolidarlo y profundizarlo, fue un buen ejemplo de cooperación apoyada en las capacidades locales a nivel académico y de los equipos de gestión ministerial y de ASSE, enriquecidos por los marcos conceptuales y las experiencias regionales consolidadas por OPS.

Asimismo, se entendió que los cambios implementados configuraban *“laboratorios de innovación”* para responder adecuada y oportunamente a las necesidades identificadas.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE LA ECP 2012-2015

El apoyo a la consolidación SNIS fue la prioridad estratégica 1 de la ECP-2012-2015, transcurridos cuatro años de reforma y con algunas

áreas de transformaciones aún insuficientes. Se establecieron cuatro áreas de cooperación: Sobre el modelo de atención innovador se plantearon las redes en el primer nivel, la referencia y contra referencia y articulación de los servicios de atención de urgencia y emergencia.

En cuanto al fortalecimiento de la conducción y rectoría, se impulsó la vigilancia de la calidad de las prestaciones y la seguridad de paciente se apoyó el diseño de un Sistema Articulado de Eventos Adversos (SANEA), que incluye control de infecciones hospitalarias, farmacovigilancia, tecnovigilancia, lista de verificación quirúrgica.

Se apoyaron los requerimientos para ajuste periódico de los Contratos de Gestión y las Metas prestacionales, el Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), la Política Nacional de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la Complementación en el territorio a través de la articulación de los programas nacionales en la red de servicios públicos y privados y la propia coordinación de los programas nacionales con las Comisiones Honorarias. En relación a estas cuatro áreas de cooperación para la consolidación del SNIS, algunas iniciativas y estrategias de intervención que se empezaron a desarrollar en el marco de la ECP 2012-2015 se sostuvieron avances en la ECP 2017-2021: Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN); Funciones Esenciales de Salud Pública; (FESP), Política de Recursos Humanos en Salud, Cuentas Nacionales en Salud (CNS) y Municipios y Comunidades Saludables (MCS).

La prioridad estratégica 2 apuntaba al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y la

prevención y el control de enfermedades, incluía la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), el control de enfermedades transmisibles, las zoonosis y seguridad alimentaria. La prioridad estratégica 3 estuvo orientada al desarrollo de un sistema nacional integrado de información para ejercicio de la rectoría, para la vigilancia en salud pública y para la gestión.

En lo que refiere a la información y análisis para la rectoría y la gestión se pusieron en práctica un conjunto de dispositivos: Ateneos del SNIS, la Plataforma Interinstitucional para el estudio de la cobertura y el acceso a la salud y los Conversatorios sobre nudos críticos de la reforma. En cuanto a la prioridad estratégica 4 bregaba por la consolidación de una política de recursos humanos para mejorar la calidad asistencial, el monitoreo epidemiológico y para sostener y gestionar el proceso de cambio del sistema. Así, se impulsó la implementación de Escuela de Gobierno en Salud Pública (EGSP).

La implementación de la prioridad estratégica 5 impulsaba la acción Intersectorial, la movilización y participación social mediante el “empoderamiento” de los actores sociales en torno al proceso de transformación del sistema de salud, el fortalecimiento del accionar Estado - Sociedad Civil en áreas emergentes, avanzar en el sistema de emergencias y desastres y en el abordaje de las adicciones.

ESCUELA DE GOBIERNO EN SALUD PÚBLICA (EGSP)

Dentro de las modalidades y enfoques de cooperación y gestión de la oficina de país, la ECP 2012-2015 se proponía *“Coordinar, articular y movilizar la cooperación técnica internacional a la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública y la plena implementación de espacios e itinerarios de aprendizaje, y respaldar los esfuerzos de las instituciones nacionales comprometidas con la iniciativa”* fundamentalmente el MSP y la UdelaR.

De igual modo, en la prioridad estratégica de fortalecimiento de los recursos humanos establecía la necesidad de *“Formar y capacitar la masa crítica de agentes de cambio apta para sostener y profundizar el proceso de transformación...”* en sus componentes *“políticos, estratégicos, gerenciales y técnicos mediante la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública”*.

