

Situación actual y propuestas para mejorar el Sistema de Salud de Uruguay

Uruguay cuenta con un buen sistema de salud según estándares internacionales, que es valorado positivamente por la población. Si bien no es necesario encarar una nueva reforma integral, existen problemas concretos que se deben corregir. La dinámica del contexto actual impone cambios relevantes que deben abordarse para garantizar la sostenibilidad, eficiencia y calidad de los servicios, lo que determina la necesidad de implementar múltiples ajustes. Este informe se identifican diez desafíos que son complejos pero que se deberían encarar con celeridad: mejorar la competencia entre prestadores, garantizar la sostenibilidad financiera, incrementar la eficiencia en el uso de recursos, reducir los tiempos de espera para especialistas, disminuir la heterogeneidad en la calidad asistencial, mejorar los indicadores de calidad, fortalecer la institucionalidad de la regulación, enfrentar las demandas tecnológicas, profundizar en prevención sanitaria y aplicar mejores prácticas en salud mental. Se destacan, a su vez, dos oportunidades en el desarrollo de la investigación clínica y la salud digital, que podrían no solo mejorar la calidad y eficiencia del sistema de salud, sino también generar importantes beneficios económicos y asistenciales para la población. Por último, se proponen una serie de medidas y estrategias para abordar los desafíos y potenciar las oportunidades identificadas, con el objetivo de fortalecer el sistema de salud del país.

CONTENIDO

1. El estado actual del sistema
2. Los 10 principales desafíos
3. Oportunidades para aprovechar
4. Propuestas

Introducción

Un sistema de salud eficiente y accesible no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también impulsa el desarrollo económico.

Cuando las personas gozan de buena salud, son más productivas y tienen una mayor capacidad para trabajar, innovar y participar activamente en la economía, lo que contribuye al desarrollo individual y colectivo. Por lo tanto, invertir en salud es invertir en el futuro de la sociedad. Un sistema de salud sólido contribuye al crecimiento de la economía a través de la generación de empleo, mayor productividad, calidad de vida y una mayor inversión en tecnología e innovación.

El gasto en salud representa el 9,1% del PBI de Uruguay. Además, el funcionamiento del sector impulsa la actividad en sectores de la economía del país. Por cada peso que se gasta en servicios hospitalarios, se genera un impacto indirecto adicional de \$0,6 por un mayor dinamismo en actividades privadas de médicos, fabricación de productos farmacéuticos, entre otros eslabones necesarios de la cadena productiva.

En los últimos 15 años, el sistema de salud ha experimentado un proceso de reforma con cambios en la gestión, atención y financiamiento. En 2007, con la Ley N°18.211, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el objetivo de brindar cobertura y atención de salud de manera universal. Hoy en día, el 99% de las personas que viven en el país cuentan con algún tipo de cobertura médica.

El sistema de salud de Uruguay se destaca a nivel global y regional. A su vez, la sociedad uruguaya lo evalúa de forma positiva, según una encuesta representativa a nivel nacional, el 65% considera que el sistema funciona muy bien o bastante bien (Equipos Consultores, 2022). No obstante, el 87% de los encuestados cree que es necesario realizar cambios. Existe consenso en especialistas de que es necesario realizar ajustes en diversos aspectos para asegurar el buen funcionamiento y perspectivas futuras del sistema de salud del país.

Luego de analizar el estado actual del sistema, este informe presenta los 10 principales desafíos que enfrenta, así como oportunidades que, mediante acciones concretas bien ejecutadas, pueden transformarse en beneficios significativos para la población.

Los desafíos que se detectaron como claves son: 1) mejorar la competencia entre prestadores, 2) asegurar la sostenibilidad financiera, 3) mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, 4) reducir los tiempos de espera para especialistas, 5) reducir la heterogeneidad de la calidad asistencial, 6) mejorar los indicadores disponibles de calidad asistencial, 7) mejorar la institucionalidad de la regulación, 8) enfrentar las exigencias del avance tecnológico, 9) profundizar en prevención sanitaria, 10) implementar las mejores prácticas en el cuidado de la salud mental.

Entre las propuestas presentadas en este informe, se destaca la reducción del período obligatorio de

permanencia en una Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) de dos años a uno antes de permitir el traspaso a otra institución, así como la extensión del plazo para realizar el traspaso de un mes a tres. Además, se sugiere incorporar factores adicionales en el cálculo de las cápitales que reciben los prestadores, establecer una superintendencia financiera para el sistema de salud, y diseñar un protocolo oficial para el cierre de instituciones médicas.

Se recomienda también avanzar en la integración de la Sanidad Militar, Policial y servicios municipales al SNIS, continuar con la designación de Centros de Referencia y priorizar cargos de alta dedicación para médicos. Otros puntos incluyen mecanismos de control de idoneidad en cargos directivos, la extensión de consultas específicas para la renovación de recetas y la inclusión de metas asistenciales relacionadas a los tiempos de espera. Se plantea avanzar en un sistema nacional de planificación de especialidades médicas, nuevos incentivos para la radicación de profesionales en el interior y facilitar la acreditación de títulos extranjeros en áreas con baja disponibilidad de recursos humanos.

Además, se sugiere fortalecer la gestión financiera de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), profundizar el uso de metas asistenciales para mejorar la calidad de los servicios, mejorar la disponibilidad de indicadores de calidad, y crear un sistema de acreditación y certificación independiente.

Finalmente, se plantea fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud Pública (MSP), la necesidad de una Agencia de Regulación Sanitaria, así como de fortalecer la actual Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Se sugiere implementar mecanismos para incorporar y monitorear tecnologías sanitarias, aumentar incentivos y acciones para la prevención médica, así como fortalecer la prevención del suicidio y diseñar estrategias comunicacionales para trastornos mentales.

Por otro lado, el presente informe identifica dos oportunidades clave para el sistema de salud del país, relacionadas a la investigación clínica y la salud digital. El desarrollo de ensayos clínicos tiene el potencial de generar retroalimentación positiva entre los pacientes, mejor calidad y disponibilidad de tratamientos, así como también importantes contribuciones económicas y mejoras en la calidad asistencial del sistema de salud. En este sentido, para fomentar su desarrollo en el país, es necesario mejorar la normativa para agilizar aprobaciones, centralizar evaluaciones éticas y elaborar un plan integral a largo plazo para atraer ensayos. Por su parte, la implementación de herramientas digitales —como la Historia Clínica Electrónica, la receta digital y la agenda digital— y la adecuada regulación de la telemedicina, permiten mejorar la eficiencia y calidad del sistema. Para aprovechar al máximo su potencial, se propone unificar sistemas informáticos, capacitar en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a profesionales y expandir las consultas no presenciales para mejorar la atención en todo el país.

A blue-tinted photograph of an office window with blinds and a desk. The window is on the left, and the desk is in the foreground. The overall scene is dimly lit, with the blinds partially open, allowing some light to filter through. The desk has a dark surface and a light-colored handle or knob.

