

SITUACION GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

(En base a informes de OPS/OMS Y UNICEF)

Resumen

1. La salud de la población

"Las condiciones de salud en Uruguay, teniendo en cuenta los indicadores de morbilidad y mortalidad que se analizan en este documento, nos permite identificar que el país presenta una equidad con respecto a los niveles de salud cuando se comparan los distintos Departamentos, incluyendo Montevideo".

La tendencia de la mortalidad proporcional por edad y sexo muestra una disminución en los menores de 5 años, en los de 45 a 64 y en los de 65 y más. Lo anterior ha conducido a un crecimiento de la población de 65 y más años, especialmente en las mujeres.

La tasa de mortalidad infantil en 1996 para todo el país fue del 17,5 por mil nacidos vivos y para 1997 los datos provisorios dan una tasa de mortalidad infantil de 16,5 por mil nacidos vivos.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar del total de las muertes en 1996 con el 38,5% de las defunciones por causas definidas; el 98% de las mismas se registraron en personas de 45 y más años. Dentro de las cardiovasculares, las isquémicas y las cerebrovasculares, en ese orden, son las más importantes. Las dos causas han visto disminuir sus tasas aunque el descenso más importante se ha dado en las isquémicas (y dentro de estas el infarto es la más importante y la que más bajo).

Los tumores malignos ocupan el segundo lugar del total de las muertes en 1996 con el 24,8% de las defunciones por causas definidas;

el 95% de las mismas se registraron en personas de 45 y más años. A diferencia de las cardiovasculares la tendencia de la mortalidad, medida por la tasa en la población de 45 y más años, es a la baja en las mujeres y al aumento en los hombres. Entre 1960-64 y 1995 ha habido cambios en la causa principal, en ambos sexos; mientras que en 1960-64 el principal subgrupo de tumores era el subgrupo de estómago/colon/recto en ambos sexos, para 1995 el principal en los hombres son los tumores del pulmón, mientras que en las mujeres se mantienen los del estómago/colon/recto en primer lugar, seguido muy de cerca por el cáncer de mama. Se observa en los tumores del pulmón un diferencial entre sexos muy grande: la tasa correspondiente a las mujeres es la décima parte de la de los hombres.

Las muertes por Accidentes y Violencias (Causa Externa: accidentes, homicidios, suicidios) constituyeron, en 1996, la tercera causa del total de defunciones en el país (6.9% del total). De la misma manera que para otras causas el comportamiento es diferencial por sexo. Estas causas de muertes vienen en aumento en las últimas décadas en ambos sexos.

Los trastornos mentales son el grupo causal que ha aumentado más su volumen de defunciones en los últimos 10 años. Su número ya supera a la diabetes y es del mismo orden que los accidentes de vehículos de motor y suicidios sumados.

La mortalidad por tuberculosis que venía descendiendo desde los años 60, en los 90 ha visto estancado su comportamiento. La diabetes sigue siendo una de las principales enfermedades en el país, con el 2,2% del total de defunciones definidas, estimándose que la cifra de diabéticos conocidos en el Uruguay es de poco menos del 10% en la población de 19 años y más.

Se destaca la tendencia a la igualdad en los niveles de mortalidad de Montevideo y el Interior del país; en los últimos años el nivel tendió a homogeneizarse y hay poca diferencia entre ambos lugares, tanto sea por edad como por causa.

Desde hace varios años no se presentan casos de varias enfermedades infecciosas y parasitarias, como rabia humana, poliomielitis, difteria, tétanos neonatal y cólera, que no entró al país durante la



reciente epidemia. En las enfermedades transmisibles se destacan la gran disminución de las diarreas y de los casos y las muertes por enfermedades inmunoprevenibles. Las vacunas del PAI se han ampliado incluyendo la obligatoriedad de la Hib (hemofilus) y las antimeningococicas, que han permitido la reducción de la incidencia y letalidad de la meningitis. El bajo peso al nacer se mantiene en un valor poco menor al 8%.

En cuanto al SIDA se ha enlentecido la tasa de crecimiento que venía observándose, con una tasa anual de 50 casos por millón. En el país no existen casos de malaria, dengue, peste, esquistosomiasis o fiebre amarilla. El *Aedes aegypti* fue erradicado del Uruguay en el año 1958 tras una intensa campaña nacional, pero entre febrero y marzo de 1997, se encontraron larvas del *Aedes aegypti*. El país fue declarado libre de fiebre aftosa con vacunación en marzo de 1993. Con respecto a la enfermedad de Chagas, en setiembre de 1997, una misión internacional evaluó las actividades del Programa de Control y certificó que la transmisión vectorial o natural de la enfermedad fue interrumpida.

La desnutrición ha disminuido en los últimos años en los niños. En el Uruguay se registra un consumo muy elevado de grasas y también un consumo excesivo de grasas saturadas; no hay un hábito adecuado de consumo de frutas y hortalizas y el consumo de fibra está muy por debajo de lo recomendado.

El consumo de vitamina C y calcio es adecuado a las recomendaciones nutricionales; el hierro presenta un consumo un poco menor al recomendado. El bocio endémico está controlado y no existe carencia de vitamina A.

La prevalencia del tabaquismo en el Uruguay Urbano era en 1994 del 22% en la población de más de 15 años (razón masculino/femenino de 2,2).

Es mayor la percepción de enfermedad en Montevideo que en el Interior, en los dos sexos, y también mayor la percepción de enfermedad en las mujeres que en los hombres.

2. Servicios y cobertura

Existe una gran accesibilidad de la población a los servicios de salud. Casi el 100% de los partos son atendidos en instituciones y más del 90% de las

embarazadas, tiene control prenatal.

Las coberturas de los hogares y viviendas con servicios higiénicos y agua por cañería, han mostrado un claro aumento, a todos los niveles en el país, en los últimos 20 años. En 1996 el porcentaje de viviendas con abastecimiento de agua por cañería alcanza el 92% (98% en Montevideo y 87% en el Interior) y el porcentaje de hogares particulares con servicios higiénicos alcanza el 93% (94% en Montevideo y 93% en el Interior).

Las mutualistas cubren el 47% de la población del país (60% en Montevideo y 37% en el Interior) y mantienen una oferta estable con respecto a las consultas y egresos en su población derechohabiente. En los últimos años se destaca el gran aumento de las consultas en el MSP, tanto en Montevideo como en el Interior, en las IAMC el crecimiento ha sido muy escaso. En los egresos hubo aumento en ambas instituciones y en los dos lugares. El PDE (promedio días de estadía) es bastante mayor en el MSP, que en las IAMC.

Los indicadores de utilización de la consulta y hospitalización para el país y según el sector público e IAMC, arrojan que la gran diferencia entre los dos sectores se establece en términos de la mayor duración de la internación hospitalaria en el sector público. Se atenúa esa diferencia para las consultas per cápita.

En 1996 existía un médico por 268 habitantes, un odontólogo por 817 habitantes y una enfermera profesional por 1.389 habitantes. Existe una carencia importante de enfermería profesional; concentración de los recursos en Montevideo: el 77%, residían en la capital, mientras que para los odontólogos el porcentaje es del 75%. Los médicos siguen egresando en una cantidad mayor a los 400 por año y las enfermeras profesionales en una cantidad mucho menor. El recurso humano preponderante en la atención a las personas sigue siendo el médico (5 por cada enfermera), siendo uno de los países del mundo con más médicos por habitante.

Para 1995, la estimación del gasto era de US\$ 1.800 millones, que representaba el 10% del PBI y creciendo; el gasto en salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones de la sociedad uruguaya. Dicho gasto se reparte, según el origen del financiamiento, de la siguiente manera: pre-pago voluntario de cuotas (42,08%), compra de bienes y servicios (25,44%), e impuestos (23,19%).

La cobertura formal del sector público es del 41%, en las mutualistas es del 47%, y un 12% sin cobertura formal. La población media afiliada a las IAMC era un poco superior al millón y medio de personas, en 1996.

En lo que se refiere a la disponibilidad de camas por habitantes, en 1996 era de 245 habitantes por cama; si se excluyen las camas de crónicos la relación sube a 321 habitantes por cama. Para 1996 el 71% de las camas eran del sector público y el 29% privadas. Existe una gran diferencia entre la capacidad instalada en Montevideo y en el Interior, ya que mientras la relación por habitantes en 1996, es en Montevideo, de 164 hab. por cama, en el Interior es 386, más del doble. La infraestructura física, tanto en el subsector privado como público, no ha tenido variaciones importantes en las últimas décadas. La expansión del sistema de atención médica en Uruguay se ha dado por el lado de la aparición de nuevas tecnologías no disponibles hace 20 años, básicamente de diagnóstico, en diversas presentaciones de oferta de atención médica que no implican la cama como elemento básico (Emergencias o Unidades Coronarias Móviles, Centros de Tratamiento Ambulatorio, etc.).

El Fondo Nacional de Recursos es un seguro nacional de salud para enfermedades o procedimientos de alta tecnología y costo. Se financia con recursos provenientes de una sobrecuota de todos los afiliados a las IAMC y por el pago por acto médico, realizado en un paciente del sector público por parte de Rentas Generales. Es un fondo estrictamente financiero. Permite a la totalidad de la población del país acceder a cualquiera de estas tecnologías.

La provisión de medicamentos en el país, es adecuada, no existiendo inconveniente ni en el sector privado ni en el público. El acceso a los medicamentos es aceptable, tanto a nivel público, ya que se brindan sin costo alguno para los que cuentan con carné de asistencia, como para los cubiertos por el subsector privado, en donde se paga un ticket moderador por la atención ambulatoria. El Uruguay, brinda para la población sin recursos, el triple plan para VIH y SIDA desde 1996.

I. Situación de salud de la población

Antecedentes y panorama general

Desde los tiempos de la colonia, los núcleos de población -de origen europeo predominantemente- que se desarrollaron en el territorio uruguayo mantuvieron frecuentes contactos y tuvieron a su disposición una amplia oferta alimentaria, rica en proteínas animales. Los anofelinos existentes no desarrollaron antropofilia. El Aedes llegó a estas tierras y la fiebre amarilla impactó la estructura de la mortalidad en 1857 y en 1872. El cólera llegó al Uruguay durante la quinta pandemia, en 1867-68. Sin embargo, la mortalidad a mediados del siglo XIX era en estas tierras, análoga a la de muchos países europeos, y su descenso, en la segunda mitad de ese siglo, tuvo una velocidad parecida, y causas similares: mejoramiento de la higiene pública y privada y de la educación masiva, procedimientos de salud pública como la vacunación antivariólica y mejoramiento progresivo y continuo de la situación económica y social.

A fines del siglo pasado, alrededor del 40% de las defunciones correspondían a menores de cinco años y alrededor de 25% a menores de un año. Casi 40% de las muertes obedecían a enfermedades infecciosas, en tanto que las enfermedades cardiovasculares (incluidas las cerebrovasculares) originaban menos del 10% y los tumores malignos, menos del 5%. Desde 1915, la proporción de muertes por causas infecciosas declinó constante y velozmente hasta reducirse a un 5% en 1965 y continuar luego descendiendo lentamente. Los fallecimientos de menores de 5 años representaron porcentajes cada vez menores, hasta el 3,5/4% actual. La proporción representada por las enfermedades cardiovasculares había aumentado al 20% alrededor de 1945 y es en los últimos años de alrededor de 40, la de tumores malignos subió a 10% en 1935, 15% en 1945 y es algo más del 20% en la actualidad. Desde 1975 la estructura por causas parece haberse estabilizado.

La tendencia de la mortalidad proporcional por

edad y sexo (1980, 1987, 1996) muestra un comportamiento hacia una disminución en los grupos infantiles menores de 5 años (bajan casi a la mitad su porcentaje de 7,6% a 3,9%) y en el de 45 a 64; en el grupo de 5 a 44 se observa una pequeña caída (aunque el comportamiento es diferente según el sexo) y un claro aumento en los de 65 y más. La tendencia es más clara en las mujeres que en los hombres. Como ejemplo del comportamiento diferencial de las mujeres que de los hombres y que conduce a un mayor aumento en la EVN al nacer ya comentada en el capítulo sobre aspectos demográficos, baste decir que en las mujeres el 29% de las muertes es de mujeres de 85 y más años, mientras que en los hombres ese porcentaje baja al 13%, siendo el 20% para ambos sexos.

quizás, uno de los motivos que hace perder la perspectiva de lo que está ocurriendo actualmente, ya que los cambios son lentos cuando se tiene un nivel alto y los esfuerzos pierden en comparación por el hecho de que las ganancias son menores que en otras realidades.

Lo anterior no significa que los desafíos estén ausentes: Uruguay tenía hasta los años 50 y 60 de las más bajas tasas de mortalidad infantil en la Región de las Américas, con valores más bajos sólo en Canadá y EE.UU. y hoy existen además otros países que tienen niveles más bajos. El país está haciendo grandes esfuerzos en este campo en los últimos 15 años y eso se aprecia en cuanto al descenso del valor de la mortalidad infantil;

Cuadro 1: Mortalidad proporcional por sexo y edad 1/

	1980			1987			1996		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
< 5	7.6	7.7	7.5	5.1	5.2	4.8	3.9	4.2	3.4
5-44	7.0	8.0	5.9	6.3	7.3	5.2	6.6	8.0	4.9
45-64	22.2	26.7	16.5	20.7	25.3	15.3	18.5	22.7	13.5
65 y +	63.2	57.6	70.1	67.9	62.2	74.7	71.0	65.1	78.2

En Uruguay desde hace varios años no se presentan casos de varias enfermedades infecciosas y parasitarias, como rabia humana, poliomielitis, difteria, tétanos neonatal; el cólera no entró al país durante la reciente epidemia, siendo junto con Canadá, los únicos países continentales de la Región de las Américas en los que no hubo ningún caso de cólera.