El objetivo general de la EGSP era el de fortalecer la capacidad de los participantes para el análisis, formulación e implementación de políticas, estrategias, planes y proyectos de intervención, contribuyendo así a mejorar la gobernabilidad y el desempeño de los organismos de conducción y rectoría, así como la gestión de los servicios de salud desde una perspectiva de protección social universal, en el marco del SNIS.

El trabajo realizado por la EGSP, en sus dos ediciones en 2013 y 2014, permitió capacitar

agentes de cambio capacitados para diseñar y aplicar alternativas para el cambio y políticas públicas nacionales, generando conocimiento aplicado para el desarrollo y la sostenibilidad del SNIS, a efectos de mejorar la calidad de la gobernanza en salud.

ATENEOS DEL SNIS

En el año 2012 la estrategia de cooperación preveía la generación de foros de discusión sobre temáticas emergentes que requerían de una *“articulación conceptual y también operativa del Estado, la academia y la sociedad civil con la explícita orientación de promover la construcción participativa de políticas públicas enmarcadas por los enfoques de derechos humanos, desarrollo sostenible e igualdad de género”*.

En ese sentido durante los años 2012 al 2015 la OPS en conjunto con la Dirección General del SNIS, se llevó adelante un ciclo de encuentros mensuales de reflexión y debate en torno a los diferentes nudos críticos de la gestión del cambio en los modelos de atención, gestión y financiamiento; y sobre el grado de incorporación al proceso de transformación de diferentes ejes transversales, con énfasis en la superación de desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud, la incorporación de la perspectiva de género en el modelo de atención y la construcción de un sistema de cuidados. Los intercambios, que se repitieron en varios ateneos específicos sobre este último tema, constituyeron una contribución destacada en el diseño y la implementación del Sistema Nacional de Cuidados en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social a partir del año 2015.



Estos encuentros se llevaron adelante en el ámbito de la Facultad de Medicina- Departamento de Medicina Preventiva y Social y contaron con la participación de especialistas en administración y gestión de servicios de salud, sociedades científicas, gremios, representantes de la sociedad civil organizada, equipos gerenciales de gestión del MSP y de los prestadores públicos y privados del SNIS.

PLATAFORMA INTERINSTITUCIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA COBERTURA Y ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD EN URUGUAY

Entre los años 2012 y 2015 se constituyó una *Plataforma Interinstitucional para el Estudio del Acceso y Cobertura Universal de Salud en Uruguay*, integrada por la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP), la UdelaR a través del Instituto de Ciencia Política y el Instituto de Economía en forma articulada con la cooperación técnica de la Representación de OPS/OMS en Uruguay.

En ese marco se realizaron seis estudios para identificar el grado de avance de la implementación del SNIS en sus tres grandes líneas estratégicas de transformación (cambios en los modelos de atención, gestión y financiamiento) y realizar un mapeo exhaustivo respecto de la multiplicidad de actores participantes activos del sector, identificando las posturas de cada uno en los nudos de conflicto existentes.

Su realización posibilitó a las autoridades sanitarias y a otros actores sectoriales contar

con información y análisis consolidados para la toma de opciones de política referidas a los siguientes componentes críticos para el abordaje y la evaluación de los cambios en el sistema de salud:

- » Cobertura poblacional del SNIS, efectos redistributivos y sostenibilidad del financiamiento, análisis del peso relativo del gasto público y privado, gasto de “bolsillo” en general y ante los eventos catastróficos y sus consecuencias sobre la protección financiera para los diferentes estratos socioeconómicos de la sociedad uruguaya.
- » Un relevamiento de la estructura de costos de los servicios que integran el sistema (remuneraciones, pagos a proveedores de diferente tipo: medicamentos y otras tecnologías, gastos administrativos, etc.), determinando las modificaciones necesarias en la estructura de los servicios y los cambios a estimular en la conducta de los actores, para habilitar cambios con efectos en los resultados sanitarios.
- » Análisis del posicionamiento de los diferentes actores del sistema en relación a posibles escenarios de cambio institucional, a los efectos de estimar potenciales orientaciones de la profundización y consolidación, o estancamiento y retroceso del SNIS hacia los objetivos de la Estrategia Regional para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud.