1

**El estado actual
del sistema**

Estructura y financiamiento del sistema

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es responsable de garantizar el acceso a servicios sanitarios a todos los habitantes de Uruguay, a través de 41 oferentes de cobertura integral. Entre ellos, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el único prestador público abierto, mientras que los demás son privados —las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, sin fines de lucro), y los seguros privados—. Por fuera del SNIS, Sanidad Policial y Militar son prestadores públicos restringidos a empleados del Ministerio del Interior y de Defensa, respectivamente, y sus familias.

Los trabajadores formales y sus familias, así como jubilados y pensionistas, están cubiertos por el Seguro Nacional de Salud (SNS), que les garantiza como mínimo el acceso a las prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Este plan también incluye el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) que enlista los fármacos y tratamientos cubiertos por el sistema de salud. El SNS se financia mediante el Fondo Nacional de Salud (Fonasa): un fondo público constituido por aportes obligatorios patronales, de los trabajadores formales, jubilados y pensionistas, y del Estado, que cubre la diferencia entre los ingresos y egresos del Fondo. Aquellas personas que aportan al

Fonasa pueden elegir libremente su prestador integral de salud entre ASSE y cualquier IAMC. Para financiar los servicios de salud, el Fonasa efectúa un pago por cada persona, denominado “cápita”, cuyo monto es una estimación del gasto esperado en salud según la edad y sexo del afiliado.¹ Para los seguros privados, la cobertura integral requiere de un pago complementario por parte del afiliado.

Aquellas personas que no aportan al Fonasa tienen derecho a las mismas prestaciones establecidas en el PIAS, con la diferencia de que solo pueden atenderse de forma gratuita en ASSE. Su atención se financia directamente desde Rentas Generales del Estado. Alternativamente, pueden pagar por cuenta propia la afiliación a una IAMC o seguro privado.

La supervisión del Fonasa está a cargo de la Junta Nacional de Salud (Junasa), integrada por siete miembros: dos representantes del Ministerio de Salud Pública (MSP), uno del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), uno del Banco de Previsión Social (BPS), uno de los prestadores del SNIS, uno por los trabajadores de los prestadores y uno por los usuarios. En tanto, la conducción y regulación del SNIS en su conjunto es responsabilidad del MSP.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

FONASA — Fondo público compuesto por aportes obligatorios patronales, de trabajadores, jubilados y pensionistas, y aportes del Estado

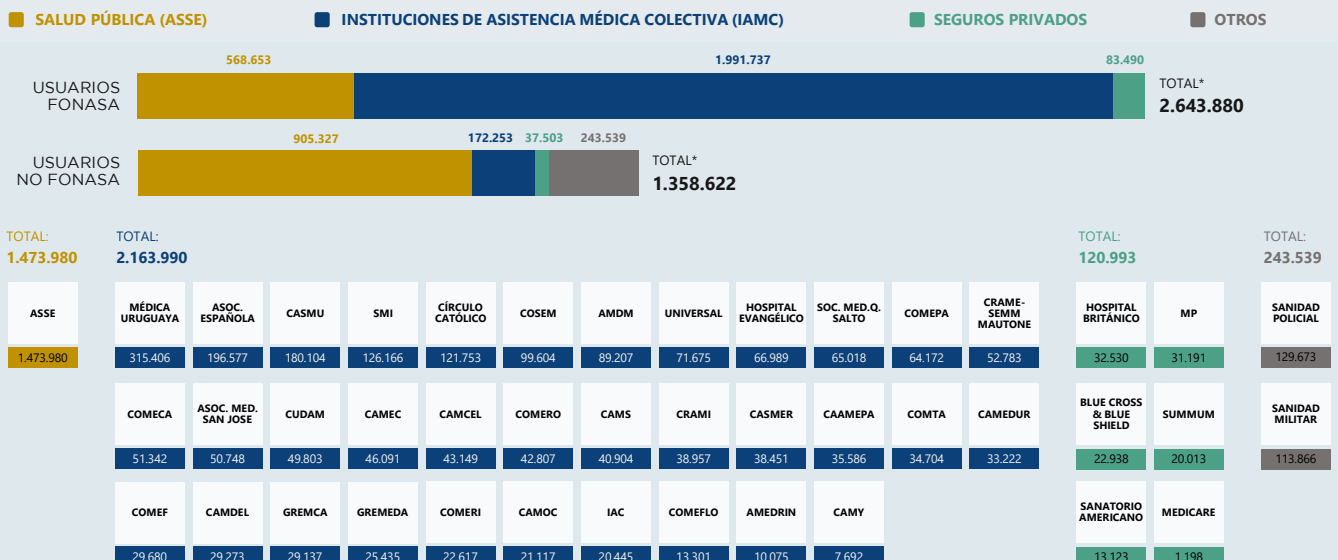
RENTAS GENERALES — Dinero del Estado, proveniente en su mayor parte de la recaudación de impuestos o emisión de deuda pública

PAGOS VOLUNTARIOS — Pagos que las personas hacen voluntariamente de su propio dinero

¿Cómo se financia cada grupo de usuarios?

	SALUD PÚBLICA (ASSE)	IAMC	SEGUROS PRIVADOS	OTROS
Aportan a Fonasa	Fonasa	Fonasa	Fonasa + Pagos voluntarios	-
NO aportan a Fonasa	Rentas Generales	Pagos voluntarios	Pagos voluntarios	Rentas Generales

USUARIOS POR PRESTADOR DE SALUD



Fuentes: Población afiliada a ASSE, IAMC y Seguros Privados Integrales (MSP, Marzo 2024), Cuentas Nacionales de Salud (MSP, 2023). Nota: Las cifras de usuarios de Sanidad Policial y Militar corresponden a 2021. *La suma es mayor a la población de Uruguay debido a las personas que tienen cobertura de más de un prestador de salud simultáneamente.
¹Al pago por cápitas también se le suma un pequeño monto variable que el MSP paga a las instituciones sujeto al cumplimiento de metas asistenciales.