Existe una gran accesibilidad de la población a los servicios de salud, explicada por la historia de la salud pública en el país; ya en el siglo pasado, en 1829, se había declarado obligatoria la vacunación contra la viruela y las primeras mutualistas se crearon en la segunda mitad de ese siglo. No es de extrañar entonces que para principios de este siglo el país tuviera uno de los niveles más altos de salud en el mundo, ya que tenía de las más altas esperanzas de vida al nacer y de las más bajas mortalidades infantiles. Este nivel alto siguió con vaivenes en la primera mitad de este siglo y es

esa baja ha ocurrido básicamente en la población con cobertura del sector público.

Con respecto a la esperanza de vida al nacer, Uruguay todavía no pudo llegar a la situación de privilegio de una población con EVN (ambos sexos) de 75 o más años, aunque las mujeres sí pasan ese nivel con 77.4 años en 1995. En este punto si se presenta un gran desafío, ya que de acuerdo a la estimación más reciente, 1995, la brecha entre mujeres y hombres sigue aumentando y es de poco más de 8 años. Los hombres tienen tasas más altas en enfermedades crónicas (en especial las cardiovasculares y tumores), así como también en accidentes, homicidios y suicidios, que explican esa menor esperanza de vida al nacer. Gran parte de esa diferencia se origina en los distintos hábitos y estilos de vida en ambos sexos, muchos de ellos solo modificables y/o prevenibles en la niñez y adolescencia: tabaquismo, alcoholismo, dieta cargada a las grasas y escasa en fibras,

sedentarismo, menor autocuidado, sexualidad, entre otros.

Dada la naturaleza compleja de estos problemas, el país sí tiene un gran desafío en este campo, en especial la promoción de la salud, multidisciplinaria, multisectorial y con gran participación de los grupos involucrados, pero sin perder de vista que ésta es una política poblacional y no dirigida exclusivamente a los individuos.

Un elemento a destacar es la tendencia a la igualdad de los niveles de salud de Montevideo y el Interior del país. En los últimos años el nivel tendió a homogeneizarse y hay poca diferencia entre ambos lugares; la esperanza de vida al nacer podría ser un poco mayor hoy en el Interior que en Montevideo.

Mientras que la tendencia a la disminución de la mortalidad continua en los menores de 15 y en los de 45 y más años, en los últimos años hay un estancamiento o leve deterioro en la situación de mortalidad de la población de 15 a 44 años, tanto para los hombres como para las mujeres. Dada la baja mortalidad de este grupo de edad, un fenómeno como el SIDA, que no existía hace 15 años, y el aumento de la mortalidad por accidentes de tránsito, están incidiendo. Estas últimas, defunciones por accidentes de tránsito, han aumentado claramente en los últimos años y están estrechamente asociadas al gran aumento del parque automotor, ya que la razón entre defunciones y parque automotor ha cambiado muy poco en los últimos 30 años: 80 defunciones por 100.000 vehículos.

En las enfermedades transmisibles se destacan la gran disminución de las diarreas, especialmente la mortalidad en los primeros años de vida, habiendo jugado un papel muy importante en esto la introducción de las sales de rehidratación oral y la disminución tanto sea de los casos, como de las muertes por enfermedades inmunoprevenibles. Las vacunas del PAI se han ampliado incluyendo la obligatoriedad de la Hib (hemofilus) y las antimeningococicas, que han permitido la reducción de

la incidencia y letalidad de la meningitis. El sarampión sigue a la baja después del pico epidémico de 1991 y manteniendo los altos niveles de inmunización y vigilancia se espera eliminar dicha enfermedad. Se ha estado alerta en la lucha contra el Aedes y la vigilancia del síndrome pulmonar por hantavirus. En cuanto al SIDA si bien se ha enlentecido la tasa de crecimiento que venía observándose, tiene una tasa anual de 50 casos por millón, de las más bajas de los países con buenos registros epidemiológicos de las Américas.

Un hecho demográfico de consecuencias notorias, tanto sea en el perfil de morbimortalidad como de demandas a los servicios, es el continuo crecimiento de la población de 65 y más años, especialmente en las mujeres. Las mujeres de 65 y más representan en Montevideo el 17% de la población de mujeres en 1996, valor comparable y a veces superior al de países desarrollados. Este envejecimiento de la población, hace mucho tiempo presente en el país, plantea grandes desafíos en todos los campos del bienestar, en especial de salud, por lo que significa la atención de los problemas crónicos de enfermedad, muchos de ellos largos en el tiempo y también costosos para la sociedad.

Siendo Uruguay un país de relativa baja fecundidad y natalidad, un fenómeno interesante está ocurriendo en la década de los 90: el aumento del número de nacimientos y de la tasa global de fecundidad, con un continuo aumento en la importancia de las madres adolescentes (menores de 20 años) y también de la tasa de fecundidad en las mismas. (No obstante, si se comparan las tasas del Censo de 1985 y las del de 1996, las últimas son menores que las primeras).

Casi el 100% de los partos son atendidos en instituciones. La mortalidad materna sigue con un valor medio bajo; el bajo peso al nacer se mantiene con un valor de poco menos del 8%. La cesárea aumentó en los últimos 10 años, aunque los datos para 1996 (por la disminución en las mutualistas), habría bajado de un valor de 23,9% en 1993 a un 23,1% en 1996, con respecto

al total de nacimientos en el país; el valor para 1986 era de 16,2%. En el embarazo la cobertura es menor que en el parto ya que casi un 8% de las embarazadas no tiene ningún control prenatal y al considerar la captación precoz o sea en el primer trimestre, sólo la tercera parte de las embarazadas lo recibe en ese período.

La desnutrición, medida por peso/talla, talla/edad y peso edad, ha mejorado en los últimos años en los niños; concuerdan estos datos con los provenientes de los estudios que miden la pobreza e indigencia, que han mostrado también una mejoría. Otro condicionante del nivel de salud de una población, como lo son la cobertura de los hogares y viviendas con servicios higiénicos y agua por cañería, han mostrado un claro aumento, a todos los niveles, en el país, en los últimos 20 años.

Las mutualistas, cuya afiliación media se ha mantenido estable en los últimos años (1.502.000 en 1996 y 1.472.000 en 1988), cubren en 1996 el 47% de la población del país (60% en Montevideo y 37% en el Interior), y mantienen una oferta estable con respecto a las consultas y egresos en su población derecho habiente. En los servicios del MSP se ha dado un gran número de consultas en todos los departamentos del país y especialmente en los del Interior.

El perfil de morbimortalidad del país cambió poco en los últimos 20 años, pero la oferta diagnóstica aumentó en forma explosiva. Expresión de los cambios tecnológicos en la oferta ha sido la creación del Fondo Nacional de Recursos. Es un elemento innovador en la atención médica, con una característica de solidaridad, ya que cubre a todos los sectores de la población con servicios de alta complejidad y costo elevado. Desde su creación en 1980 financió procedimientos de medicina altamente especializada, que han beneficiado a un total de 110 mil personas, habiendo atendido en 1996 a 15 mil personas.

En lo que hace a los recursos humanos, Uru-

guay sigue su viejo esquema de medicalización, en la cual el recurso humano preponderante en la atención a las personas sigue siendo el médico (5 por cada enfermera). La relación médicos por habitante aumenta año a año. Uruguay tiene una composición de personal de salud tipo “reloj de arena”: mucho profesional arriba, se angosta en el medio con poco personal técnico y auxiliar y se ensancha de nuevo abajo, con personal administrativo y de servicios. Por el lado de la fuerza de trabajo en salud, la cantidad de personas que trabajan en el sector, convierte a éste en uno de los principales ocupadores de mano de obra en el país.

El gasto en salud ha crecido aceleradamente. Para 1995 la estimación del gasto era de U\$S 1.800 millones, que representaba el 10% del PBI. De la misma manera que en países desarrollados el gasto en salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones de la sociedad uruguaya.

Los principales problemas de salud

a) Por grupos de edad.

i) Tendencias generales de la mortalidad por edad y sexo

En el siguiente cuadro 2 aparecen las tasas específicas de mortalidad, según edad y por sexo, para el período 1963/64 a 1995.

Más allá de los comentarios específicos que se harán cuando se analice cada grupo de edad, se observan algunos elementos a destacar en esta visión global de las mortalidades específicas según sexo: a) una clara disminución en ambos sexos hasta los 5 años y en menor grado de los 5 a los 14 años; b) una leve disminución a largo plazo en los grupos de edad de 15 a 44, con estancamiento o pequeño deterioro en los últimos 10 años, en ambos sexos, y c) franca caída de las tasas a partir de los 45 años, especialmente en las mujeres en todo el período de análisis.

**Cuadro 2. Tasas específicas de mortalidad, según edad y por sexo (por 100.000 hab.)
Uruguay 1963/64 a 1995 ^{2/}**

Edad	Hombres			Mujeres		
	1995	1984-86	1963-64	1995	1984-86	1963-64
Men. 1	2268	3171	5060	1638	4129	4169
5-14	76	90	143	54	149	132
15-24	39	44	52	21	35	39
25-34	121	105	135	48	66	77
35-44	171	143	194	86	101	126
45-54	275	297	372	195	211	231
55-64	755	847	900	373	449	497
65-74	1947	1993	2118	793	1062	1143
75 y +	4320	4564	4869	1992	2699	2928
	12088	12258	12828	8852	10230	10657

ii) La salud materno infantil y reproductiva

En 1996 ocurrieron 58.862 nacimientos en todo el país, de los cuales el 0,5% en el domicilio, el 48% en el sector público (MSP, Clínicas, Militar Policial) y el 51,5% en el sector privado. Para 1997 el resultado preliminar de nacimientos es de 58.032. (Ver capítulo I “Aspectos Demográficos”).

La tasa de mortalidad infantil en 1996 para todo el país fue del 17,5 por mil nacidos vivos (neonatal 9,6 por mil y postnatal, 7,9 por mil). La tasa de mortalidad perinatal fue de 17,4 por mil nacidos vivos, de los cuales

10,7 fetal tardía y 6,7 neonatal precoz. Para 1997 los datos provisorios dan una tasa de mortalidad infantil de 16,5 por mil nacidos vivos.

Debe señalarse el descenso que viene mostrando la mortalidad infantil en los últimos años: en 1995 era del 19,6 por mil, mientras que para el período 1990-94 era de 20,0, y para 1980-84 de 33,5. O sea que de comienzos de los 80 a 1997 la mortalidad infantil se redujo en un 50 por ciento. Las principales tendencias de las tasas por causas de muerte en este grupo etario, y por sexo se presentan en el cuadro siguiente para el período 1960-1996.

Cuadro 3. Tendencias de la mortalidad infantil 1960-1996 ^{3/}

Tasa Mort. Inf.	1996	1980-84	1960-64
Total	17,5	33,5	47,9
Hombres	20,8	36,9	52,3
Mujeres	14,1	30,0	43,3
Neonatal	9,6	20,2	21,9
Post Neonatal	7,9	13,3	26,0
Por. Enf. transmisibles	2,6	6,8	12,6
-por diarrea	0,5	2,9	4,6
-por IRA	1,6	2,1	5,2
Por An. Congénitas	3,7	4,7	3,1
Por Af. Per. Perinatal	7,8	17,2	28,3
Por Acc. y Violencias	1,3	1,0	0,3

Es posible deducir algunas conclusiones interesantes a partir de los datos anteriores. En primer lugar la reducción y la velocidad de la misma han sido más rápidas en los últimos años, de 1980-84 a 1996, que en el período previo de 20 años; por lo general el comportamiento es al revés, ya que a valores más altos, más posibilidades de reducción. En segundo lugar, en el primer período primó la ganancia derivada de la caída de la mortalidad postneonatal, mientras que en el segundo fue la caída de la neonatal; esto es compatible con la gran caída de la mortalidad originada por afecciones del período perinatal, que con sus 20,5 puntos de disminución en todo el período representa casi el 70% de la caída de la mortalidad infantil. La otra gran caída fue en las enfermedades transmisibles, que bajo de 12,6 defunciones por mil nacidos a una tasa de mortalidad específica de 2,6 por mil; esto es 10 puntos de disminución. O sea que la reducción de la mortalidad infantil se explica totalmente por la reducción en esos 2 grupos causales: transmisibles y afecciones originadas en el período perinatal. Si analizamos más específicamente la reducción en las transmisibles encontramos que casi el 80% de dicha reducción fue por la disminución en las diarreas y las infecciones respiratorias agudas. Por último las congénitas se mantienen en un 3-4 por mil y como fenómeno que ameritaría algún estudio, por lo irregular del mismo, se observa un aumento tanto sea en la cantidad como en la tasa de las defunciones de menores de 1 año debido a causa externa (mayoritariamente Otros Accidentes y Efectos Tardíos), que hacen pasar la tasa de 0,3 por mil en 1960-64 a 1,3 en 1996.