Con el objetivo de potenciar el desarrollo e intercambio científico-técnico de los principales actores del sector salud, se generaron los estudios que se mencionan en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Estudios realizados en el marco de la Plataforma Interinstitucional para el Estudio de la Cobertura y Acceso Universal a la salud en Uruguay

Estudio: “Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA)”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012. [> Enlace](#)

Estudio: “Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012. [> Enlace](#)

Estudio: “Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos”. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECOM-UdelaR). Diciembre de 2013. [> Enlace](#)

Estudio: “Costos compartidos en salud: revisión del marco conceptual y experiencias de las Américas y el Caribe. Tasas moderadoras en Uruguay impacto en el acceso y la protección financiera”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2013. [> Enlace](#)

Estudio: “Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa en la implementación del SNIS: cambio institucional, posibles escenarios y orientaciones de cambio”.

Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Ciencia Política (ICP-UdelaR). Diciembre de 2013. [> Enlace](#)

Estudio: “Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del SNIS”. División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2014. [> Enlace](#)

Los documentos completos de los seis estudios están disponibles en: [> Enlace](#)

Estos estudios y junto a otros artículos e investigaciones en el año 2015 se compilaron en la publicación de OPS/OMS en Uruguay, “Economía, Política y Economía Política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay”³.

Estas publicaciones han sido reconocidas como una contribución relevante en el campo de la salud pública y los procesos de transformación de los sistemas y servicios de salud.

CONVERSATORIOS SOBRE LOS NUDOS CRÍTICOS DEL PROCESO DE REFORMA

Durante el segundo semestre del 2014, en el ámbito de la OPS se realizó un ciclo de Conversatorios con la participación de actores re-

3 - Economía, Política y Economía Política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay [> Enlace](#)

levantantes del MSP y ASSE (Cargos de Dirección y Gerentes) en el que identificaron los nudos críticos, los principales desafíos y limitaciones para avanzar en el proceso de transformación de la salud en el país.

En forma especial se trataron los “cuellos de botella” para la implementación de un modelo de atención alternativo, las dificultades en la regionalización de ASSE y las restricciones que existían para lograr la complementación asistencial entre los prestadores públicos y privados del SNIS.

Las conclusiones de estos intercambios generaron buena parte de la agenda de cooperación acordada entre las autoridades y la Representación de OPS en el período 2015 - 2020 y finalmente quedaron incorporados en la ECP-2017-2021.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE LA ECP 2017- 2021

En este período se definieron las prioridades estratégicas de cooperación técnica (ECP 2017-2021) de la OPS en Uruguay para contribuir al desarrollo de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN-2020), fortaleciendo las capacidades locales y habilitando la participación armonizada, integrada, coherente y sinérgica de la cooperación internacional a fin de contribuir a los desafíos que impone de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Se estableció que se registraban avances significativos hacia la salud universal con transformaciones sustantivas en la organización, financiamiento, gestión y atención a la salud.

Sin embargo, persistían elementos de fragmentación en los servicios, así como algunas barreras de acceso, que ameritaban un mayor desarrollo de una dinámica de redes integradas de servicios de salud (RISS).

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

En lo que respecta a la estrategia de RISS y el fortalecimiento del primer nivel de atención (PNA), la OPS procuró mantener una línea de cooperación técnica para superar la fragmentación del sistema de salud.

Se destaca el diseño de un modelo en múltiples escalas para la territorialización del PNA en sector público del SNIS, la definición de la base territorial y la articulación en redes de las unidades asistenciales de creciente nivel de complejidad en todas las regiones de ASSE.