Caracterización del sistema y salud de la población

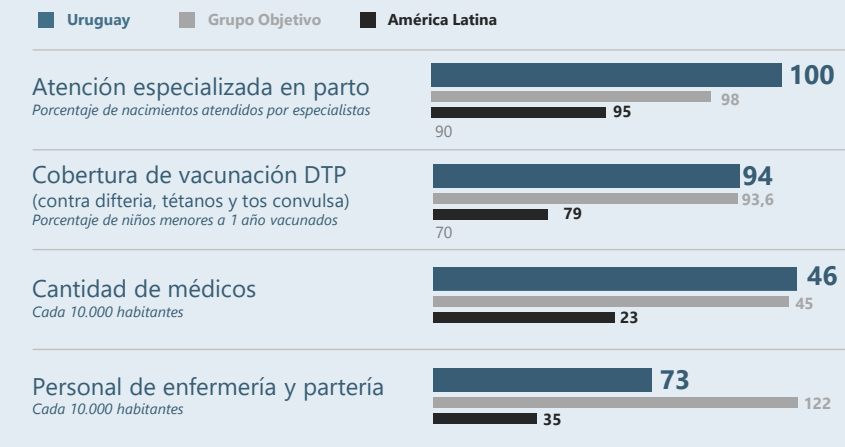
Indicadores resumen

Desempeño del sistema, acceso a servicios de salud y recursos

El sistema de salud uruguayo se destaca a nivel global, ocupando el puesto 35 entre 167 países y el 3° en la región, solo por detrás de Cuba y Costa Rica, según el pilar de Salud del Índice de Prosperidad de Legatum (2023). Este componente evalúa la medida en que las personas cuentan con buena salud y tienen acceso a los servicios necesarios para mantenerla, considerando los indicadores sanitarios, enfermedades y factores de

riesgo, y las tasas de mortalidad. A su vez, el sistema está bien posicionado en el Índice de Cobertura Sanitaria Universal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupando el puesto 33 a nivel mundial y el 3° en el continente. El 99% de la población uruguaya cuenta con algún tipo de cobertura de salud, según la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2023.

Comparación internacional con respecto al promedio de Grupo Objetivo y América Latina para el último año disponible



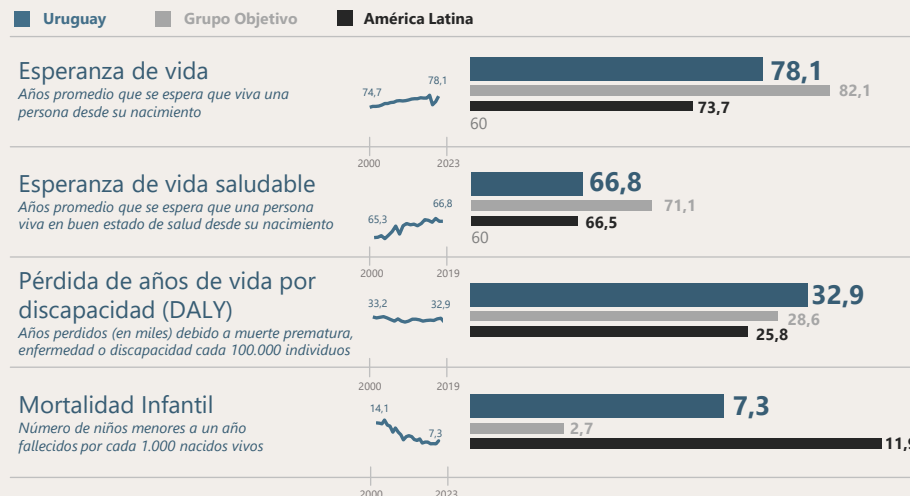
Se compara con un **Grupo Objetivo** al cual nuestro país podría aspirar alcanzar, compuesto por aquellos países con mayor nivel de desarrollo humano, similares en población o extensión territorial a Uruguay, y que comparten un fuerte arraigo a los valores democráticos (Suiza, Noruega, Islandia, Dinamarca, Irlanda, Países Bajos, Finlandia, Bélgica, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Israel, Eslovenia, Austria, Estonia, República Checa, Grecia, Portugal) (*Monitor de Desarrollo de CERES, 2024*).

	ASSE	IAMC	Seguros Privados	Total
Cantidad de camas <i>(para afiliados y destinadas a terceros)</i> , de las cuales:	4.597	4.263	399	9.259
<i>Cuidados moderados</i>	4.349	3.555	309	8.213
<i>Cuidados intermedios / CTI</i>	248	708	90	1.046
Cantidad de consultas <i>(por afiliados por año)</i>	3,7	6,5	8,8	-

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) y MSP. Notas: DTP refiere a difteria, tétanos y bordetella pertussis (tos convulsa). La tasa de cantidad de médicos equivale a 15.846 médicos activos; si se considera el total de médicos habilitados esta cifra asciende a 21.907. Para ASSE la cantidad de camas de cuidados moderados también incluye cuidados básicos.

Estado de salud

Comparación internacional con respecto al promedio de Grupo Objetivo y América Latina para el último año disponible



	Uruguay	Grupo Objetivo	América Latina
Cardiovascular	23,1%	28,7%	24,9%
Cáncer	23,0%	24,8%	14,1%
Respiratorias	11,1%	9,6%	19,1%

Fuente: MSP (2023), Our World in Data.

Fuente: OMS, MSP, Our World in Data, Naciones Unidas (ONU). Notas: La esperanza de vida se calcula asumiendo se mantengan las tasas actuales de mortalidad; la esperanza de vida saludable se calcula ajustando por enfermedades y/o lesiones; un año de vida ajustado por discapacidad (DALY) equivale a la pérdida de un año de vida saludable.

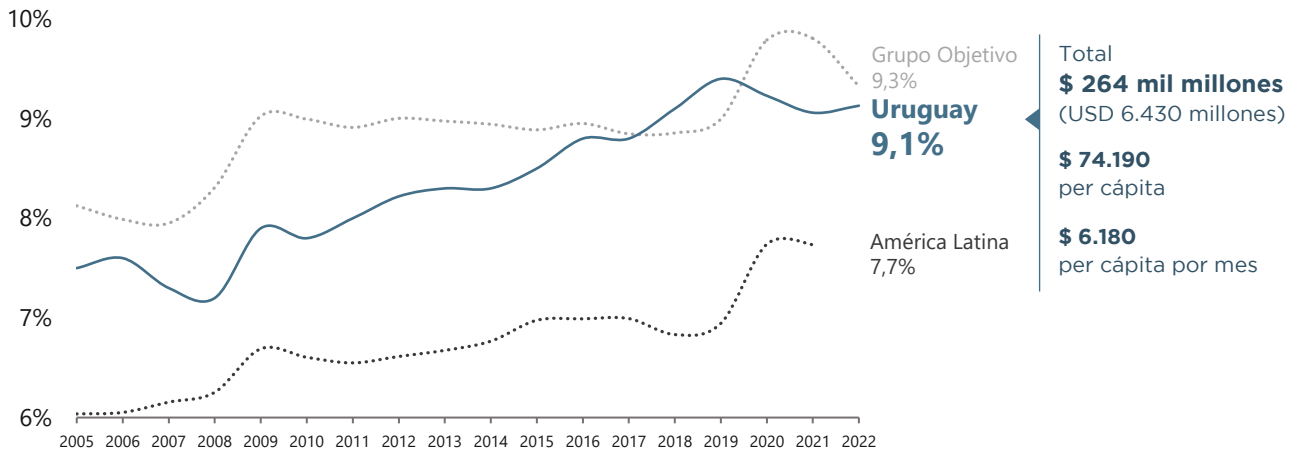
Gasto en salud

El gasto total en salud (GTS), como se muestra en la Figura 1, ha aumentado significativamente en los últimos años y se proyecta que siga en ascenso. En pesos constantes, se ha duplicado desde 2005, alcanzando \$263.800 millones en 2022, de acuerdo con las últimas Cuentas Nacionales de Salud disponibles. Per cápita, esto representa un incremento en pesos constantes de \$38.660 en 2005 a \$74.190 en 2022, lo que equivale a un promedio de \$6.180 por mes. En

relación al año anterior, el GTS registró un leve aumento de menos del 1% en términos reales en 2022, debido a la reducción del Fondo Covid tras el fin de la emergencia sanitaria a principio de año. Como porcentaje del PBI, creció 0,7 puntos porcentuales, alcanzando 9,13% en 2022. A su vez, el gasto en salud varía considerablemente según el tipo de proveedor, siendo hasta tres veces más alto en seguros privados en comparación con ASSE o Sanidad Militar.