La tasa de mortalidad infantil pone en evidencia ciertas diferencias entre los sub-sectores público y privado. En 1981, su valor nacional fue de 33,4 por 1.000 nacidos vivos, con valores de 50,7 para los usuarios del Ministerio de Salud Pública y H. de Clínicas y de 13,4 para los de servicios privados. Sin embargo, la tendencia en los años siguientes fue descendente entre los usuarios del sector público y estacionaría en los servicios privados: para los primeros, la tasa pasó de

44,4 en 1984 a 24,1 en 1991, mientras que su valor subió un poco, 13,7, para las IAMC. Entre 1991 y 1996 la tasa bajó en ambos: 19,5 para el sector público y de 10,4 para el sector privado. O sea que la reducción notoria de la mortalidad infantil desde comienzos de los 80 hasta 1996 tiene una explicación casi total por la reducción en los atendidos en el sector público.

Las principales causas de egresos de los menores de 1 año en los hospitales del Ministerio en el interior del país, fueron las infecciones respiratorias agudas (28,1%) y las infecciones intestinales (16,6%). Se carece de información del subsector privado, aunque se estima que la situación similar. Le siguieron ciertas afecciones del período perinatal (8,9%), el asma (8,7%), la otitis media y mastoiditis (2,2%), y los traumatismos y envenenamientos (2,1%).

En cuanto a la tasa de mortalidad perinatal ha seguido el mismo comportamiento que la tasa de mortalidad infantil. De un valor de 38,5 por mil nacidos vivos en 1970-74 se pasa a un valor de 29,5 en 1990-94 y de 17,4 en 1996; para este último año, los componentes de la mortalidad perinatal, registran un valor de 10,7 para la fetal tardía y de 6,7 para la neonatal precoz (menos de 7 días).

En el grupo de edad de 1- 4 años también ha habido una reducción importante de la mortalidad en las últimas décadas, en ambos sexos; de un valor de 143 por 100.000 en 1963-64 en hombres, se pasa a 76 en 1995 y de 132 a 54 en las mujeres para el mismo período. La causa que condujo a dicha caída fue el descenso de las enfermedades transmisibles; hubo un pequeño aumento en las causas externas. Según las cifras preliminares de 1996 las principales causas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad fueron accidentes y efectos adversos, transmisibles y congénitas en ese orden.

La tasa de mortalidad materna pasó de 5,1 por 10.000 nacidos vivos (1980), a 3,8 por 10.000 (1991), llegando a 2,1 por 10.000 en 1994 y 2,3 en 1995 (en

estos 2 últimos años ocurrieron 12 y 13 muertes maternas respectivamente, en todo el país). En 1990, el Programa Materno Infantil, dispuso la realización de auditorías en los casos de defunción materna. Durante el primer año se constató un aumento del número de defunciones atribuidas a causas maternas, que pasaron de 9 en 1990, a 21 en 1991, elevando la tasa de 1,6 a 3,8 por 10.000. Se estima que este aumento se debió al estímulo para certificar debidamente las defunciones maternas, y que por cada defunción conocida, había 1,2 defunciones maternas no registradas como tales, lo que equivale a un subregistro de poco más del 50%.

El parto institucional se practica en casi el 100% de los nacimientos desde hace años (99,5% en 1995, 99% en 1991), habiendo aumentado desde el 96% en 1977. El porcentaje de cesáreas que venía aumentando desde 1986 con un 16,2% al 23,9% en 1993, bajo al 23,1% en 1996. Al considerar la institución donde se realizan, dicho porcentaje, en 1995, varía del 13% en los servicios del interior del país del Ministerio, al 41% en las IAMC de Montevideo.

Desde 1990 se han realizado esfuerzos por extender la cobertura de los controles prenatales, así como para una captación temprana de las embarazadas. Los datos para 1996 presentan una situación que si bien se puede considerar satisfactoria por comparación con otras realidades, deja un claro espacio de intervención y cobertura a cubrir: un 7,5% de las madres no tuvo ningún tipo de control durante el embarazo y sólo una tercera parte, 33,9%, de las mismas realizó el primer control durante el primer trimestre del embarazo; el 38,9% con control en el 2º. trimestre y un 19,7% en el último trimestre del embarazo. O sea que si sumamos las sin control y las de control tardío, 3er. trimestre, se tiene que en el 27,2% del total de nacimientos no hubo control adecuado durante el embarazo. Para el mismo año el número promedio de controles por embarazada fue de 7. A este factor hay que agregarle que el 22,2% de las embarazadas, en 1994-95, fumaron durante su embarazo.

Para el fortalecimiento de la lactancia materna se ha creado un programa nacional y se han realizado varias campañas de fomento. También se diseñó un sistema de monitoreo a nivel nacional sobre frecuencia y duración de la lactancia materna, según los últimos indicadores recomendados por la OPS. La encuesta se desarrolló a nivel privado y público en todo el país. La encuesta fue realizada entre agosto y octubre de 1996 sobre una muestra de 3.840 casos para niños menores de 2 años. Se registró una tasa de lactancia materna natural en niños menores de 4 meses del 37,0% (25,6% lactancia materna exclusiva y 11,4% lactancia materna predominante), siendo los valores un poco superiores en el Interior que en Montevideo.

Las inmunizaciones han aumentado tanto sea su cobertura en los niños, sino que también se han incorporado nuevas vacunas dentro del Programa Nacional de Vacunaciones. Es así que además de poliomielitis, DPT (Difteria, Pertussis, Tétanos), Sarampión y BCG, se han incorporado la paperas y rubéola a partir de 1983, la Hib (meningitis haemophylus) en 1994 y la Meningocócica A+C. Las coberturas logradas en menores de 1 año en 1996 fueron del 88% para la Antipolio y la DPT, 84% para la Triple Viral (sarampión, paperas, rubéola), 99% para la BCG, 90% para la Meningocócica A+C y 66% para Hib.

Los casos registrados de las enfermedades inmunoprevenibles han descendido en forma notoria. El último caso de difteria fue en 1975, de poliomeilitis en 1979, de tétanos neonatal en 1981. La tos ferina cayo de un máximo anual de 1.100 casos en 1981-90 a un máximo anual de 72 casos en 1991-96. El sarampión después del pico epidémico de 1991 con 2.040 casos (inferior a los 15.500 casos del pico de los 80), siguió bajando en los 90. En 1994 se agregó a la inmunización programada una campaña a través de la cual se inmunizó a toda la población menor de 15 años. Desde entonces, los casos sospechosos se han reducido en forma importante y los confirmados son menos de 5 por año y

se está encarando un Plan Nacional para la Eliminación del Sarampión, con campaña a iniciar en 1998.

Con respecto a la situación nutricional de los niños el Programa Nacional de Nutrición del MSP realiza una encuesta periódica sobre niños beneficiarios del sector público. Los datos provenientes de dichas encuestas arrojan una mejoría clara en el período comprendido entre 1987-89 a 1994-95 (ver cuadro) en todos los grupos de edad de los menores de 5 años y según los 3 tipos de medición: Peso/edad, Peso/Talla y Talla/Edad. Se han considerado como niños desnutridos los moderados y graves o sea menos de -2 DE del valor de referencia.

39 a 21, en el período 1963-64 a 1995. También como en 1-4 años la principal reducción fue por el descenso de las transmisibles, aunque también disminuyeron los tumores malignos; los accidentes y violencia tendieron al aumento. Para 1996, con 160 defunciones registradas, los datos indican que las principales causas de muerte en este grupo de edad son los accidentes y efectos adversos, con 69; tumores malignos con 19, sistema nervioso con 14, transmisibles 11 y ap. circulatorio 9. Los principales accidentes fueron los de tráfico (21 casos), seguidos por los de sumersión 16 y por armas de fuego 7. De las defunciones por cáncer, 9 correspondieron a leucemia y el resto a otras localizaciones.

Cuadro 4. Desnutrición Moderada y Grave (% de niños) 4/

	1994-95	1987-89
Peso/Edad		
Menores 1 año	4,0	5,8
1 año	5,2	7,9
Menores de 5 años	4,5	7,8
Peso/Talla		
2 a 5 años	1,0	1,8
Talla/Edad		
Menores 1 año	7,3	13,1
1 año	10,2	18,1
Menores de 5 años	7,9	14,6

Dada las características especiales de la población atendida en los servicios de salud del sector público (es la población más carenciada), se esperaba que los valores para toda la población deberían ser un poco más bajos que los anteriores.

iii) La salud de la población en edad escolar primaria (5-14 años de edad).

Son las edades en las cuales las tasas específicas de mortalidad son las más bajas de todas las edades tanto en hombres como en mujeres. De la misma manera que para los anteriores grupos de edad hubo una disminución en las tasas de mortalidad en este grupo de edad, aunque no tan pronunciada. Para los hombres la tasa por 100.000 baja de 52 a 39 y para las mujeres de

En el grupo de 5 a 14 años, los traumatismos fueron la primera causa de egreso hospitalario y las infecciones respiratorias agudas, la segunda.

iv) La salud en la adolescencia y adulto joven (15-44 años)

Es el grupo de edad, en el cual la mortalidad descendió menos y en los últimos años hubo incluso pequeños aumentos, en ambos sexos, en algunas de las edades incluidas, que conducen a que las tasas específicas (por 100.000) después de haber bajado de 221 a 169 desde 1960-64 a 1985-89, haya aumentado a 185 en 1996 en los hombres y que en las mujeres la baja se haya casi frenado desde fines de los 80: de 135 en 1960-64 a 96 en 1985-89 y 91 en 1996.

En la tendencia de hace varias décadas las pequeñas disminuciones en los tumores, aparato circulatorio y transmisibles se han visto contrarrestadas por el aumento de los accidentes y violencia y el SIDA, esta última causa a partir de la segunda mitad de los 80. Es además este grupo de edad en el cual el diferencial entre la mortalidad de los hombres y mujeres se acentúa cuantitativamente (1.230 masculinas y 613 femeninas en 1996), y también en términos de las causas que ocasionan las defunciones. En los hombres la principal causa son los accidentes y violencias con 663 (más del 50% del total de defunciones: accidentes 466, 129 suicidios y 68 homicidios), seguida por los tumores malignos con 143, las cardiovasculares con 125 y el SIDA con 78; esta última causa, SIDA, representa el 6,4% del total de la mortalidad en este grupo de edad. Para las mujeres, la primera causa son los tumores con 183 defunciones, 30% del total (y más de la mitad, 88, son los tumores de mama y útero), seguido por accidentes y violencias con 148, 95 defunciones cardiovasculares y 20 de SIDA.

v) La salud del adulto (45-64 años)

La mortalidad descendió en las últimas décadas, en ambos sexos, aunque en forma más pronunciada en las mujeres en los últimos años. Las tasas específicas (por 100.000) bajaron de 1.446 a 1.365 desde 1960-64 a 1985-89, y a 1.295 en 1996 en los hombres y en las mujeres de 767 en 1960-64 a 765 en 1985-89 y a 582 en 1996. En los últimos 10 años la baja más pronunciada en las mujeres fue en el grupo de 55 a 64 años y en los hombres 45 a 54 años.

En cuanto a las causas que condujeron a los cambios anteriores en tendencia de hace varias décadas son básicamente: disminución en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en ambos sexos, en especial las isquémicas; caída en los tumores totales en las mujeres (la baja del estómago, colon y recto contrarresta el aumento de la mama) y pequeño aumento en los tumores en los hombres (el aumento de los tumores

del pulmón en especial y de la próstata, sobrepasa la ganancia de los tumores del estómago, colon y recto).

En este grupo de edad el diferencial entre la mortalidad de los hombres y mujeres se sigue acentuando (3.844 masculinas y 1.893 femeninas en 1996), aunque menos en el orden de los principales grupos causales que ocasionan las defunciones. En los hombres la principal causa son los tumores malignos con 1.185 (31% del total: pulmón 382; estómago; colon y recto 193), seguido por las cardiovasculares con 1.113 (30% del total de defunciones: isquémicas 402, 274 cerebrovasculares), y los accidentes y violencias con 400 (10% del total). Para las mujeres la primera causa son los tumores con 770 (41% del total: 259 mama; 120 estómago, colon y recto; 82 útero), seguido por cardiovasculares con 513 (27% del total: 198 cerebrovasculares; 132 isquémicas) y 103 por accidentes y violencias (5% del total). Comienzan a tener impacto, en menor grado que las anteriores: la diabetes en especial en los hombres en este grupo de edad; la neumonía; y en los hombres la cirrosis.

vi) La salud de la tercera edad (65 y más)

Es en este grupo de edad donde la participación porcentual de las defunciones de la población mayor de 65 años en la mortalidad total, muestra una tendencia creciente al aumento (ver cuadro 1) que es más pronunciada para las mujeres.

Las tasas de mortalidad (por 100.000) pasaron, en el período 1960-64 a 1996, de 7461 a 7131 en los hombres y de 5.644 a 4.622 en las mujeres; o sea que mientras las mujeres bajaron su tasa en un 18%, los hombres lo hicieron en un 4%. Mientras que en los hombres la baja se debe básicamente a la disminución de la tasa de mortalidad por cardiovasculares, en las mujeres se agrega también la disminución de la tasa por tumores. La disminución de las cardiovasculares se debe en primer lugar a la baja en las isquémicas (el infarto agudo del miocardio en especial) y en segundo lugar las cerebrovasculares y la arteriosclerosis. Por el lado de

los tumores, mientras que en las mujeres las bajas en las tasas por cánceres del estómago, colon y recto (en grupo) y del útero son mayores que el aumento de las tasas por tumores del pulmón y mama, en los hombres los aumentos de las tasas por tumores del pulmón y próstata, en especial los primeros, son mayores que la baja de la tasa por cánceres del estómago, colon y recto.