Se destaca el aspecto innovador de articular la capacidad instalada del principal prestador público con los aspectos de movilidad de las personas en el territorio y la situación de las redes viales de comunicación en el marco del Sistema Urbano Nacional, que se plasmó en la publicación “Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud de ASSE”⁴

El proyecto de trabajo conjunto ASSE con OPS/OMS fue implementado en el año 2019 luego de un Ciclo de Conversatorios sobre aspectos

4 - Ver: [>Enlace](#)



tos su gestión, gobernanza y rol en el SNIS. Fue reformulado en 2020 en el contexto de la pandemia y el cambio de administración, pero mantuvo su propósito de concretar propuestas que reúnan el mayor consenso posible y sean la base del desarrollo del PNA en el quinquenio, en tres líneas fundamentales:

- » Organización de la base territorial de los servicios de atención con asignación de población y territorio a cargo de las unidades asistenciales y equipos de salud, en base a niveles organizativos crecientes (consultorio, policlínica, centro de salud). Ha sido un proceso innovador, articulado con la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT / MVOTMA), definiendo la base territorial de los efectores de salud a partir de los elementos del Sistema Urbano Nacional y los mapas de isócronas para desplazamientos caminando o en vehículo para acceder a los servicios.
- » Definición de conjunto de prestaciones que debe brindar el PNA en cada nivel organizativo y adaptación de las modalidades de acuerdo a diferentes realidades territoriales (entornos urbanos grandes, intermedios, pequeños y rurales).
- » Modelo de gestión y atención de servicios de PNA para avanzar en la Estrategia de APS, con perspectiva de evaluación continua de calidad.

En 2020 este proceso se complementó con la donación de equipamiento para una mejor respuesta de la red de atención del primer nivel, contribuyendo a la oportunidad y calidad de las prestaciones en el contexto de la pandemia. En 2020 se apoyó la resolutivez de la red de policlínicas barriales de la Intendencia de Montevideo, que articula 21 policlínicas con equipos

interdisciplinarios (medicina general, ginecología, pediatría, psicología y otras disciplinas y 3 policlínicas odontológicas). El fortalecimiento del Servicio de Atención a la Salud, ámbito de gobernanza de la provisión de servicios de la IM, ha permitido mejorar los procesos asistenciales, continuidad de la atención y resolutivez, incluyendo aporte de equipamiento (ecógrafo, oxímetros de pulso, Oto oftalmoscopios).

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES (OSN)

En el año 2016 se desarrolló la etapa fundacional en la elaboración de los OSN 2020 que contó desde sus inicios con la importante contribución de la OPS, acercando el marco conceptual y metodológico necesario y los antecedentes de las experiencias de elaboración de objetivos sanitarios a nivel nacional en otros países de la Región y el mundo.

El MSP impulsó un proceso dinámico y participativo con el aporte protagónico de técnicos, académicos y diferentes actores del sistema y los servicios de salud. En base a problemas prioritarios se pudieron establecer objetivos estratégicos, metas a alcanzar, definir áreas de intervención y formular posibles líneas de acción.

Por otra parte, los OSN 2020 estuvieron alineados con la “Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud” que los Estados integrantes de la OPS/OMS suscribieron en 2014. Los alcances de los OSN se presentan en el cuadro 3.

Cuadro 3. Alcances de los OSN 2020 presentados en publicación conjunta de MSP y OPS⁵