FIGURA 1
Gasto total en salud

Como porcentaje del PBI



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud (2024), OMS y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

PROYECCIONES

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020) proyecta un crecimiento del gasto público en salud en Uruguay (partiendo del gasto en cápitras y ASSE), y consecuentemente del gasto total en salud, debido al envejecimiento poblacional y la tendencia a la ampliación de cobertura en salud mental y bucal.

Según OPS, en base al gasto en salud en 2018,
+ USD 750 millones para 2050
(+ USD 500 millones para 2030)
en dólares de 2018.

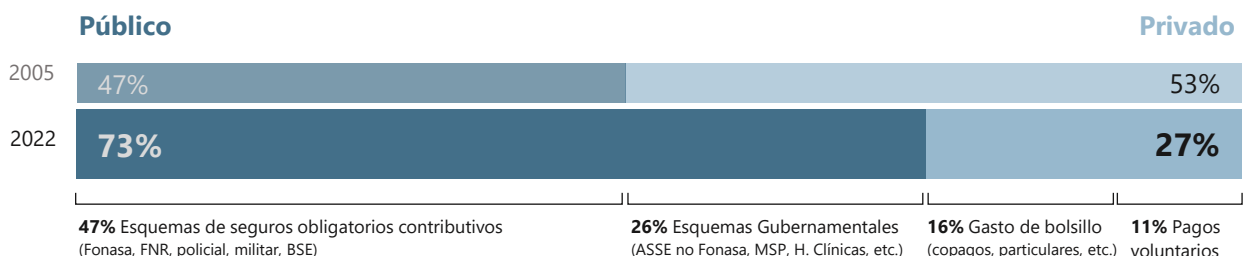
De acuerdo con el Observatorio del sistema de salud del Uruguay (2024), considerando únicamente la evolución demográfica y el hecho de que el gasto en salud incrementa con la edad, se proyecta un incremento sostenido para 2050.

El Observatorio del sistema de salud de Uruguay proyecta un
↑ incremento del 14%
del gasto en salud para 2050
por el cambio en la estructura demográfica.

La creación del Fonasa implicó un cambio sustancial en las fuentes de financiamiento del sistema (ver Figura 2). La participación privada cayó por debajo del 50% en 2008 y se ha mantenido en un promedio en torno al 30%

desde entonces. El aumento del financiamiento público tiene como contrapartida una reducción del gasto de bolsillo, lo que mejora la protección financiera del SNIS para las familias con ingresos más vulnerables.

FIGURA 2
Distribución del gasto total en salud según fuente de financiamiento



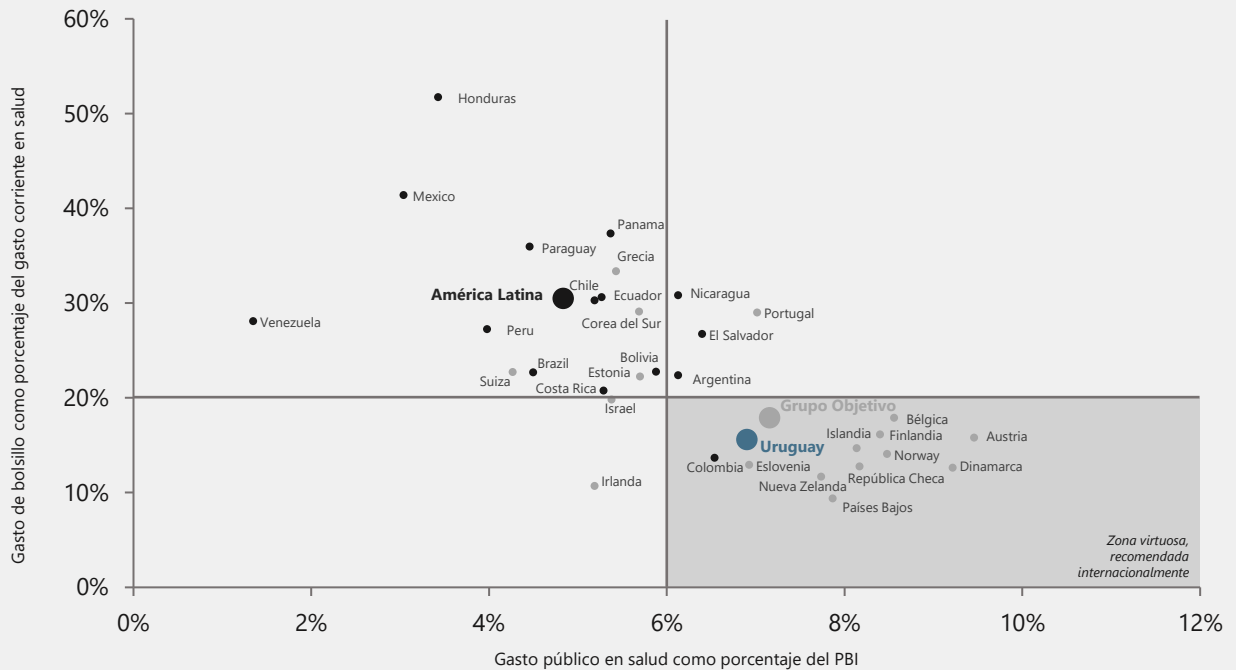
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud (CNS) (2023 y 2024). Nota: Subcategorías de público y privado estimadas para 2022 en base a distribución de 2021 según matriz de CNS disponible para dicho año.

A nivel internacional, la OMS reconoce como deseable para un sistema de salud que el gasto público sea mayor al 6% del PBI y que el gasto de bolsillo sea menor al 20% del gasto corriente total del sector salud, puesto

que estos pagos no dependen de la capacidad de pago de las personas y, al realizarse al momento de utilizar los servicios, pueden representar una barrera de acceso (OPS y OMS, 2021).

FIGURA 3

Comparación internacional del gasto en salud y umbrales recomendados



Fuente: Organización Mundial de la Salud para 2021.