Para 1996 las 4 primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres, son, en orden de importancia: 1- cardiovasculares (isquémicas y cerebrovasculares las más importantes); 2- tumores (pulmón, estómago /colon/ recto y próstata en los hombres, estómago/colon/recto, mama u útero en las mujeres); 3- neumonía e influenza y 4- diabetes. Son mucho mayores las tasas para hombres de las dos primeras, sólo un poco mayores en neumonía e influenza y en diabetes la tasa es mayor en las mujeres.

b) Por tipo de enfermedad, daño o riesgo.

i) Enfermedades transmitidas por vectores.

En el país no existen casos de malaria, dengue, peste, esquistosomiasis o fiebre amarilla. No obstante, se realizan actividades permanentes de vigilancia de la fiebre amarilla y de control del vector *Aedes aegypti*. Es así que, entre febrero y marzo de 1997, se encontraron larvas de *Aedes aegypti*, en ciudades con comunicación directa con Argentina (Colonia y Fray Bentos), y después en ciudades de los departamentos de Soriano, Paysandú y Maldonado. El *Aedes aegypti* fue erradicado del Uruguay en el año 1958 tras una intensa campaña nacional. Actualmente el accionar del MSP y los municipios ha logrado que los índices prediales no superen el 1%.

La enfermedad de Chagas es endémica en el Uruguay. La transmisión vectorial domiciliar la cumple el triatómico *Triatoma infestans*, que llegó a infestar 13 departamentos del país. El Uruguay presentó una reducción del 90% de las tasas de infestación domiciliar.

La tasa de la serología positiva en los niños menores de 12 años de edad disminuyó de 5,2% en 1985, a 0,7% en 1994 en los departamentos con las más altas tasas de infestación como Rivera, Paysandú, Tacuarembó, Cerro Largo y Salto. En setiembre de 1997 una Comisión Internacional de Evaluación calificó que la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en el Uruguay fue interrumpida.

ii) Enfermedades infecciosas intestinales

Desde el inicio de la última pandemia en el continente en febrero de 1991 no se han registrado casos de cólera en el país.

La mortalidad infantil por diarrea es inferior a la mortalidad por infecciones respiratorias agudas desde 1986. De las 145 defunciones de menores de 1 año por dicha causa en 1984 se ha pasado a 27 en 1996. La gran campaña realizada para el uso de las sales de rehidratación oral en los comienzos de los 80 tuvo un gran impacto en este descenso.

La hepatitis y la fiebre tifoidea son enfermedades endémicas en el país, aunque con notorias diferencias entre ellas (en 1996 se notificaron 3565 casos de hepatitis y 3 de fiebre tifoidea). Cabe aquí recordar que la notificación de estas afecciones depende de la consolidación en curso del sistema de vigilancia epidemiológica.

iii) Infecciones Respiratorias agudas (IRA).

Su gran componente son las neumonías e influenza, y en términos de mortalidad es la neumonía. En términos de la mortalidad su tendencia ha sido a la baja en los niños (menos pronunciada que las diarreas), pero al aumento en las edades mayores. Es así que la tasa en menores de 1 año bajó de 4,4 por mil nacidos vivos en 1970-74 a 1,6 en 1996. Pero en los de 45 y más años la tasa subió de 52 por 100.000 en 1970-74 a 89 en 1995.

iv) Inmunoprevenibles

El último caso de difteria fue en 1975, de poliomielitis en 1979 y de tétanos neonatal en 1981. La tos ferina ha tenido picos epidémicos en las décadas de los 70's y 80's y exhibe un máximo anual observado de 72 entre 1991 y 1996. Con el sarampión la tendencia es también a la baja aunque por sus particularidades requiere esfuerzos especiales de vigilancia. De un máximo anual de 7.990 casos en los 70 y 80, se sube a un máximo de 15.000 en los 80, y en los 90, el pico fue en 1991 con 2.040 casos, con 1 sólo caso registrado en 1996.

La investigación y seguimiento del 100% de las meningitis supuradas permitió comprobar el éxito de la aplicación de las vacunas; la vacunación antimeningo A+C, iniciada en setiembre 1996 permitió descender las cifras de esta enfermedad, en 1997, a la mitad de los casos de 1996. La vacunación antihaemophilus iniciada en agosto de 1994 logro la desaparición de la enfermedad en niños vacunados; luego de varias decenas de casos en otros años, en 1997 se produjeron 4, en niños no vacunados.

v) Enfermedades crónicas transmisibles

La mortalidad por tuberculosis que venía descendiendo desde los años 60, en los 90 ha visto estancado su comportamiento; de un número anual promedio de defunciones en 1960-64 de 434, se pasa a 215 en 1970-74, a 98 en 1980-84, y 74 en 1990-94, 71 en 1995 y 70 en 1996; este último valor representa una tasa de 2,2 por 100.000. La morbilidad, expresada por el número de casos registrados por el sistema de vigilancia epidemiológica descendió de un promedio anual de 2.000 casos en lo 60, 1.440 en los 70, 1.200 en los 80 y a 700 en los años 1991 a 1996; este último valor representa una tasa anual de incidencia de 22 por 100.000 habitantes.

En 1984 se tenía registrada una prevalencia de 688 casos de lepra (tasa de prevalencia de 2,33 por

10.000 habitantes) y a diciembre de 1994, un total de 348 casos de lepra en todo el país, todas de formas en etapas no contagiosas. Casi el 80% de estos casos residen en tres departamentos del norte del país. El 80% de estos casos de 1994 fueron Multibacilares, el 20% Paucibacilares, no existiendo registro de casos sin clasificar. Las edades están comprendidas entre los 41 años y 80 años de edad, con un promedio de 57,8 años de edad. En enero de 1995 se decide transformar al entonces Instituto Hanseniano, en Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Hansen debido a la disminución de la prevalencia de los casos de esta enfermedad que entra en una fase de control. La incidencia anual medida por el número promedio anual de casos nuevos descendió de 23 casos en 1980-90 a 13 en 1991-96.

vi) Rabia y otras zoonosis

Hace más de 30 años (el último fue en 1966) que no se han notificado casos de rabia humana y 14 años (1983), de rabia canina.

En cuanto a la hidatidosis, la tasa de prevalencia quirúrgica, (nro. de personas operadas por quiste hidático sobre el nro. total de la población del país) daba para el cuatrienio 1962-66: 20,7 por 100.000 habitantes; para el cuatrienio 1967-71: 20,0 por 100.000 habitantes; y, en 1993 se redujo a 12,4; en 1994 a 10,5; y, para 1995 a 9,4 por 100.000 habitantes. Una reciente evaluación internacional ha confirmado los descensos primarios detectados en la infección animal (canina y pecuaria) y humana.

El país fue declarado libre de fiebre aftosa con vacunación en marzo de 1993. Con respecto a la enfermedad de Chagas, endémica en el país, se encuentra directamente relacionada a la presencia del *Triatoma infestans*. Para 1990 la tasa de infección por enfermedad de Chagas era de 1,25%. Los resultados positivos alcanzados por el Programa de Control hacen que para 1996 se registre una seroprevalencia

de 0,58%. En setiembre de 1997, una misión internacional evalúa las actividades del Programa de Control y se comprobó que la transmisión vectorial o natural de la enfermedad fue interrumpida. De los 13 departamentos endémicos, 7 se encuentran con eliminación total de las vinchucas y los restantes presentan una infestación domiciliaria en franca disminución por debajo del 1 por ciento.

vii) SIDA

Desde 1983 y hasta el 31 de diciembre de 1997, se notificaron al Programa Nacional de SIDA (MSP), 1003 casos de SIDA (de los cuales habrían fallecido, 526, representando una letalidad del 52,4%). La vía de transmisión predominante fue la sexual, 681 casos, seguida en importancia por los usuarios de droga inyectable, 263 casos.

Entre 1983 y 1986 la transmisión homo-bisexual estuvo implicada en prácticamente la totalidad de los casos de SIDA. A partir de entonces comenzó a crecer la proporción en la transmisión heterosexual, y desde 1989, se observó la transmisión en proporciones crecientes entre usuarios de drogas inyectables, que constituyen la gran mayoría de casos de adultos en los que está implicada la vía sanguínea. Con relación a la distribución por sexo, 807 (80,5% del total de casos) son hombres, y 196 (19,5%), mujeres, aunque la proporción de mujeres exhibe un constante aumento.

Un 90% de la población tiene información referente a como se transmite, a como no se transmite y como se previene: se ha incrementado significativamente la venta de preservativos; de 4,5 millones en 1994 a 10,3 millones en 1996. Se realiza el tamizaje del 100% de la sangre y sus hemoderivados desde 1988. En el mercado están disponibles todas las drogas antirretrovirales incluyendo los inhibidores de la proteasa. Existe tratamiento con Doble y Triple Plan a los enfermos del SIDA sin recursos.

De los 2.467 casos de VIH confirmados al 31/12/1997 (no incluyen los 526 fallecidos por SIDA) el 66% es por transmisión sexual, y el 24% por usuarios de droga inyectable.

Respecto a la seguridad hematológica, en el país existe el Banco Nacional de Sangre, dependiente del Ministerio de Salud Pública, que regula, supervisa y controla todos los bancos de sangre del país. La donación es voluntaria y no remunerada. Se hace un estricto control previo de los donantes mediante un interrogatorio, y posteriormente a cada volumen de sangre, se le realiza detección de HIV, sífilis, hepatitis B. y Chagas. Las transfusiones son realizadas sin excepción por médicos y en la mayoría de los casos, por médicos hemoterapeutas.

viii) Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La disponibilidad diaria de calorías y proteínas por habitante resulta superior a la necesidad media estimada.

En el Uruguay se registra un consumo muy elevado de grasas. En un informe de la FAO y OMS de 1993 se señala que del total de calorías consumidas en el Uruguay, el 32% provenía de las grasas y que dentro de éstas, el 33% correspondía al grupo de aceites, entre un 25% y un 30% a la grasa de las carnes, un 15% a los lácteos y huevos, y un 12% a los panificados.

En la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 1994-95, se destaca que a medida que aumenta el ingreso, se incrementa la proporción de calorías provenientes de las grasas: en los hogares más pobres, el 24% del total de las calorías consumidas proviene de las grasas, mientras que en los hogares más ricos, el 34% de las calorías proviene de las grasas. En esa misma encuesta se destaca, para los estratos de mayor ingreso, la alta frecuencia de comidas fuera del hogar, que poseen un alto contenido en grasas, ya que alrededor del 40% de las calorías son proporcionadas por grasas en este tipo comidas.

En el país no sólo se presenta un alto consumo de grasas, 67 gr por día, sino también un consumo excesivo de grasas saturadas. Ello se debe al alto consumo de alimentos de origen animal: 37% de las calorías provienen de alimentos de origen animal.

El consumo de pescados en el país es muy bajo. Este consumo se incrementa con el ingreso de los hogares pero continúa siendo muy bajo en todos los niveles.

En Uruguay, no hay un hábito adecuado de consumo de frutas y hortalizas. Sin embargo, la tendencia es al incremento.

Según los datos proporcionados por la Encuesta de Gastos e Ingresos de 1994-95, el promedio de consumo diario de fibra, es de 23 gr, muy por debajo de lo recomendado, de 27 a 40 gr.

El consumo de Vitamina C y Calcio es adecuado a las recomendaciones nutricionales; para el Hierro la situación de la canasta básica de alimentos presenta un consumo diario de un poco menos de 11 mgrs, siendo la recomendación de 11 a 14 mgrs.

El bocio endémico se ha controlado gracias a los programas ejecutados entre 1963 y 1980. No existe carencia de vitamina A.

La diabetes sigue siendo una de las principales enfermedades en el país. El comportamiento de la mortalidad por dicha causa presenta pocas variaciones en el tiempo; al medir dicha mortalidad por la tasa en la población de 45 y más años (el 98% de la mortalidad ocurre a partir de esa edad), se observa que la tasa en las mujeres se mantiene estable entre 1960-64 y 1980-84, con un valor de 78 por 100.000, para descender a 70 en 1995; en los hombres por el contrario sube un poco de 1960-64 a 1980-85, de 58 a 63, para mantenerse en ese valor hasta 1995. Existen algunos estudios sobre la prevalencia de diabéticos en todo el país, estimándose que la cifra de diabéticos conocidos

en el Uruguay es del 7,6% en los hombres de 19 años y más, y de 10,0% en las mujeres del mismo grupo etario.

ix) Enfermedades cardiovasculares (Aparato Circulatorio)

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar del total de las muertes en el Uruguay, con 11.175 fallecidos por enfermedades cardiovasculares en 1996 (el 38,5% de las defunciones por causas definidas); en 1995 fueron 11.417. El 98% de las mismas se registraron en personas de 45 y más años.

Dada la altísima proporción que representan las defunciones de las personas de 45 y más años, el análisis de las tendencias se hará a partir de la tasa en ese grupo de edad; de esa manera se evita la incidencia que puedan tener, en los cambios en las tasas para toda la población, los cambios en la estructura de edades, que como ya se comentó en otra parte, han sido importantes.

A lo largo del tiempo la tendencia en los hombres es similar a la de las mujeres, aunque siempre sus tasas son más altas. Es así que la tasa de mortalidad (por 100.000 personas de 45 y más años) por enfermedades cardiovasculares en los hombres sube de 1.432 en 1960-64 a 1.528 en 1970-74 y a partir de esos años la tasa comienza a bajar: 1.421 en 1980-84, 1.301 en 1990-94 y de 1.303 en 1995; los valores correspondientes para las mujeres son de 1.239 en 1960-64, 1.304 en 1970-74, 1.213 en 1980-84, 1.114 en 1990-94 y de 1.073 en 1995. La baja ha sido más pronunciada en las mujeres.