- » Están orientados a ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, así como fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.
- » Suponen una respuesta pertinente a la fragmentación de la rectoría en programas verticales, que solo habilitan cambios parciales y focalizados en diferentes parcelas de la realidad. Permiten impulsar conjuntamente líneas de acción sinérgicas desde diferentes ámbitos de la rectoría como oportunidad para implantar una dinámica de intervención compleja y creativa, interdisciplinaria y articulada con la prestación de servicios de salud.
- » La definición de objetivos sanitarios nacionales y los objetivos estratégicos vinculados a los mismos apuntan al fortalecimiento de la rectoría del MSP, armonizando los esfuerzos de sus diferentes áreas y facilitando el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública.
- » Los OSN 2020 pueden officiar como hoja de ruta general, organizando la tarea de todos los actores con una mirada nacional, pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión, ni las particularidades del nivel local y las características de los territorios.
- » Los objetivos a los que convocan los OSN 2020 pueden generar un nuevo impulso sanitario, contribuir a la gobernanza del

SNIS e instalar usinas de ideas y cursos de acción que mejoren la salud de las personas y las comunidades, de modo objetivable y traducible en indicadores.

- » Brindan una oportunidad de articular las políticas en salud con el llamado realizado por los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

En sentido complementario y en orden a disponer de un Plan Nacional de Salud de largo aliento, en el año 2019 se trabajó en conjunto con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) en un documento de prospectiva al 2050 como una mirada interdisciplinaria e intersectorial a la salud de los uruguayos/as en el largo plazo, como contribución a la Estrategia de Desarrollo⁶

En el año 2021 el equipo técnico de OPS/OMS en Uruguay trabajo con la autoridad sanitaria nacional en la elaboración de los OSN 2030. Se entiende que los OSN como herramienta son fundamentales para la planificación nacional y local con objetivos, resultados esperados, indicadores de progreso y metas medibles y una oportunidad inmejorable para habitar espacios de participación social en el que se de respuestas integrales a las expectativas, necesidades y demandas de la comunidad.

6 - Aportes para una Estrategia de Desarrollo 2050.

Lo específico de Salud en páginas. 209 a 217.

[> Enlace y > Enlace](#)

5 - OSN 2020 OPS/OMS - MSP [>Enlace](#)

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)

En el año 2002 hay un antecedente importante en la evaluación de las FESP en el país. Los procesos de reformas de los Estados de la década de los 90 habían dejado relegada a la Salud Pública, entendida ésta como la respuesta organizada de la sociedad para satisfacer sus necesidades en salud. El propósito de esta iniciativa Regional era fortalecer el rol rector de las Autoridades Sanitarias Nacionales.

Por primera vez se definía un mecanismo aplicable a todos los países para evaluar el desempeño en este campo, que se planteaba fortalecer las bases para el desarrollo de las capacidades en la ejecución de las FESP, para el fortalecimiento institucional, para el desarrollo de los recursos humanos y para mejorar la asignación de recursos.

La Dirección General de la Salud (DIGESA) solicitó la cooperación de la Representación de la OPS en Uruguay para organizar un taller con la finalidad de evaluar el desempeño de dichas funciones en el país. Realizado hace 20 años, en mayo del 2002, constituyó un primer paso en la aproximación a un diagnóstico de situación de dichas funciones en el país.

Entre las principales conclusiones se estableció que dentro del rol que le compete al MSP como autoridad sanitaria nacional, se deberían mejorar varios aspectos: la evaluación de la calidad de la información, la capacidad de hacer cumplir su rol normativo y regulatorio, la definición de estándares de calidad, el perfeccionamiento

del laboratorio de salud pública en su función de referencia nacional, la descentralización operativa, la construcción de una red de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, la investigación en salud, el diseño de un modelo holístico de atención médica, entre otros aspectos señalados como deficitarios.

En el año 2022, se han valorado las condiciones para que Uruguay aplique el nuevo modelo para evaluación y fortalecimiento de FESP. También en este plano asistimos a un proceso de abordaje y evaluación de las FESP que incluye distintos componentes de la cooperación técnica de OPS/OMS en Sistemas y Servicios, y pueden ordenarse en las cuatro grandes áreas de definición de políticas públicas: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso.