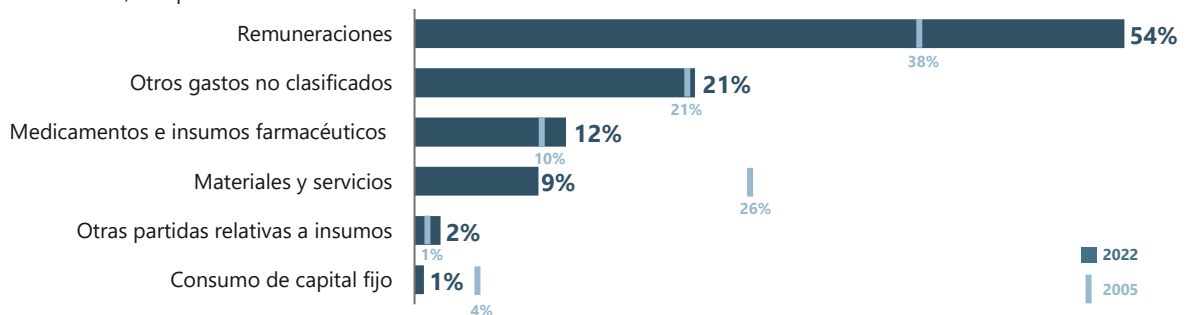
Como se observa en la Figura 3, el sistema uruguayo es uno de los pocos de la región que se encuentra en el cuadrante considerado “virtuoso” desde el punto de vista del financiamiento, con un gasto público en salud del 6,5% del PBI y un gasto de bolsillo del 16% del gasto total en 2022. En este cuadrante se agrupan la mayoría de los países del Grupo Objetivo y tan solo dos de

América Latina. Desde 2015, Uruguay cumple con los criterios internacionales de deseabilidad. En cuanto al gasto de bolsillo, este se ha mantenido relativamente estable en torno a los \$10.000 por persona en los últimos años, destinándose principalmente a pagos directos (productos o consultas particulares) y tasas moderadoras (órdenes y tickets).

FIGURA 4

Distribución del gasto en salud según factores de provisión (2022)

Gasto corriente, comparación con 2005



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud (2023 y 2024).

Las remuneraciones del sector representan el componente más importante del gasto por factores de provisión,² y han aumentado su participación del 38% en 2005 al 54% en 2022 (ver Figura 4).

Esto refleja la alta intensidad del sistema de salud en capital humano. Cerca del 90% de las remuneraciones corresponden a asalariados, y el 10% a profesionales autónomos. En términos reales, el incremento del gasto en salarios desde 2005 ha superado el crecimiento del

gasto total en salud. En términos reales, mientras el gasto corriente total creció 100% de 2005 a 2021, las remuneraciones crecieron 120%. El rubro de “otros gastos no clasificados”, que incluye principalmente a proveedores privados como consultorios médicos, odontológicos, clínicas privadas, farmacias y laboratorios, representa una parte significativa del gasto total (21%), del cual no se dispone de información detallada sobre sus estructuras de gasto.

²Esta clasificación considera los insumos utilizados para producir los bienes y servicios que son consumidos en el sistema. El gasto también puede analizarse desde la clasificación de funciones, y puede haber diferencias entre ambas, como es el caso de los medicamentos e insumos farmacéuticos, que totalizan el 7,2% en esta última clasificación (rubro “Bienes médicos”) y 12% por factores de provisión.



2

Los 10 principales desafíos

1. Competencia entre prestadores

Para que exista competencia en un mercado debe haber múltiples oferentes y un marco en el cual estos puedan diferenciarse para captar clientes y buscar beneficios. En el sistema uruguayo, las IAMC son prestadoras privadas de salud que ofrecen cobertura integral financiada por el Fonasa. Las IAMC tienen pocas posibilidades de competir por precios y deben ofrecer como mínimo las

prestaciones establecidas en el PIAS, por lo que la principal variable para competir es la calidad de los servicios prestados. La competencia en el mercado de la salud en Uruguay está limitada y regulada, lo que delimita el funcionamiento del sistema y el grado de libertad de los usuarios.

VENTAJAS

DE LA COMPETENCIA

- La competencia incentiva a las instituciones a ser **más eficientes, innovar y mejorar los servicios** para atraer usuarios
- Da **mayor libertad** a los usuarios para elegir qué atención de salud quieren

DESVENTAJAS

DE LA COMPETENCIA

- La **complementariedad** entre prestadores puede verse reducida
- Incremento de gastos ajenos a la salud, como **hotelería o publicidad**
- **Reduce la estabilidad** de los prestadores de salud

La reforma del sistema de salud de 2007 cambió la libre movilidad de los usuarios por una movilidad regulada. Actualmente, los usuarios pueden cambiar de IAMC en un mes específico del año según su cédula de identidad y deben permanecer al menos dos años en la institución, salvo causales excepcionales. En otros países con movilidad regulada, este plazo no suele ser mayor a un año.³ Esta restricción atenúa la intensidad de la competencia; si bien tiene algunas ventajas para los prestadores de salud —como reducir el potencial gasto en publicidad—, limita la libertad de los usuarios y los incentivos para que las IAMC ofrezcan mejores servicios.

Un obstáculo adicional para la competencia es que las IAMC son organizaciones sin fines de lucro. Esto reduce la motivación para mejorar el servicio y captar afiliados, incluso ante un escenario de movilidad más flexible, lo que puede ser desfavorable para la experiencia de los usuarios. Asimismo, esto puede hacer que la competencia se desplace a ámbitos ajenos al diseño original del sistema, como los servicios “VIP” que ofrecen algunas IAMC (ver más en 2.2. *Financiamiento y sostenibilidad*).

Sin embargo, la evidencia empírica muestra que cuando las personas pueden elegir, incluso en un esquema de

movilidad limitada como el actual, saben distinguir qué prestadores ofrecen los mejores servicios, lo que podría potenciarse con mejor información (ver más en 2.6. *Indicadores de calidad asistencial*).

Por ejemplo, en febrero de 2017, durante la última apertura del corralito mutual antes de la pandemia, el 70% de la población cubierta por el SNS tuvo la opción de cambiar de IAMC. Aproximadamente 55.000 personas (3,4% del total habilitado) optaron por el cambio. Los datos muestran que las IAMC que ganaron afiliados tenían mejores indicadores de calidad de servicio. Específicamente, las IAMC ganadoras tenían más médicos generales (16,3 vs. 13,7 por cada 10.000 usuarios mayores de 14 años), ginecólogos (11,5 vs. 8,3 por cada 10.000 usuarias mayores de 14 años), pediatras (24,0 vs. 21,4 por cada 10.000 usuarios menores de 15 años), auxiliares de enfermería (10,3 vs. 7,4 por cada 10.000 usuarios), y licenciados de enfermería (1,0 vs. 0,4 por cada 10.000 usuarios) en comparación con aquellas que perdieron afiliados. Si se apostara por una mayor libertad de elección, podría beneficiarse tanto a los individuos como al sistema en su conjunto. Cuando las personas tienen la opción de elegir, eligen los servicios de mejor calidad.