En cuanto a las causas específicas dentro de las cardiovasculares, las isquémicas y las cerebrovasculares, en ese orden, son las más importantes. Las dos causas han visto disminuir sus tasas aunque la baja más importante se ha dado en las isquémicas (y dentro de éstas, el infarto es la más importante y la que más bajó). Las hipertensivas y la arteriosclerosis han bajado también, aunque lo han hecho más las primeras; para 1995 ambas tienen una

tasa de circa 40 por 100.000 en los hombres y circa 50 en las mujeres.

En Uruguay existe poca información sobre la real incidencia de la hipertensión arterial. Como causa de muerte, es común el subregistro cuando está asociada a otra patología cardiovascular. La incidencia de la hipertensión aumenta con la edad, por lo que es de esperar una tendencia ascendente con el envejecimiento marcado de la población en Uruguay. En estudios parciales realizados en el país (1991-93, 1995), la hipertensión ocupaba los primeros lugares como motivo de consulta. En una encuesta realizada en Montevideo se encontró que el 20% de la población adulta era hipertensa. En encuestas a la población general, en dos ciudades del país (Rivera y Tacuarembó), se encontró un 24% de personas hipertensas, más de un 15% de personas con hipertensión arterial límite. En otras dos investigaciones en trabajadores para la expedición de carné de salud (Montevideo y San José), se encontró entre un 7% a 10% de hipertensos.

Si bien en el Uruguay se realizan diariamente una enorme cantidad de exámenes de colesterol y de las fracciones lipídicas, no existe un estudio que presente la media habitual de los lípidos en una muestra representativa de la población.

x) Tumores malignos

Ocupan el segundo lugar del total de las muertes en el Uruguay, con 7.197 fallecidos por tumores malignos en 1996 (el 24,8% de las defunciones por causas definidas); en 1995 fueron 7.099. El 95% de las mismas se registraron en personas de 45 y más años.

A diferencia de las cardiovasculares la tendencia de la mortalidad, medida por la tasa en la población de 45 y más años, es a la baja en las mujeres y al aumento en los hombres.

En el período 1960-64 a 1995, la disminución en las mujeres es del 10% y el aumento en los hombres

también del 10%. La tasa en los hombres casi no cambia de 1960-64 a 1980-84, de 836 a 842 por 100.000, y para 1995 sube a 923; por el contrario en las mujeres el gran cambio se dio de 1960-64 a 1980-84, cuando pasa de 592 a 544 y el valor para 1995, 532, es sólo un poco inferior al anterior.

Entre 1960-64 y 1995 ha habido cambios importantes en la causa principal, en ambos sexos. Mientras que en 1960-64 el principal subgrupo de tumores era el subgrupo de estómago/colon/recto, con una tasa de 227 por 100.000 en los hombres y de 172 en las mujeres, para 1995 el principal en los hombres son los tumores del pulmón con una tasa de 261 (26% de todas las defunciones por tumores en el hombre; la tasa era de 171 en 1960-64), seguido de los del estómago/colon/recto, con 151, mientras que en las mujeres se mantienen los del estómago/colon/recto en primer lugar con una tasa de 115, seguido muy de cerca por el tumor de mama con una tasa de 106 (el 20% de las defunciones por cáncer en las mujeres); para la mama el valor de 1960-64 era de 85 por 100.000. El tercer lugar, en 1995, en los hombres lo ocupan los tumores de la próstata, que vienen en ascenso, con 122 y en las mujeres los del útero con 36 y a la baja. Se observa en las mujeres un crecimiento de la tasa de los tumores del pulmón, de la misma manera que en los hombres, pero con un diferencial entre sexos muy grande: mientras la tasa de los hombres en 1995 es de 261, la correspondiente a las mujeres es la décima parte, 25, en el mismo año.

xi) Accidentes y violencia

Las muertes por accidentes y violencias (causa externa: accidentes, homicidios, suicidios) constituyeron, en 1996, la tercera causa del total de defunciones en el país (6,9% del total, con 2.153 muertes por estas causas, de las cuales 1.590 masculinas y 563 femeninas). De la misma manera que para otras causas el comportamiento es diferencial por sexo y el diferencial es mucho más acentuado como se acaba de ver en las cifras de 1996.

Estas causas de muertes vienen en aumento en las últimas décadas en ambos sexos. Las tasas por 100.000 habitantes de todas las edades pasan de 80 en 1960-64, a 84 en 1980-84 y a 100 en 1995 para los hombres, mientras que para las mujeres los valores correspondientes son de 25, 34 y 37. La razón entre dichas tasas (riesgo relativo) pasa de 3.2 en 1960-64 a 2.7. En cuanto al origen del aumento de las tasas, mientras que en los hombres es el aumento de los accidentes de vehículos de motor (12 puntos de los 20) seguidos por los suicidios (5 puntos), en las mujeres fueron el resto de accidentes (7 de los 12), seguidos por los accidentes de vehículos de motor (4 puntos).

En cuanto a las diversas causas componentes del capítulo de Causa Externa- accidentes de transporte vehículos de motor, resto de accidentes, suicidios y homicidios- tanto en hombre como en mujeres, la principal componente esta constituido por resto de accidentes: en 1960-64 era el 60% de las defunciones en los dos sexos (con tasas de 47 y 15 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente) y en 1995 el porcentaje se mantiene en las mujeres y baja en los hombres al 50%, aumentando las tasas a 50 en los hombres y a 22 en las mujeres; esa baja de la participación relativa en los hombres se debe al aumento de los Accidentes de vehículos de motor, cuyo porcentaje pasa del 12,5% al 22%, más que duplicándose su tasa de 10 a 22 por 100.000, mientras que en las mujeres también más que duplican su tasa: de 3 a 7 por 100.000 de 1960-64 a 1995. La tercera causa de muerte en 1995 eran los suicidios en ambos sexos: tasa de 21 en los hombres y de 6 en las mujeres. Los homicidios permanecen como la 4ª. causa dentro de este capítulo, con una tasa que permanece con pocos cambios a lo largo del período 1960-64 a 1995: de 7 a 8 en los hombres y un mismo valor de 2 para las mujeres (por 100.000).

En lo que respecta al resto de accidentes, primer grupo causal de muerte, está constituido por un conjunto heterogéneo de causas (caídas, ahogamiento, fuego, envenenamiento, accidentes con arma de fuego,

contratiempos de la atención médica, choques eléctricos, etc.) que hace que la causa como tal pierda visibilidad por no estar asociada a ninguna causa preponderante. Es así que en 1996 si sumamos las caídas (más en las mujeres que en los hombres), los ahogamientos y fuego, el número de defunciones, 407, es similar a los accidentes de vehículos de motor, 427.

El aumento de los accidentes de vehículos de motor en los últimos años coincide con un aumento del parque automotor. Este ha crecido más que duplicándose en los últimos 20 años y es en ese período en el que ha aumentado claramente la tasa de defunción por dicha causa. Si relacionamos las defunciones con el parque automotor, mediante la construcción de la razón entre las defunciones por accidentes de tránsito de vehículos de motor por 100.000 vehículos, obtenemos los siguientes valores: 80 en 1968-70, 107 en 1978-80 (comienzo del boom automotor), 89 en 1991-94 y 87 en 1995. O sea la razón permanece con pocos cambios, sugiriendo una asociación entre el aumento del parque automotor y el número de defunciones. Este valor de 87 en 1995, es junto con el de Argentina, el más bajo de América Latina, pero muy superior al de Canadá y EE.UU. cuyos valores están entre 20 y 25 defunciones por 100.000 vehículos.

En el año 1995 se aprobó la Ley nro. 16.585 que regulariza y normatiza diversas disposiciones tendientes a la prevención de los accidentes de tránsito. A partir de noviembre de 1995 se inició el registro de todos los accidentes de tránsito que ocasionaran algún tipo de lesión física y que obligara a trasladar a los accidentados a cualquier servicio de emergencia. El Registro de Lesionados está en el Ministerio de Salud Pública. Asimismo, a partir de marzo de 1997 se inició el control del alcohol en aire espirado y de la alcoholemia a los conductores en Montevideo y diversas rutas nacionales. Según lo establecido en aquella Ley, las personas que se niegan a realizar la medición en el aire espirado son consideradas como probables alcoholizadas y pasan al juez competente. Se admite hasta un máximo de 0,8 mg % en los conductores y 0% para los conductores profesionales.

xii) Tabaquismo y Alcoholismo

En Uruguay se han realizado varios estudios para calcular la prevalencia y otras características del tabaquismo en el país. Según una encuesta (Gallup, 1988), el consumo anual de cigarrillos per cápita en las personas de 15 y más años de edad en el Uruguay se incrementó en un 14% entre 1970 (1.540 cigarrillos/persona/año) y 1985 (1.760 cigarrillos/persona/año) ubicando al Uruguay entre los países más fumadores de las Américas.

Según los datos del Programa de Prevención del Cáncer del Pulmón del MSP sobre la base de los resultados de una encuesta de 1993 (Encuesta Continua de Hogares, INE) para estudiar la prevalencia del tabaquismo en el Uruguay Urbano -a través de una muestra representativa de todas las personas de 14 y más años de edad- se encontró que casi el 22% admitieron ser fumadores regulares. Se estima que este porcentaje es el que más representa la prevalencia del tabaquismo en el Uruguay urbano en comparación con otros estudios realizados. Esta cifra situaría al Uruguay entre los menos fumadores de Latinoamérica. La prevalencia fue mayor en Montevideo (23,6%) que en el Interior (20,2%), predominó ampliamente en el sexo masculino (razón masculino/femenino de 2,2) para todo el país, siendo el grupo etario más fumador el de 30-39 años (48% en los hombres y 26 % en las mujeres), en ambos sexos y áreas geográficas.

Este estudio señala que es posible establecer un doble perfil de riesgo del tabaquismo discriminado por sexo: el hombre fumador predomina entre aquellos con un nivel de instrucción básica, con ingresos bajos y la mujer fumadora predomina entre aquellas con un nivel de instrucción media/superior, siendo importante el porcentaje de fumadoras entre las embarazadas.

Los datos más recientes sobre la prevalencia del alcoholismo y algunas características del mismo provienen de una encuesta nacional del Uruguay Urbano realizada en 1994 por la Junta Nacional de Drogas, en la población

de 15 a 65 años. Siempre es mayor en los hombres que en las mujeres para todas las edades; los rangos van de 8,5% en 20-29 años a 3,0 en 60-65 años, en los hombres y de 1,9% a 0,7% en 50-65 años en las mujeres. Mientras que en las mujeres es un hábito que desciende notoriamente con la edad, en los hombres, si bien también cae con la edad, esa caída es menos brusca que en las mujeres.

Como indicador indirecto de alcoholismo se puede incluir la evolución de la tasa de mortalidad por cirrosis hepática, en la población de 45 años y más (por 100.000). Siendo siempre mayor en los hombres que en las mujeres la tendencia es similar: baja en el período 1960-64 a 1980-84 de 56 a 49 en los hombres y de 15 a 12 en las mujeres, para comenzar a subir desde entonces, siendo la tasa en 1995 de 60 en los hombres y de 15 en las mujeres.

xiii) Trastornos mentales

Es el grupo causal que ha aumentado más su volumen de defunciones en los últimos 10 años: de 209 muertes anuales promedio en 1980-83, a 308 en 1986-87, a 740 en 1992-95 y de 789 en 1996, representando en este último año el 2,7% del total de las muertes por causas definidas. Su número ya supera a la diabetes y es del mismo orden que los accidentes de vehículos de motor y suicidios sumados. La principal causa dentro del grupo son las psicosis, con 723 de las 789 defunciones en 1996. Está estrechamente asociada con la edad, ya que el 91% ocurre en el grupo de 65 y más años; dado el continuo crecimiento de este grupo de edad, es de esperar que también crezca el volumen de este problema. A nivel global es mayor en las mujeres que en los hombres -461 defunciones femeninas frente a 328 masculinas- aunque hasta los 75 años es mayor en los hombres. Si se calcula la tasa para las personas de 65 y más años la tasa masculina es de 177 y en las mujeres de 186 por 100.000 habitantes; o sea al ajustar por edad existen pocas diferencias por sexo.

Si se agregara la morbilidad por trastornos mentales la importancia de la problemática de la salud men-

tal aumentaría más. Es así que según el estudio de la Carga Global de la Enfermedad, que mide los años de vida saludables perdidos por mortalidad y discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen el 8% del total de los años perdidos en 1991.

xiv) Otras enfermedades emergentes y reemergentes.

En febrero de 1997 se diagnosticó el primer caso de Hantavirus en el país, confirmado por laboratorio, paciente que sobrevivió. Ya en 1985, en una investigación llevada a cabo por dos virólogas en una muestra por

conveniencia de sangre de varios bancos de sangre, se habían hallado dos casos con anticuerpos a dicho virus.

xv) La mortalidad por departamentos

Al considerar la situación de la mortalidad por departamentos, considerando los principales indicadores disponibles- tasas de mortalidad infantil, tasas por cardiovasculares y por tumores en la población de 45 y más años (Ver Cuadro 5), nos encontramos con una situación parecida a la ya analizada en el capítulo sobre aspectos demográficos: la tendencia a que los indicadores tengan poca variación entre los departamentos.