Cuadro 4. Áreas del nuevo modelo de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Evaluación: orientada a conocer y monitorear la situación de salud y de bienestar de la población, con indicadores y proyecciones que indaguen y analicen las necesidades, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud, la investigación y la gestión del conocimiento en articulación con la academia para tomar decisiones informadas. Vigilancia, control y gestión de riesgos, como los brotes de enfermedades transmisibles, los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, los condicionamientos para la salud sexual y reproductiva y la salud mental, el control de infecciones intrahospitalarias y la salud del ambiente, entre otros.



Desarrollo de políticas: implica la definición de marcos normativos de salud y desarrollo social para mejorar la calidad de vida. Participación y movilización social: la OPS recomienda la inclusión de actores sociales con capacidad y oportunidad para identificar problemas, definir prioridades, negociar propuestas y sostener el control social de manera deliberada y democrática.

Asignación de recursos: contempla los recursos humanos, financieros y las tecnologías de la salud. Los recursos humanos suponen desafíos en dotación, distribución, capacitación, derechos y condiciones de trabajo. Las tecnologías de salud comprenden medicamentos y dispositivos sanitarios para ser empleados en el abordaje del proceso salud-enfermedad; es relevante el rol de la autoridad reguladora para asegurar calidad, acceso, racionalidad y sostenibilidad financiera. Los recursos financieros requieren una asignación que asegure asistencia con calidad homogénea a la vez que fomente la prevención y la promoción de salud, de manera eficiente y equitativa. Tecnologías sanitarias: es necesario consolidar las capacidades regulatorias y de fiscalización de la seguridad, calidad y eficacia de las tecnologías sanitarias

El acceso a la salud: implica la disponibilidad a servicios integrales y de calidad que tiene la población, así como las intervenciones multisectoriales que se hagan sobre aspectos contextuales de la salud, de modo que las personas vivan en entornos saludables que les permitan alcanzar una buena calidad de vida y para ello es fundamental el abordaje de los determinantes sociales. Abordaje de los determinantes sociales:

comprende un conjunto de iniciativas intersectoriales para abordar factores socioeconómicos estructurales y culturales que afectan la salud. La intersectorialidad es necesaria para un abordaje sinérgico de los factores que no están bajo el control directo del sector salud, como la educación, la violencia y discriminación, vivienda, agua potable, alimentación de calidad, regulación del trabajo y disposiciones para evitar los siniestros laborales y de tránsito.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En este campo, Uruguay tiene fortalezas y desafíos, evidenciados en un diagnóstico de situación realizado desde División de Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud (DEMPE-SA/JUNASA/MSP).

Desde este organismo el Ministerio de Salud participa de una rectoría compleja interinstitucional, compartida con el Ministerio de Trabajo, la Universidad de la República y el Ministerio de Economía. Las publicaciones recientes ilustran en la materia ⁷⁸

7 - A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria.

Anexo 2: Documento de trabajo para el taller 1 sobre Recursos Humanos en Salud. [>Enlace](#)

8 - Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Capítulo 9. Las políticas de personal de salud en la última década. [>Enlace](#)

En el año 2018 se realizó en Montevideo la “*Reunión de Intercambio de Experiencias de los Observatorios de Recursos Humanos de Salud de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay*”, organizada por la OPS/OMS, con el apoyo del MSP. Se buscaba propiciar el intercambio de experiencias sobre los Observatorios de Recursos Humanos de Salud de los países, así como proponer líneas de acción conjunta, en el marco de la Estrategia de Recursos Humanos de la Salud y su Plan de Acción.

Los representantes de los países presentaron las trayectorias de los distintos Observatorios, sus estructuras y los desafíos que enfrentan en el marco de la discusión de las políticas de recursos humanos y su monitoreo. Destacaron la vigencia de los problemas y la importancia de acompañar desde el Observatorio a los decisores con información de calidad, oportuna y accesible y con propuestas para la acción.

A partir del año 2021 se vienen desarrollando dos líneas de cooperación en relación a la política de recursos humanos, la que está identificada como uno de los grandes desafíos para la rectoría y gobernanza del SNIS.