LIBERTAD PARA ELEGIR Y CALIDAD DE SERVICIOS

(Elecciones de IAMC entre 2020 y 2023)

Los indicadores asistenciales de las IAMC que ganaron afiliados en los últimos tres años son mejores, en promedio, que en aquellas que perdieron afiliados. Al cambiarse de prestador de salud, las personas saben distinguir los que ofrecen mejores servicios.

Promedio de indicadores de las IAMC que en los últimos 3 años...

ganaron usuarios →

perdieron usuarios →

Médicos generales en policlínica cada 10 mil usuarios mayores de 14 años

2,1

1,2

Ginecólogos en policlínica cada 10 mil usuarias mayores de 14 años

1,1

0,7

Papanicolaou o test HPV en mujeres de entre 25 y 64 años (%)

62,4

53,6

Mamografías realizadas a mujeres de 59 a 69 años sin antecedentes de cáncer mamario (%)

40,5

30,0

Las variables mencionadas anteriormente son aquellas para las cuales se dispone de información pública actualizada y fiable, relacionadas con aspectos como el personal empleado, la prevención y la salud de la mujer. Aunque sería ideal comparar también otros indicadores relevantes—como tiempos de espera o satisfacción con la atención al público— esto no fue posible debido a la falta de datos suficientes de calidad de la atención en salud (ver más en 2.6. *Indicadores de calidad asistencial*).

Fuente: MSP (Indicadores Asistenciales IAMC 2023).

³Balsa y Dubra (2020) estudian los casos de Alemania, Bélgica, Colombia, Estados Unidos, Israel, Países Bajos y Suiza, y encuentran que los plazos de permanencia bajo un mismo plan de cobertura o prestador de salud van desde tres meses a un año, a excepción de Alemania donde llega a 18 meses. En ningún caso el período alcanza dos años, como ocurre en Uruguay.

2. Financiamiento y sostenibilidad

1 Eficiencia y transparencia en IAMC sin fines de lucro

Las IAMC son organizaciones **sin fines de lucro**

- > No están obligadas a reportar sus beneficios
- > No hay dueños que obtengan ganancias (dividendos) de los resultados finales de su funcionamiento
- > No hay incentivos económicos directos, formalmente establecidos, para cuidar su eficiencia

En el sistema actual, más de dos millones de uruguayos se atienden en las IAMC, que se caracterizan por ser organizaciones privadas sin fines de lucro, financiadas mayormente por el Fonasa. Estas organizaciones no tienen accionistas o dueños que perciban ganancias y que, por lo tanto, tengan incentivos económicos directos para garantizar su eficiencia.

Asimismo, existe un incentivo adverso porque de acumularse un margen en un ejercicio económico, el regulador puede interpretar que la IAMC tiene un financiamiento excesivo, lo que podría desembocar en que se opte por gastar ese dinero en destinos no

prioritarios en lugar de asumir un riesgo.

Este esquema también puede generar incentivos para la aparición de beneficiarios que perciban ganancias de manera indirecta: dado que el lucro está prohibido para las IAMC, este puede redirigirse a negocios relacionados con ellas (por ejemplo, a un proveedor), que pueden tener los mismos dueños. La restricción también puede dar lugar a diseños donde los beneficios existan sin distribuirse en forma de dividendos. Por ejemplo, los empleados de la institución podrían tener incentivos a aumentar sus propias remuneraciones.

2 Cambio demográfico

Uruguay transita una etapa de envejecimiento poblacional, potenciada por un continuo aumento de la esperanza de vida. Para el año 2050, se proyecta que el cambio en la estructura demográfica aumentaría el gasto en salud en 14% comparado con el actual (Observatorio del sistema de salud del Uruguay, 2024).

La demanda por una mejor calidad de vida implica un incremento sostenido de recursos para formación médica, nuevos procedimientos, tecnología avanzada, infraestructura y otras inversiones. Las personas vivirán más tiempo y requerirán servicio de salud —cada vez más caros— por períodos más prolongados. El envejecimiento poblacional aumenta la presión sobre estos recursos, ya que se necesita más dinero para cubrir las mismas necesidades.

Las posibilidades de mejora de la salud en un escenario de mayor esperanza de vida harán repensar cuántos recursos se destinan al sistema de salud y cómo pueden ser asignados de manera sostenible para satisfacer las crecientes demandas de una población envejecida y longeva.

3 Origen de los fondos

Los aportes al Fonasa no cubren la totalidad de sus gastos, por lo que el resto es financiado por Rentas Generales. La contribución de Rentas Generales se ha mantenido en alrededor de 24% de los egresos del Fonasa desde 2016, cuando terminaron de incorporarse todos los colectivos al SNS. Este mecanismo solventa el déficit del Fonasa en función de recursos propios, pero no necesariamente es óptimo en términos de eficiencia económica o de distribución.

La recaudación del Estado proviene de diversas fuentes, con distintos efectos sobre los ingresos, consumo, ahorro y actividades de las personas y empresas. Para ilustrar esto, el principal impuesto recaudado por la Dirección General Impositiva (DGI) es el Impuesto al Valor Agregado (IVA), que grava el consumo final; destinar recursos de Rentas Generales estaría alineado, implícitamente, con entender que el consumo final de las personas es una buena fuente de financiamiento del déficit del Fonasa.

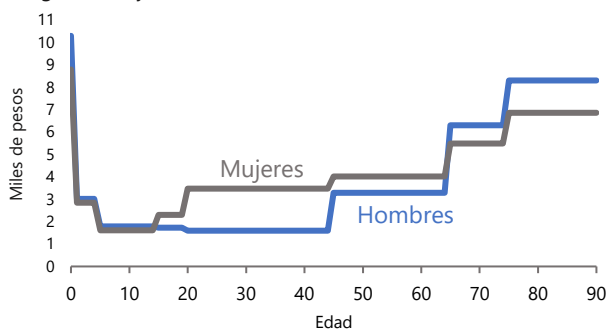
Es relevante definir con claridad si la estrategia que el país seguirá a la hora de financiar los nuevos gastos asociados al sistema. ¿Se deben financiar según el correspondiente uso de servicios o a través de Rentas Generales, lo que implica decisiones de redistribución de recursos?

4 Cálculo de las cápitas

Definición. Una cápita es el pago que el Fonasa destina a ASSE, una IAMC o un seguro privado para financiar la cobertura integral de salud de una persona. El monto de la cápita corresponde a lo que el MSP estima que una persona promedio gasta en servicios de salud, considerando las prestaciones médicas establecidas en el PIAS. Su cálculo se ajusta según el riesgo asociado a cada beneficiario, en función de su edad y sexo. Por ejemplo, se espera que el gasto en salud por persona sea mayor en sus primeros años de vida y en la vejez. Asimismo, las mujeres en edad reproductiva tienen, en promedio, mayores gastos que los hombres.