Cuadro 5. Indicadores según departamento ^{3/}

1	2		3		4		5		6		7		8		9		10		11
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	M
18,7	1334	1185	506	336	358	412	44	41	947	563	246	26	165	120	109	112	43		
19,0	1343	1233	495	326	403	479	37	39	1078	633	281	28	190	137	139	135	46		
18,5	1317	1140	508	345	324	349	49	43	848	497	219	24	147	105	88	90	39		
19,5	1233	1165	389	264	336	336	50	72	689	452	115	26	119	77	87	65	36		
17,3	1264	1075	491	348	319	315	48	40	859	480	229	22	144	99	100	90	35		
18,8	1300	1123	496	268	363	438	54	44	937	527	204	26	141	119	119	88	54		
13,3	1469	1264	538	373	374	386	52	55	979	504	223	25	164	108	144	98	31		
18,3	1559	1173	525	289	359	340	90	85	928	586	205	25	223	163	115	87	54		
15,7	1284	1153	585	347	227	296	26	51	823	588	236	0	105	116	94	159	43		
16,0	1336	1121	585	383	227	289	48	35	838	498	251	15	128	77	84	100	48		
21,1	1435	1339	564	355	350	431	51	30	800	497	241	16	94	99	116	95	38		
16,0	1248	1040	533	390	261	223	50	53	754	419	263	15	116	65	73	104	27		
21,4	1172	1008	446	256	265	335	33	23	805	518	205	20	159	132	74	77	37		
15,9	1496	1019	580	309	317	309	54	43	825	517	170	26	216	159	102	64	51		
25,7	1049	979	290	268	295	311	59	38	857	460	223	21	164	94	71	53	26		
18,4	1467	1377	675	472	320	469	52	42	724	496	191	23	143	103	86	103	36		
18,2	1237	988	469	273	391	339	52	55	758	454	135	24	12	71	100	83	67		
20,0	1618	1450	761	565	313	417	39	27	802	532	223	29	133	127	73	93	37		
20,2	1438	1353	552	424	360	416	40	28	923	591	279	40	189	136	82	118	42		
17,1	1132	1053	345	236	345	369	51	42	843	486	225	31	147	113	107	67	51		
18,9	1168	1052	346	258	389	378	29	48	937	565	236	49	120	126	126	109	26		

1 Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacimientos vivos) 1994-1996

2 Tasa de mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1990-1992

3 Tasa de mortalidad por Enfermedades Isquémicas, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1990-1992

4 Tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1990-1992

5 Tasa de mortalidad por Enfermedad Hipertensiva, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 190-1992

6 Tasa de mortalidad por Tumores Malignos, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1989-1993

7 Tasas de mortalidad por Tumores de Pulmón, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1989-1993

8 Tasas de mortalidad por Tumores de Estómago, Colon y Recto, (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1989-1993

9 Tasas de mortalidad por Tumores de Próstata, en hombres (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1989-1993

10 Tasas de mortalidad por Tumores de Mama, en mujeres (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1989-1993

11 Tasas de mortalidad por Tumores de Utero y Ovario, en mujeres (tasa por 100.000 en la población de 45 y más años) 1989-1993

El valor de la mortalidad infantil, en 1994-96, para Montevideo, es un poco mayor que en el Interior: 19,0 y 18,5 respectivamente. También para las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos las tasas son mayores en Montevideo que en el Interior, en los dos sexos. También como para la mortalidad total en el país, las tasas en los hombres son mayores que en las mujeres en todos los departamentos.

En cuanto a las causas específicas dentro de cada grupo causal, mientras que en los tumores considerados (pulmón, estómago/colon/recto, próstata, mama y útero), las tasas son mayores siempre en Montevideo que en el Interior, para las cardiovasculares consideradas (isquémicas, cerebrovasculares, hipertensivas), hay una mayor mortalidad, en ambos sexos, en el Interior, en las isquémicas e hipertensivas y una clara menor mortalidad en las cerebrovasculares.

Teniendo en cuenta que tanto para la mortalidad infantil como en las cardiovasculares y tumores malignos, las tasas son menores en el Interior que en Montevideo, es posible aventurar la hipótesis de que en estos momentos la Esperanza de Vida al Nacer sea mayor en el Interior que Montevideo. O sea de que si consideramos a la EVN como indicador sintético de la salud, la salud del Interior sería mejor que la de Montevideo. Dado que los indicadores más usados para medir los condicionantes de la salud (ingreso, educación, accesibilidad a los servicios, agua, servicios higiénicos, nivel de pobreza, recursos, consumo alimenticio, etc.), tenderían a favorecer a Montevideo, se plantea claramente la posibilidad de investigar el impacto en la salud de las condiciones de vida de la gran ciudad.

2. Organización, Cobertura, Percepción y Demanda de Servicios de Salud

a) Organización y cobertura de los servicios de atención médica

El sistema de salud del Uruguay está compuesto por dos sectores, el público y el privado. Según los datos

del Censo de 1996 la cobertura formal del sector público es del 41%, las Mutualistas el 47% y un 12% sin cobertura formal. La cobertura real del sector público de hecho es mayor y si se considera que los elementos principales de atención primaria tienen cobertura de casi el 100% en el país, la cobertura real del sector público es superior al 50% siendo el principal actor, el Ministerio de Salud Pública y su red de proveedores (ASSE), que tiene una cobertura formal del 34%. Las otras instituciones públicas incluyen, además del MSP al Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, las Intendencias Municipales, el Banco de Previsión Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial y Empresas o Dependencias Públicas (Banco de Seguros, AFE, ANCAP, etc.); la gran mayoría de estas últimas sólo realizan actividades de atención ambulatoria.

ASSE otorga el llamado Carné de Asistencia que permite la atención del individuo en establecimientos de salud pública. Existen distintos tipos de carné de asistencia que suponen cobros porcentuales distintos del arancel establecido para el servicio requerido. Mientras que la cobertura del MSP formal vía ASSE es del 34% a nivel del país, la cobertura en Montevideo es del 21% y en el Interior del 43%, con varios departamentos cuya cobertura por el MSP es la mayoría absoluta de la población, 50% y más, residente: Artigas, Durazno, Florida, Río Negro, Rivera, Rocha, Soriano y Tacuarembó.

El sector privado incluye a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), los Sanatorios Privados (básicamente trabajan subcontratando con las IAMC), los Institutos de Medicina Altamente Especializados, las Clínicas de Atención, Diagnóstico y Tratamiento, los Seguros Parciales de Atención Médica y de Emergencia, la Consulta Privada Particular, los Servicios de Salud Populares; estos últimos son ONGs.

Las IAMC son los organismos de mayor importancia, en virtud de su amplia cobertura y de la globalidad de los servicios que prestan. Brindan

cobertura al 47% de la población, aunque de la misma manera que para la cobertura del MSP, varía según departamento y a la inversa de cómo lo hace el MSP: en Montevideo la cobertura es del 60% y en el Interior el 37%, con departamentos cuya cobertura no alcanza al 30% (la mitad de Montevideo): Artigas, Cerro Largo, Durazno, Río Negro, Rivera, y Tacuarembó. Actualmente existen en el país un total de 53 IAMC: 19 en Montevideo y 34 en el Interior, aunque debe tenerse en cuenta que por el tamaño del país y la importancia de Montevideo, existe una parte importante de la población que residiendo en un departamento está afiliada a una IAMC de otro departamento, especialmente Montevideo.

En 1996 la población media afiliada a las IAMC es de 1.507.698 personas (971.350 de IAMC de Montevideo y 536.348 de IAMC del Interior), con un incremento del 2,4 % sobre la afiliación media de 1988, 1.471.860; este pequeño incremento se debe al aumento de 39.300 afiliaciones en el Interior, ya que en Montevideo decreció en 3500 el número de afiliaciones.

Las modalidades con que se estructura una IAMC son: propiedad de los usuarios (mutualistas), propiedad de los prestatarios (cooperativas médicas) y propiedad de terceros. De las instituciones existentes, 43 son de tipo cooperativo y 9 mutualistas. La expansión de estos organismos en los últimos años 15 ha ocurrido

en el interior del país, en donde las IAMC se encontraban menos expandidas. De acuerdo con informes elaborados por la FEMI en 1981 y 1987, la cantidad de personas afiliadas, pasa de 240.490 beneficiarios en 1981, a 416.132 en 1987, o sea un aumento de la cobertura del interior del país de 17% a 25,6%. Para 1996 ya se vio que la cobertura es del 37% en el Interior por las IAMC.

La afiliación a las IAMC es de dos tipos: la individual, y la que se deriva del empleo a través de la Seguridad Social (DISSE), con posibilidad del asalariado de elegir la institución de la cual recibirá los servicios; esta modalidad fue introducida a comienzos de los 80 y representa en 1996 la tercera parte de la afiliación de las IAMC.

B) COBERTURA CON SERVICIOS DE AGUA Y SERVICIOS HIGIÉNICOS

De acuerdo a la información aportada por OSE, en los últimos años se había realizado una extensión de la red de agua potable y servicios de alcantarillado tanto en Montevideo como en el Interior. Los datos del Censo de 1996, en el cuadro 6, permiten confirmar estos logros, importantes, en especial en el Interior, por lo que significan de nivel alcanzado. Es así que en 1996 el porcentaje de viviendas con abastecimiento de agua por cañería alcanza el 92% (98% en Montevideo y 87% en el Interior) y el porcentaje de hogares particulares con servicios higiénicos el 93% (94% en Montevideo y 93% en el Interior).

Cuadro 6. AGUA. Porcentaje de viviendas particulares según sistema de abastecimiento de agua 1996 ^{5/}

	País	Mont.	Int.	P. urb.	P. rur.
De cañería	91,8	98,1	86,9	95,1	57,4
- en la vivienda	82,2	92,5	74,2	85,9	43,2
- fuera de la viv.	9,6	5,6	12,7	9,2	14,2
Sin cañería	7,6	1,3	12,5	4,4	41,2

SERVICIOS SANITARIOS. Porcentaje de hogares particulares con S.S. según tipo y uso 1996

	País	Mont.	Int.	P. urb.	P. rur.
Privado	93,1	93,9	92,5	93,7	86,4
- con desc.	79,5	88,1	72,8	82,4	49,5
- sin desc.	13,6	5,8	19,7	11,3	36,9
Común	2,6	3,2	2,1	2,7	1,2
Sin serv. s.	4,3	2,9	5,4	3,6	12,4

Si se consideran indicadores más sensibles y ligados con la problemática de salud a la disponibilidad de agua por cañería dentro de la vivienda y descarga instantánea privada de servicios higiénicos dentro del hogar, los valores bajan: en agua del 92% al 82% y en servicios higiénicos del 93% al 80%. Pero estos mismos indicadores registran un aumento notorio desde 1975: el agua del 67% al 82% y los servicios higiénicos del 57% al 80%.

A pesar de los logros alcanzados, si se define la no existencia de agua por cañería dentro de la vivienda y la no disponibilidad de servicios higiénicos con descarga instantánea privada en el hogar como carencias críticas, se llega a que el 18% de las viviendas tienen carencias críticas en agua y el 20% de los hogares en servicios higiénicos. Al considerar el Interior del país estos valores suben al 26% y 27% respectivamente, mientras que en Montevideo bajan al 7% y 12%.

El agua en el país tiene buenos controles sanitarios de potabilización y es proporcionada en forma mayoritaria por las Obras Sanitarias del Estado (OSE), con normas escritas y estudios de potabilización. Existen buenos recursos hídricos e incluso gran parte de la energía eléctrica es de origen hídrico, lo que habla de la abundancia del recurso. Se realizan controles de las aguas superficiales y de las playas y se informa a la población del nivel de contaminación con colibacilos.

Si se tiene en cuenta la situación del abastecimiento del agua, el nivel educativo de la población y las medidas preventivas, publicidad y educativas sobre

la población, no es de extrañar entonces que el Uruguay no tuviera cólera durante la última epidemia. Corrobora este impacto de la expansión del abastecimiento del agua en los últimos 20 años la disminución de la mortalidad por diarrea infantil en el mismo período, fenómeno ya comentado anteriormente.

c) *Percepción y Demanda*

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó un estudio especial sobre salud en 1991 (Población urbana del Uruguay: Cobertura para la asistencia de salud) e incluyó preguntas sobre percepción de enfermedad y demanda de servicios en su Encuesta Continua de Hogares de 1994, ambas en la población urbana del país. De los mismos se han tomado los datos referidos a percepción de enfermedad y demanda de servicios que aparecen en el cuadro 7. Se observan algunas tendencias y comportamientos diferenciales. En primer lugar siempre es mayor la percepción de enfermedad en Montevideo que en el Interior, en los dos sexos, pero mientras en Montevideo la tendencia es a subir la percepción en el Interior es a declinar, con lo cual el diferencial entre ambos lugares es claramente mayor en 1994, más de 10, cuando en 1991 era sólo un poco mayor en los dos sexos. En segundo lugar, tanto en Montevideo como en el Interior, disminuye el porcentaje de los que habiendo percibido alguna enfermedad no usan atención médica, siendo esa baja más notoria en el Interior, o sea hay más utilización de atención médica cuando se percibe alguna enfermedad. Por último para los dos períodos y las dos residencias es siempre mayor la percepción de enfermedad en las mujeres que en los hombres.