1 - Seguimiento del Plan de Acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 (Resolución CD56/10).

El país ha desarrollado trabajos sobre las brechas de RHS con foco en especialidades médicas y su distribución en el territorio. El camino recorrido en el desarrollo de sistemas de información permite a la DEMPESA / JUNASA / MSP generar conocimiento sobre la fuerza de trabajo del SNIS y detectar inequidades en la distribución de especialistas y orientar en con-

secuencia las decisiones sobre cantidad y asignación de cupos de nuevas residencias. En este momento, el MSP ha contado con el apoyo de OPS para avanzar en el desarrollo de un modelo de planificación de especialistas que se adecue a las necesidades del sistema de salud del país y oriente la formación a través de las residencias.

2 - Propuesta de fortalecimiento de la enfermería nacional. El personal de Enfermería en Uruguay asciende 34.463 personas, de las cuales 6.731 son Licenciado/as y 27.732 Auxiliares⁹, generando una relación Licenciados /Auxiliares: 1:4,3. Pero más preocupante es la relación con los médicos (16.000, con 5.05 médicos por cada mil habitantes) que casi es de una Licenciada de Enfermería cada 3 médicos. La última sistematización es del año 2015/10. En este contexto se ha apoyado un Plan Nacional de Profesionalización de auxiliares de enfermería, para aumentar la dotación de licencias, sujeto a decisión de implementación por las autoridades.

Asimismo, se impulsa el Diálogo político de Enfermería, en consonancia con los lineamientos de OPS/OMS a partir de la evidencia generada por Informe sobre la Situación de la Enfermería Mundial 2020, liderado por Comisión Nacional de Enfermería (CONAE)¹¹. Su objetivo ha sido

9 - En Uruguay existen dos niveles de ejercicio de la Enfermería: el profesional, ejercido por las Licenciadas en enfermería que tienen una formación universitaria de 4,5 años, y el auxiliar, ejercido por las Auxiliares de enfermería, cuya formación es de 1,5 años en escuelas de enfermería habilitadas no universitarias. (Ley N°18815 de Ejercicio de la Enfermería).

10 - Enfermería en el Uruguay-2015. > [Enlace](#)

11 - Ver: > [Enlace](#)

promover una discusión amplia, con actores del área de salud, enfermería, educación, trabajo, política y otros relacionados. Asimismo, con base en los informes y documentos generados, así como el consenso de las discusiones, incidirá para promover el cambio necesario de las políticas referentes a la Enfermería.¹²

CUENTAS NACIONALES EN SALUD (CNS)

Las cuentas nacionales de salud (CNS) consisten en un monitoreo sistemático, integral y consistente del flujo de recursos en el sistema de salud de un país. Suministran información al proceso de las políticas de salud, incluyendo el diseño y la instrumentación de políticas, el diálogo político, y el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención de la salud. Buscan ayudar a los formuladores de políticas, los actores estratégicos no gubernamentales y los administradores a tomar mejores decisiones en sus esfuerzos por mejorar el desempeño del sistema de salud.

En los últimos 10 años en Uruguay se impulsó un proceso de fortalecimiento e institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud.

Con los principales referentes técnicos del área de Economía y Financiación de la OPS/OMS en el año 2018 se organizó una misión para participar en un Taller sobre Cuentas en Salud y ase-

sorar al Equipo de Cuentas del MSP.

Los temas enfatizados fueron los criterios contables en los distintos registros utilizados y el tratamiento de los impuestos, temas de superávit/déficit e inter-temporalidad, y los supuestos y criterios de estimación generales para evitar la duplicación del gasto.

El foco de la cooperación fue acordar criterios para la estimación del gasto de bolsillo para los años en los que no se cuenta con encuestas de gasto de los hogares. Para ello, se comenzó con la presentación de la metodología de estimación utilizada para la serie 2000-2015 (reportada a la OMS para la GHED).