Monto de las cápitas en Uruguay

Según edad y sexo,



Fuente: MSP.

El monto de las cápitas, definido en agosto de 2007, ha aumentado 284% hasta 2024, con un crecimiento de 108% en la última década. Durante los mismos períodos, el costo de vida promedio creció en magnitudes similares, aunque los salarios crecieron mucho más. Mientras que el Índice de Precios al Consumo (IPC) subió 251% y 110%, respectivamente, el Índice Medio de Salarios (IMS) creció 410% y 126%, respectivamente. Esto es relevante porque casi dos tercios de los costos operativos de las IAMC del país, en promedio, se explican por costos laborales.

Por su parte, el cálculo y asignación de las cápitas se basa únicamente en la edad y el sexo de las personas, sin considerar otros factores de riesgo que también influyen en los recursos necesarios para que cada institución pueda atender adecuadamente a sus usuarios. La no inclusión de factores determinantes del costo en salud puede resultar en la transferencia de una cantidad de recursos mayor o menor de la que le correspondería a una institución.

Esto puede perjudicar las finanzas y generar desincentivos para que las IAMC brinden servicios de calidad o atraigan a grupos de mayor riesgo. Por ejemplo, si una IAMC brinda mejor atención a los pacientes de una enfermedad crónica (como diabetes o hemofilia) podría acabar acumulando un grupo de individuos que tienen asociados costos de tratamientos más elevados, afectando negativamente sus finanzas.

A su vez, bajo el esquema actual, existen situaciones, como por ejemplo la de los pacientes dializados, en las cuales las instituciones reciben recursos adicionales a través del Fondo Nacional de Recursos para su tratamiento, cuando en realidad no corresponden a una atención de alta especialización. Estos recursos podrían estar incluidos en la cápita de manera más directa, simplificando el sistema de financiamiento y reflejando mejor los costos reales de atención.

En Uruguay, aunque no es unánime, son varios los expertos que entienden que hace falta complementar los criterios de edad y sexo con otros factores para aproximar mejor el riesgo de salud de las personas. En otros países que utilizan un sistema de pago por cápitas se toman múltiples variables para lograr una asignación más equitativa y precisa (ver ejemplo de Israel, Países Bajos, Inglaterra y Alemania).

DETERMINANTES DE LAS CÁPITAS

FACTORES CONSIDERADOS PARA SU CÁLCULO EN OTROS PAÍSES CON SISTEMAS COMPARABLES



ISRAEL

Edad, sexo, lugar de residencia y algunas condiciones severas.



PAÍSES BAJOS

Edad, sexo, tipo de ingreso (beneficiario de la seguridad social, asalariado, independiente) y status socioeconómico; región; consumo esperado de fármacos por enfermedades crónicas; condiciones crónicas con tratamiento ambulatorio; altos gastos médicos en años previos, uso previo de salud mental; y otros.



INGLATERRA (REINO UNIDO)

Edad, el costo de los insumos (como los gastos de personal y de funcionamiento), los factores sociales (como la falta de acceso a servicios básicos) y las medidas del estado de salud, revisados y modificados periódicamente por el Advisory Committee on Resource Allocation.



ALEMANIA

Edad, sexo, 80 categorías de enfermedades severas y enfermedades crónicas costosas.

Fuente: OMS, y Balsa y Dubra (2020). Nota: Se seleccionaron algunos países con pago de cápitas y sistemas de salud con características similares al uruguayo.

5 Determinación del gasto por persona en la salud pública

El gasto por persona no está definido con claridad en el sistema de salud, lo que se explica en parte por la diversidad de prestadores y las diferentes fuentes de financiamiento existentes.

Para un gobierno resulta difícil reducir el monto de las cápitas, tanto porque afecta los ingresos de los seguros y prestadores de salud como por motivos legales y políticos. Si se hacen modificaciones, el cambio es claro y visible a la opinión pública. Eso da estabilidad al sistema y sostén a la calidad asistencial.

La situación es diferente cuando se trata de una partida presupuestaria sin distinguir personas. El presupuesto puede servir como una de las variables de ajuste del gasto del gobierno en presencia de problemas macroeconómicos o de finanzas públicas. Esto es una cuestión de diseño institucional que expone la salud de funcionarios militares y policiales; desempleados, trabajadores informales y cuentapropistas sin cobertura de Fonasa, y también a aquellas personas que aportan al Fonasa y eligen atenderse en ASSE voluntariamente.

El gasto por persona en las diferentes instituciones del sistema

IAMC y Seguros Privados – *Claramente definido*

2.284.983 usuarios

En las IAMC y seguros privados, el gasto por persona es claro, dado que su afiliación es financiada por cápitas del Fonasa y/o pagos voluntarios del usuario.

ASSE (no Fonasa) – *Indefinido*

905.327 usuarios

En ASSE, el gasto por persona no es tan lineal. El presupuesto para los no afiliados se adjudica de forma general, pudiendo diferir del cálculo individual que indicaría el pago de una cápita.

ASSE (por Fonasa) – *Parcialmente definido*

568.653 usuarios

En el presupuesto de ASSE, el financiamiento de las personas por Fonasa y fuera del Fonasa no están separados. Es decir, se “mezclan” y con el presupuesto en conjunto se da cobertura a todos los usuarios. Para aquellos que están afiliados por Fonasa, eso provoca que su financiación con cápitas (bien definida) se diluya en un financiamiento general (indefinido), donde el gasto por persona podrá ser diferente del que correspondería por su perfil de riesgo.

Sanidad Policial y Sanidad Militar – *Indefinido*

243.539 usuarios

Para el caso de Sanidad Policial y Sanidad Militar, sus presupuestos se desprenden del Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa, respectivamente, sin un gasto por persona nítidamente definido.

Nota: Cantidad de usuarios según MSP (Marzo 2024, y 2021 para Sanidad Policial y Militar).

6 Las finanzas de las IAMC

Las IAMC prestan servicios de salud a la mayoría de los uruguayos, y obtienen la mayor parte de su financiamiento del Fonasa. Son instituciones históricas en Uruguay, que no fueron creadas por el SNIS, aunque son determinantes de su buen funcionamiento. En los últimos años, han surgido preocupaciones acerca de su sostenibilidad financiera en el marco actual. El importante aporte de Rentas Generales al Fonasa, que no puede sostenerse con aportes propios, es un factor de preocupación generalizado. Está presente en la discusión pública si el financiamiento del sistema está

bien diseñado y si es suficiente, afectando la salud de las instituciones de asistencia médica. El cierre de la mutualista Casa de Galicia en 2021 —una histórica institución de 104 años— y la actual intervención al Casmu por su situación financiera —siendo la tercer IAMC con más socios en Uruguay— obliga a revisar la contabilidad de las IAMC en el país. A continuación, se presenta un resumen de los indicadores contables más relevantes, seguido de una explicación detallada sobre cómo interpretarlos.