Cuadro 7. PERCEPCION Y DEMANDA. Percepción de enfermedad y demanda de servicios de atención médica (%) Uruguay 1991 y 1994 ^{6/}

	Se sintió enfermo enfermo y no usó A.M.				Se sintió enfermo y usó A.M.				Se sintió			
	1994		1991		1994		1991		1994		1991	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Montevideo	34	41	30	36	31	38	26	32	3	3	4	4
Interior	23	30	28	34	23	29	25	31	1	1	3	3

3. Recursos

a) Camas

La dotación de camas dependientes del MSP se ha reducido en un 10% desde 1988 a 1996 (867 camas de una dotación de 8653 en 1988), como se puede apreciar en los valores del Cuadro 8; esa reducción ha ocurrido básicamente en las camas de crónicos de Montevideo. Las otras instituciones públicas también han visto decrecer su cantidad, lo mismo que las camas propias de las Mutualistas, pero en menor grado. Se debe anotar que los valores anteriores no incluyen las camas geriátricas, que en los últimos años han experimentado una gran expansión.

Para 1996 el 71% de las camas son del sector público y 29%, privadas. En lo que se refiere a la disponibilidad por habitantes, en 1996 es de 245

importantes en las últimas décadas. Han existido fundamentalmente remodelaciones y ampliaciones de lo ya existente. En la última década se ha promovido la creación de dos Hospitales en el interior del país (Canelones y las Piedras), que contaban uno, con un pequeño hospital, y el otro, con una policlínica. Se estima que se inaugurarán en este año y el siguiente. Pertenecen al área metropolitana de Montevideo y ambos son públicos.

Si bien la infraestructura física medida por camas y número de hospitales no ha variado mucho, la función de producción dentro de los mismos si lo ha hecho en especial en los privados; también se debe destacar la aparición de presentaciones de la oferta de atención médica que no implican la cama como elemento básico (Emergencias o Unidades Coronarias Móviles, Centros de Tratamiento Ambulatorio, etc.).

Cuadro 8. CAMAS 7/

Número de camas 1988-1996	Montevideo		Interior		País	
	1996	1988	1996	1988	1996	1988
MSP	4298	5113	3488	3540	7786	8653
Agudos	1458	1495	3264	3269	4722	4764
Crónicos	2840	3618	224	271	3064	3889
OTRAS PUBLICAS *	1363	1426	0	0	1363	1426
IAMC (propias)	1646	1705	876	985	2522	2690
OTRAS PRIVADAS **	893	893	346	346	1239	1239
TOTAL	8200	9137	4710	4871	12910	14008

* Otras públicas: HC, BSE, BPS, FFAA y SSPP

** 1992

habitantes por cama; si se excluyen las camas de crónicos, la relación sube a 321 habitantes por cama.

Existe una gran diferencia entre la capacidad instalada en Montevideo y en el Interior, ya que mientras la relación por habitantes es, en 1996, de 164 hab. por cama, en el Interior es 386, más del doble.

La infraestructura física, tanto en el subsector privado como público, no ha tenido variaciones

b) Recursos humanos

En el Cuadro 9 se presenta la situación en lo que respecta a este punto importante; también se presenta la evolución, la ocupación y la formación de los principales recursos humanos.

En 1996 existía un médico por 268 habitantes, un odontólogo por 817 habitantes y una enfermera profesional por 1389 habitantes.

Los indicadores de recursos humanos para la salud muestran al Uruguay como uno de los países con una de las relaciones más altas de recurso humano por habitante en las categorías de médicos y dentistas. En cuanto a la categoría de parteras, no existe un número importante, pero actualmente en el Uruguay, dada la abundancia de médicos, los partos son casi totalmente atendidos por éstos, ocupando la partera un nivel secundario. Sin embargo, esa abundancia de médicos, en algunos aspectos, distorsiona la configuración del equipo de salud y en ocasiones, del mercado laboral. Existe una carencia importante de enfermería profesional (5 médicos por cada enfermera), lo que influye en la calidad de la prestación de los servicios. Por otra parte existe una gran concentración de los recursos en Montevideo: de los 11815 médicos en 1996, 9090, el 77%, residían en la Capital, mientras que para los odontólogos el porcentaje es del 75%.

La evolución presenta una situación en la cual los médicos multiplicaron su número por 4 en un período de 30 años o sea un crecimiento del 300% (la población lo hizo en un 22%), los odontólogos en un 200% y las enfermeras en un 300%. El cambio más importante ocurrido en la formación de profesionales es la composición por sexo: desde hace varios años son más las mujeres que se reciben de médicos y odontólogos que los hombres y en 1995 las mujeres eran 237 y los hombres 139 en los médicos y 39 frente a 24 en odontología.

Los últimos datos disponibles sobre formación de profesionales de la salud tienden a consolidar la estructura existente, ya que los médicos siguen egresando en una cantidad mayor a los 400 por año y las enfermeras profesionales en una cantidad mucho menor.

La formación del RRHH en salud, no ha tenido ni tiene planificación actualmente. El ingreso es libre para quien cumpla los requisitos, no existiendo cupos

para el ingreso de los médicos. En las últimas décadas se ha puesto de manifiesto la preocupación por el tema, aprobándose hace cuatro años, por plebiscito por el SMU y la FEMI, el estudio de la regulación del ingreso a la Facultad de Medicina, tema que también está siendo considerado por la Facultad y por el Ministerio de Salud Pública. No sólo se está considerando la cantidad de médicos, sino también la diferente especialidad de éste. Se considera que hay una sobrespecialización basada en la tecnología y una carencia en el área de Gerentes y Administradores de servicios de salud y en el área de la salud pública (epidemiólogos, economistas sanitarios).

Dado el número importante de médicos y relativamente importante de auxiliares de enfermería, la utilización de los agentes de salud comunitarios, es escasa. Considerando la estructura particular del sector salud y las limitaciones de las fuentes de datos, no se puede distinguir con certeza la información referida al sector público o al sector privado, ya que lo habitual es que ambos sectores utilicen simultáneamente los mismos recursos.

En lo que respecta a la cantidad de personas que trabajan en Atención Médica los últimos datos disponibles provienen de los Censos Económicos de 1978 y 1988. Los mismos permiten comprobar la expansión del mercado laboral en esta área, ya que el aumento en ese período ha sido considerable, concentrándose casi exclusivamente en Montevideo. Dado el aumento del gasto, en la cantidad de profesionales, en los distintos tipos de servicios y tecnología nuevos que han aparecido en el mercado, es factible esperar que la situación actual en lo que al número de personas ocupadas haya aumentado. Para 1988 el valor representaba el 4,6% de la población económicamente activa.

Cuadro 9. RECURSOS HUMANOS 6/

Profesionales						
		1996		84-85		64-65
	Médicos	11815		7889		2950
	Odontólogos	3224		2300		1300
	Enfermeras	2237		1500		500
Personal ocupado en atención a la salud						
		País		Montevideo		Interior
		1988	1978	1988	1978	1988
		63166	35340	43729	15968	19437
Promedio anual de médicos egresados						
		94-95	81-85	71-75	61-65	
		404	439	337	129	
Promedio anual de egresados de otras profesiones 1994-95						
		Odontólogos		Enfermeras		Parteras
		69		125		8

c) Gasto y Financiamiento

El gasto total en salud asciende en 1995 a 1.781 millones de dólares y representa el 9,98% del PBI, con una tendencia creciente bastante acentuada en los últimos años.

Existen para cada efector varias fuentes de financiamiento que en algunos casos se superponen, aunque el peso relativo de las mismas, no es el mismo. Considerando la importancia relativa de las diversas fuentes de financiamiento del gasto total en salud, se advierte que las tres vías principales a través de las cuales las familias transfieren ingresos a las instituciones prestadoras de salud, corresponden al pre-pago voluntario de cuotas (42,08% del total), seguidos por la compra de bienes y servicios (25,44%) y por último, por los impuestos (23,19%). En el sector público, la recaudación de impuestos constituye la modalidad predominante, 81,12% del financiamiento del sector público, lo que se explica por el gran peso de ASSE dentro del sector que absorbe por concepto de impuesto al 50,27% del financiamiento del sector público.

En cuanto al sector privado, es evidente el predominio del pago de cuotas por parte de la población afiliada (58,92%), debido a la influencia decisiva del sector mutual. Le siguen los precios abonados por la población por la compra de bienes o servicios (32,93%) fundamentalmente precios que se pagan a los seguros parciales, las farmacias externas, las casas de salud y residenciales y la asistencia estrictamente privada. Entre estas dos modalidades se cubre el financiamiento del 92% del sector privado.

El componente principal del financiamiento en salud, las cuotas de afiliación a las IAMC, ha tenido un incremento real apreciables en el período 1988 a 1996; en dicho período la cuota básica mensual de afiliación ha subido un 68% a nivel de todo el país, siendo del 100% en el Interior y del 56% en Montevideo. El diferencial existente en 1988 cuando la cuota era superior en la Capital, no existe más a diciembre de 1996 cuando la cuota es de U\$S42 en ambos lugares. Aquí es necesario agregar que tanto el costo de la vida como los precios y salarios de los componentes fundamentales de la canasta básica son inferiores en el Interior.

El INE realizó en 1994-95 una Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos, en el Uruguay Urbano, para, sobre la base de la misma, actualizar las ponderaciones del Índice de Precios al Consumo, reemplazando los provenientes del mismo tipo de encuesta realizada en 1982-83; uno de los componentes considerados fueron los gastos en salud de los hogares. De la misma se han tomado los gastos de los hogares en salud como porcentaje del gasto total de los mismos y el gasto por persona, para Montevideo e Interior y para el primer decil (el 10% de menores ingresos) y el décimo decil (el 10% de mayores ingresos). Los datos corresponden a un mes, Noviembre de 1994. Se deducen varias cosas interesantes de los valores elegidos; en primer lugar no existen grandes diferencias entre los dos lugares Montevideo e Interior, en lo que respecta a la importancia del gasto de los hogares, 11,0% y 9%, pero las diferencias son apreciables cuando se lo considera desde el gasto por persona, donde la Capital casi duplica el gasto por persona del Interior: 286 frente a 145. Esto tiene su explicación en el doble hecho

de que el ingreso promedio de los hogares es mayor en Montevideo y de que los hogares son más pequeños en Montevideo. Cuando se analiza el gasto en los deciles extremos, varias cosas empiezan a aparecer. En primer lugar para los sectores de más altos ingresos la importancia del gasto de los hogares es similar en ambos lugares, Montevideo e Interior, mientras que para los sectores más deprimidos por ingresos el gasto de los hogares es más bajo en el Interior, 4,3%, donde la importancia del sector público gratuito es mayor, siendo este valor mucho menor que Montevideo, 7,0%. De la comparación de los valores de los deciles extremos de los hogares, tanto en Montevideo como en el Interior, con el total de la población correspondiente se deduce que la importancia del gasto de los hogares en salud debe ser mucho mayor en otros deciles, los deciles medios, donde se concentra la población afiliada a las mutualistas. En lo que respecta al gasto por persona según deciles, las diferencias son muy grandes: en Montevideo los más ricos gastan 10 veces lo que los pobres y en el Interior 19 veces.

Cuadro 10. GASTO Y FINANCIAMIENTO 8/

Gasto total en salud						
	1995	1994	1992	1991	1987	1982
Gasto/PBI %	9,98	981	8,26	8,04	6,52	6,20
Gasto cápita (US\$)	564	506	316	261	161	
Financiamiento del gasto en salud % 1995	Sector público	M.S.P.	Otros	Priv.	I.A.M.C	Otros
	28,6	17,3	11,3	71,4	49,6	21,8
Cuota básica mensual individual de afiliación a las IAMC (1988/96 (en pesos y dólares constantes de diciembre de 1996						
	País		Mont.		Int.	
	1996	1998	1996	1988	1996	1988
Pesos	368	216	370	232	364	185
Dólares	42	25	42	27	42	21
Gastos de los hogares (% y por persona, \$ Nov. 1994, Uruguay urb. 1994-1995)						
	Gasto hogares %					
	Total	Decil 1	Decil 10	Total	Decil 1	Decil 10
Montevideo	11,0	8,8	7,7	286	61	612
Interior	9,3	4,3	7,0	145	18	347

d) Información: Los sistemas de estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica

En el capítulo sobre Aspectos Demográficos ya se comentó sobre la cobertura y calidad de las estadísticas vitales. El país cuenta con un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica, con buen equipo técnico que permite tomar medidas en forma oportuna. Este ha sido uno de los motivos, en los últimos años, de la no entrada del cólera y del dengue. Se cuenta con un equipo a nivel central capaz de intervenir en situaciones epidémicas, con un laboratorio central de salud pública y con un equipo capacitado para resolver los problemas. Es política del país no sólo mantener la situación actual sino mejorarla especialmente en lo que tiene que ver con recursos humanos y tecnológicos (especialmente en informática) de manera de permitir contar con información válida y oportuna.

Como en la mayor parte de los países, el registro de la morbilidad sólo abarca porciones de la misma:

- a) La notificación de enfermedades de declaración obligatoria, que se ordenan en tres grupos de acuerdo al plazo y lugar de notificación:
- 1) En el día y a la D. de Vigilancia Epidemiológica: meningitis, parálisis flácida, sarampión, diarrea severa en adultos, enf. transmitida por alimento, fiebre tifoidea, gangrena gaseosa, rabia humana y animal, difteria.
 - 2) Semanal y a la D. de Vigilancia Epidemiológica: tétanos, tos ferina, rubéola, parotiditis epidémica, hepatitis A y B, gripe, infecciones respiratorias agudas, varicela, zoonosis.
 - 3) Directa a los programas: diarrea en el niño, ETS y SIDA, Chagas, TBC, hidatidosis, lepra.