Esta estimación, fruto de un trabajo de consultoría brindado por la OPS, es la utilizada en la elaboración de las Cuentas actualmente. Se basa en la proyección de los valores de gasto de bolsillo estimados de la Encuesta de Gastos e Ingresos del año 2005-2006 utilizando: índices de precios de los productos/servicios de salud e índices de volumen físico como proxis para actualizar las cantidades consumidas.

En 2019 se realizó un taller de actualización con el equipo de la OPS en WDC y de OMS, para incorporar el análisis del gasto por funciones.

Más recientemente el trabajo de cooperación en el tema abarcará el análisis de los años 2020 y 2021 que requiere adecuaciones por el contexto de la pandemia. Se ha mantenido una línea de cooperación con el Equipo de cuentas de salud del MSP.

12 - Ver: [> Enlace](#)



ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables tiene antecedentes variados en Uruguay desde 1997 con experiencias destacables como la del Municipio A de Montevideo con una larga trayectoria de organización social.

En cumplimiento de la Prioridad Estratégica 5 de la ECP 2017-2021 que proponía el fomento de la acción intersectorial, la movilización y participación social con el desarrollo de políticas de salud incluyendo la respuesta a situaciones de desastre y emergencias mediante la articulación Estado-sociedad civil se estableció una línea de CT a la Red de Municipios y Comunidades Saludables (Red de MCS)¹³

En el marco de la pandemia se realizó el apoyo técnico a la Red de MCS, con participación en talleres y cursos. Se realizó CT para sistematizar diferentes experiencias surgidas en territorio como respuesta comunitaria a los desafíos de COVID-19. Se elaboran videos y una publicación para colectivizar las experiencias, impulsar buenas prácticas y aprendizajes entre las comunidades.

A comienzos de 2020 se produjeron intercambios para fortalecer una Red de Municipios y Comunidades Saludables entre varios municipios e intendencias, organizaciones sociales y

distintas áreas de la Universidad de la República.

La emergencia sanitaria impidió su funcionamiento presencial, pero se logró realizar una intensa actividad durante 2020 y 2021, creando redes e instancias participativas de formación/acción a nivel comunitario.

Desde un punto de vista ético, teórico y práctico, se abordó la salud con una visión integral y las comunidades como actores fundamentales. Entre esas actividades cabe destacar tres Ciclos de Talleres Abiertos y participativos que pueden encontrarse en el canal de YouTube.

13 - [>Enlace](#)

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Económica Para América Latina (2019):

Estrategia Nacional de Desarrollo, Uruguay 2050.

Disponible en: [> Enlace](#)

Ministerio de Salud Pública (2016):

Objetivos Sanitarios Nacionales 2020:

hacia donde irá la salud del país.

Disponible en: [> Enlace](#)

Ministerio de Salud Pública (2018):

Buenas Prácticas en capacidad resolutiva en el Primer Nivel de Atención de Uruguay.

Disponible en: [> Enlace](#)

Ministerio de Salud Pública (2018):

A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio.

Disponible en: [> Enlace](#)

Ministerio de Salud Pública (2019):

Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Disponible en: [> Enlace](#)

Organización Panamericana de la Salud (2011):

Atención Primaria Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas.

Disponible en: [> Enlace](#)

Organización Panamericana de la Salud (2015):

Enfermería en Uruguay 2015.

Disponible en: [> Enlace](#)

Organización Panamericana de la Salud (2019):

Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud en ASSE.

Disponible en: [> Enlace](#)

Organización Panamericana de la Salud (2019):

Red de Municipios y Comunidades Saludables.

Disponible en: [> Enlace](#)

Universidad de la República - Organización Panamericana de la Salud (2015):

Economía, Política y Economía Política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay.

Disponible en: [> Enlace](#)



ORGANISMO DE SALUD PÚBLICA
INTERNACIONAL MÁS ANTIGUO DEL MUNDO



@opsomsuruguay



@ops.oms.uruguay

paho.org/es/uruguay