También deben ser notificadas las intoxicaciones, ofidismo y araneismo.

b) Otros Registros de Morbilidad: Se ha intentado ampliar el sistema de vigilancia epidemiológica en los últimos años incluyendo información proveniente de instituciones públicas y privadas de Montevideo y en menor proporción, del interior del país, sobre enfermedades cardiovasculares y los tumores. En el Ministerio de Salud se registra en forma rutinaria la morbilidad de los egresos y con menos precisión de las consultas, pero sólo para los establecimientos que le pertenecen. Se recoge también información valiosa de los exámenes que se practican en los Bancos de Sangre (reacciones para enfermedad de Chagas, sífilis, hepatitis A,B,C y VIH). En otras instituciones públicas existen datos sobre accidentes de trabajo y discapacidades en los mismos (Banco de Seguros), accidentes de tránsito (Ministerio del Interior).

c) Estadísticas Hospitalarias y Consultas: Egresos, días de hospitalización, porcentaje de ocupación, número de consultas según servicio. No están incluidas las causas de los egresos ni los de consulta.

e) Tecnología e Investigación en salud

El desarrollo tecnológico es muy desequilibrado en los distintos sectores (público y privado). Existe una importante incapacidad del sector público para establecer y operar servicios rentables, y para incorporar nuevas tecnologías que producirían un aumento del nivel de calidad en la atención de la salud. La explicación para este desarrollo tecnológico tan desequilibrado parece estar en los lentos mecanismos de compra del sector público, la escasa disponibilidad de fondos para realizar inversiones y la dificultad en remunerar a los especialistas y demás personal de apoyo en niveles económicos competitivos para el medio.

Un estudio realizado por Migue Barón y colaboradores (1989), en el que se analizaron 24 tecnologías, concluyó que el 96.9% de ellas se ubicaban en Montevideo, y el 65.6% en el sector privado. La utilización de la tecnología por área geográfica, advierte

que Montevideo canaliza más del 93% de las aplicaciones, mientras que el interior, con el 57% de la población, tiene sólo el 7% restante.

El Ministerio de Salud Pública, puso en funcionamiento a mitad de la década del 80 una Unidad de Tecnología Médica, que analizaba todos los pedidos de ingreso de tecnología al país, solicitados por el subsector privado, evaluando el pedido no sólo del punto de vista técnico (marca, service, empresa que lo fabricaba, vida útil, etc.), sino también, si estaba comprobada su eficacia, y si era necesario para el país. Pero esa regulación en el ingreso al mercado, no se acompañaba de una regulación en el precio, por lo cual se creaban situaciones de monopolio u oligopolio que favorecían situaciones de difícil manejo. Esa situación promovió que grupos de poder presionaran y lograran no cumplir con las reglamentaciones incorporando tecnologías. Por otra parte, el control formalmente se cumplía sólo en el subsector privado. El subsector público (ASSE y otros), no pasaba por ese tipo de control, incorporándose la tecnología, según la solicitud de los Directores y la disponibilidad de fondos para su adquisición. De hecho no existe ninguna planificación para el ingreso de la tecnología que se fundamente en la necesidad de la población o el establecimiento de niveles de atención. Unido a ello, no existe ni presupuesto ni infraestructura adecuada, ni un programa para el mantenimiento, reparación de las plantas físicas, y el equipamiento. Tampoco el país cuenta con un inventario nacional sobre el equipamiento existente, ni a nivel público, ni privado. No existen mecanismos que tengan en cuenta la disponibilidad de repuestos ni la capacitación del personal.

Una de las principales carencias del país, es la escasa investigación que se realiza, carencia que se evidencia como muy importante en el área de los sistemas de salud y de la tecnología.

Las investigaciones epidemiológicas tienen un poco más de desarrollo, y de hecho, se aplican sus

resultados para las orientaciones políticas que llevan a acciones para la resolución de problemas (mortalidad infantil, dengue, hantavirus, chagas, etc.). Sin embargo, en las otras áreas se avanzó poco, aunque se ha tomado conciencia del problema y existen investigaciones puntuales sobre algunos temas. Por otra parte, no existe suficiente preparación del recurso humano, ni en los conceptos, metodología, ni en la formación que se da, además de no abarcar a todos los integrantes del equipo de salud.

En el área de tecnología, no existe investigación previa a la incorporación ni evaluación posterior de los resultados de la misma. Las limitaciones son fundamentalmente la falta de formación en el tema, y la ausencia de políticas firmes que exijan el resultado de investigaciones para la toma de decisiones.

f) Fondo Nacional de Recursos

Creado en 1979, comenzó a funcionar en 1980; es un seguro nacional de salud para enfermedades o procedimientos de alta tecnología y costo. Se financia con recursos provenientes de una sobrecuota de todos los afiliados a las IAMC y por el pago por acto médico realizado en un paciente del sector públicos por parte de Rentas Generales. Es un fondo estrictamente financiero. Permite a la totalidad de la población del país acceder a cualquiera de estas tecnologías. Es un claro elemento de equidad, ya que otorga los recursos para la atención del beneficiario, independiente del nivel económico de la persona. Las prestaciones se brindan a través de Instituciones de Medicina Altamente Especializadas, que son contratadas por el FNR, y que son las mismas para todos los pacientes. Los procedimientos considerados son (entre paréntesis el año a partir del cual comenzaron a ser financiados): marcapasos, hemodinamia, hemodiálisis y prótesis de cadera (1980), trasplante renal (1981), diálisis peritoneal crónica aguda (1982), litroticia y angioplastia (1992), prótesis de rodilla (1993), trasplante de médula ósea, cardiodesfibrilador y quemados(1995).

La importancia del FNR se puede medir tanto sea en la cantidad de personas atendidas, como en el monto creciente de los fondos destinados a su financiamiento. Con respecto a este segundo aspecto en 1995, el gasto del FNR representaba el 6% del gasto total en salud, con un monto de alrededor de 120 millones de U\$\$, de los cuales la tercera parte provenían del Tesoro (Rentas Generales) y las otras dos terceras partes del pago de la sobrecuota de las IAMC. En lo que se refiere a la cobertura poblacional el promedio anual de personas atendidas paso de 1.700 en 1980-81, a 7.770 en 1990-91 y de 13.510 en 1995-96. El total acumulado de personas atendidas entre 1980 y 1996 fue de 110.400.

g) Insumos para la salud

La provisión de medicamentos en el país, es adecuada, no existiendo inconveniente ni en el sector privado ni en el público. Si bien no existe una lista de medicamentos esenciales única en el país, ASSE se maneja con un listado de medicamentos esenciales (LIME), y cada institución privada se maneja con un vademécum que incluye un listado mayor que el que corresponde al LIME. Los presupuestos destinados a medicamentos no tienen grandes restricciones y constituyen aproximadamente entre el 15 y 20% de los egresos de las instituciones de salud. La adquisición se realiza mediante licitación pública o llamado a precios y negociación con los laboratorios. ASSE cuenta a su vez con el laboratorio DORREGO, que es una unidad ejecutora dedicada a la fabricación fraccionada y envasado de medicamentos, para la atención de parte de las necesidades de los servicios de ASSE. Para poder ser vendidos en el país, los medicamentos deben registrarse en el Ministerio de Salud Pública, Dirección de Control de Medicamentos y Afines, donde se evalúan distintos aspectos, entre ellos la calidad, la que es controlada por el laboratorio de calidad del Ministerio de Salud Pública, que está financiado en parte, por los laboratorios de medicamentos. En Uruguay, no es posible la venta de medicamentos no debidamente registrados y autorizados por el Ministerio de Salud Pública. En el

país no existe la Ley de Patentes, se cuenta con un formulario nacional que se edita anualmente desde el año 1992. El acceso a los medicamentos es bueno, tanto a nivel público ya que se brindan sin costo alguno para los que cuentan con carné de asistencia, como para los cubiertos por el subsector privado, en donde se paga un ticket moderador por la atención ambulatoria. Un ejemplo de lo expuesto es el hecho de que el Uruguay, brinda para la población sin recursos, el triple plan para VIH y SIDA desde 1996.

En cuanto a las vacunas, el país cuenta con un Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que comprende ocho vacunas. El Ministerio de Salud Pública -ASSE, entrega gratuitamente las vacunas que se requieren a las Intendencias, FFAA, Sanidad Policial e Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Se realiza inmunización contra TBC, sarampión, rubéola, paperas, difteria, tétanos, pertusis, poliomielitis a la que se agregó para grupos de riesgo, gripe, meningitis y hepatitis. La Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa, tiene la responsabilidad del control y la supervisión de todos los puestos de vacunación a nivel nacional, así como del mantenimiento de las condiciones de la cadena de frío.

g) Utilización de los servicios de atención médica

En el Cuadro 11 se presentan los indicadores disponibles sobre utilización de servicios, básicamente de atención médica, como son los egresos y las consultas médicas. Otros servicios como los son las inmunizaciones y los procedimientos de alta tecnología financiados por el Fondo Nacional de Recursos ya han sido tratados en otra parte de este mismo documento. No están incluidos en estos datos los servicios prestados por las instituciones privadas que prestan sus servicios fuera del ámbito de las IAMC, ni de las públicas cuyas actividades son de atención ambulatoria. La omisión de estos datos puede ser de relativa importancia con respecto a las consultas, pero no con respecto a los egresos hospitalarios.

En la primera parte del Cuadro aparecen los

Cuadro 11. Servicios de Atención 3/

IAMC Y MSP 1988/1996								
	Consultas médicas		Egresos		Días de hospital (D.H.)		P.D.E. (días)	
	1996	1988	1996	1988	1996	1988	1996	1988
IAMC País	8610174	8553996	170337	152167	787960	733447	4.63	4.82
IAMC Montevideo	5434378	5537182	106243	99932	528744	514402	4.98	5.15
IAMC Interior	3175796	3016814	64194	52235	259216	219045	4.04	4.17
MSP País	4602051	2555068	138783	113622	1006079	957490	7.25	8.43
MSP Montevideo	1510667	954554	40081	31902	412863	416138	10.30	13.04
MSP Interior	3091384	1600514	98702	81720	593216	541352	6.01	6.62
Otros publ. 1996								
	Consulta	Egresos	D.H.	P.D.E. (días)				
H. de Clínicas	142108	9155	155600	17.00				
B. de Seguros Estado	139498	3243	16684	5.14				
H. C.F.F.AA.	375046	12602	111150	8.82				
H.S.S.PP.	199427	4922	38756	7.87				
BPS	155984	7285	25631	3.52				
I.M. Montevideo	253567	nc	nc	nc				

datos de consultas y egresos (de hospitales de agudos) de los dos principales efectores del sector, como lo son el MSP y las IAMC, para el país, según Montevideo e Interior y para dos años, 1988 y 1996. El primer aspecto que se destaca es el gran aumento de las consultas en el MSP, tanto en Montevideo como en el Interior, pero en mayor porcentaje en este último lugar, ya que crecen de 2, 55 millones a 4,60 millones, o sea un 76% de crecimiento; en las IAMC el crecimiento es muy escaso, de 8,55 a 8,61 millones, con incluso un pequeño descenso en Montevideo. En los egresos hubo aumento en ambas instituciones y en los dos lugares, siendo superior el número en las IAMC que en el MSP: 170.000 a 139.000. Dónde el crecimiento ha sido menor es en los días de hospitalización, lo que conduce a que el PDE (promedio días de estadía) haya descendido en ambas instituciones, aunque ha sido más clara la baja en el MSP, especialmente en Montevideo. A pesar de esto, los promedios siguen siendo claramente mayores en el MSP, que con 7,25 días por egreso es un 57% superior a los 4,63 de las IAMC. Los otros efectores públicos considerados -H. de Clínicas, Banco de Seguros del

Estado, Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Banco de Previsión Social y la Intendencia de Montevideo-realizaron, en 1996, un total de 1.265.630 consultas y de 37.207 egresos, siendo el principal efector las Fuerzas Armadas. En términos de días de hospitalización el total fue de 347.821 días, pero aquí el principal efector fue el Hospital de Clínicas, debido a su altísimo número de días por egreso: 17 días de promedio de estada.

Sumando los valores anteriores, da para el año 1996, un total de 14,5 millones de consultas, 346 mil egresos y 2,14 millones de días de hospitalización. Suponiendo que los egresos son el total de los ocurridos en el país y que con respecto a las consultas no están incluidas un 10% de las mismas ni el 10% de las personas que las realizan (las realizadas por derecho habientes de los otros efectores públicos no considerados y las realizadas en la consulta privada paga), los indicadores de utilización de la consulta y hospitalización para el país y según Sector Público e IAMC serían los que se presentan en el siguiente Cuadro.

Cuadro 12. Utilización de Servicios de Atención Médica, Uruguay 1996 ^{3/}

	País	IAMC	Sector Público
Consultas x cápita	5,1	5,7	4,4
Egresos x 100 hab.	10,9	10,8	11,0
D.H. x 1000 hab.	677	523	817

D.H: Días de hospitalización

Como era de prever la gran diferencia entre los dos sectores se establece en términos de la mayor duración de la internación hospitalaria en el sector público, ya comentada anteriormente; se atenúa esa diferencia para las consultas per cápita e incluso esa diferencia tendría una parte de explicación en el hecho de que la población derechohabiente del sector público es más joven que las de las IAMC. Para la utilización de la internación no existe diferencia entre ambos sectores.

Notas y Fuentes

1. D Estad. MSP
2. INE; MSP/FISS (La Salud de Uruguay en Cifras 1997)
3. MSP/FISS
4. Programa Nacional de Nutrición, MSP
5. INE. Censo 1996
6. INE
7. MSP/ASS
8. El Gasto en Salud en Uruguay 1994-1995. FISS-BIRF/MSP