TABLA 1
Información contable de las IAMC

Ejercicio oct-2022/sep-2023

	% afiliados sobre total	Resultados de gestión en el ejercicio					Situación patrimonial y financiera				
		(1) Resultado Operativo		(2) Resultado Total		(3) Venta de Servicios / Ing. Op.	(4) Pasivo / Activo	(5) Pasivo / Ing. Op.	(6) Pasivo Corr. / Activo Corr.	(7) Pasivo Corr. / Pasivo Tot.	(8) Costos. Fin. / Pas. Tot.
		USD	/ Ing. Tot.	USD	/ Ing. Tot.						
MÉDICA URUGUAYA	14,5%	-4.399.612	-1,2%	-1.770.983	-0,5%	2%	35%	67,0%	117%	98%	0,8%
ASOC. ESPAÑOLA	9,1%	5.214.077	1,4%	2.740.163	0,7%	19%	87%	42,3%	385%	73%	4,3%
CASMU	8,4%	3.656.159	1,1%	7.138.956	2,1%	16%	121%	65,5%	316%	68%	4,4%
SMI	5,8%	-1.858.432	-1,0%	162.290	0,1%	7%	45%	38,6%	138%	80%	3,0%
CÍRCULO CATÓLICO	5,5%	2.588.764	1,4%	3.126.923	1,7%	20%	58%	23,5%	191%	75%	2,6%
COSEM	4,7%	-1.674.607	-1,2%	-1.292.082	-1,0%	2%	88%	16,3%	111%	97%	7,1%
UNIVERSAL	3,3%	-4.402.191	-4,5%	-994.182	-1,0%	7%	49%	64,1%	279%	79%	6,9%
HOSPITAL EVANGÉLICO	3,2%	785.978	0,7%	363.337	0,3%	18%	93%	17,7%	433%	85%	3,1%
CUDAM	2,4%	-2.114.607	-3,9%	-2.184.500	-4,0%	3%	56%	28,3%	151%	99%	2,3%
GREMCA	1,3%	1.347.341	3,9%	45.233	0,1%	3%	289%	30,5%	364%	65%	2,2%
MONTEVIDEO	58,1%	-857.129	0,0%	7.335.154	0,4%	11%	75%	42,0%	233%	76%	3,8%
AMDM	4,0%	1.387.918	1,0%	933.943	0,7%	11%	35%	28,6%	220%	89%	3,3%
SOC. MED. Q. SALTO	3,0%	2.537.438	2,7%	3.003.357	3,2%	11%	24%	33,6%	48%	100%	4,9%
COMPEA	3,0%	1.128.880	1,1%	9.859.146	9,9%	13%	28%	15,7%	56%	76%	2,9%
CRAME	2,4%	-636.377	-0,9%	-725.849	-1,1%	7%	41%	19,9%	134%	91%	6,8%
COMECA	2,4%	-79.720	-0,1%	689.736	0,8%	14%	17%	22,8%	48%	97%	13,5%
ASOC. MED. SAN JOSÉ	2,3%	561.108	0,8%	377.346	0,5%	8%	31%	20,3%	146%	87%	2,8%
CAMEC	2,1%	-1.966.656	-2,8%	-1.790.441	-2,6%	9%	31%	12,5%	165%	99%	4,1%
COMERO	2,0%	13.218	0,0%	-1.511.666	-2,4%	8%	39%	18,2%	209%	77%	8,6%
CANCEL	2,0%	956.496	1,7%	963.312	1,7%	5%	36%	21,5%	120%	97%	2,7%
CAMS	1,9%	-624.389	-1,0%	-336.897	-0,5%	13%	39%	19,9%	155%	94%	1,6%
CRAMI	1,8%	738.427	1,3%	1.326.316	2,4%	5%	65%	28,3%	182%	83%	2,7%
CASMER	1,7%	3.101.973	5,9%	4.787.602	9,1%	8%	32%	20,0%	59%	96%	5,3%
CAAMEPA	1,7%	77.052	0,2%	769.895	1,6%	3%	45%	31,6%	156%	95%	2,8%
COMTA	1,6%	1.430.108	3,0%	2.661.107	5,6%	2%	45%	22,7%	143%	88%	2,6%
CAMEDUR	1,5%	239.673	0,5%	589.845	1,2%	11%	19%	35,6%	49%	93%	10,9%
COMEF	1,4%	-675.411	-1,5%	-314.673	-0,7%	9%	42%	22,3%	224%	90%	2,6%
CAMDEL	1,4%	-221.229	-0,5%	391.502	0,9%	5%	39%	30,4%	178%	90%	3,3%
GREMEDA	1,2%	1.222.593	3,2%	1.205.426	3,1%	13%	39%	26,5%	165%	94%	3,9%
COMERI	1,1%	396.508	1,4%	186.269	0,7%	6%	96%	18,7%	131%	83%	5,2%
CAMOC	1,0%	-97.096	-0,3%	119.921	0,4%	11%	24%	22,0%	162%	98%	3,5%
IAC	0,9%	782.659	2,8%	568.043	2,1%	3%	31%	23,3%	74%	99%	5,7%
COMEFLO	0,6%	-484.408	-2,7%	-657.476	-3,6%	2%	22%	29,1%	74%	100%	12,7%
AMEDRIN	0,5%	163.526	1,1%	543.853	3,6%	15%	34%	23,4%	128%	94%	2,6%
CAMY	0,4%	102.803	0,9%	-472.391	-4,3%	17%	43%	42,0%	87%	64%	2,7%
INTERIOR	41,9%	10.055.094	0,8%	23.167.225	1,8%	9%	33%	23,8%	104%	90%	4,5%
TOTAL	100%	9.197.965	0,3%	30.502.379	0,9%	11%	55%	34,5%	167%	80%	4,0%

Nota: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud Pública.

Los principales indicadores de la situación contable de las IAMC

Resultado operativo *(Columna 1, Tabla 1)*

Este indicador muestra si los ingresos obtenidos por las actividades de la institución son mayores o no que los costos necesarios para llevarlas a cabo. En la tabla figura su monto en dólares corrientes al cierre del ejercicio y también como porcentaje de los ingresos totales para poder dimensionar los resultados de acuerdo con la escala de la institución. Por ejemplo, La Española tuvo el mayor resultado operativo en términos absolutos, mientras que Casmer lo tuvo con respecto a sus ingresos totales. En tanto, Universal tuvo el peor resultado operativo en dólares y también con respecto a sus ingresos totales en el último ejercicio.

Resultado total *(Columna 2, Tabla 1)*

Se muestra en las mismas dos modalidades que el resultado operativo, pero incluye ganancias y pérdidas diversas (es decir, con respecto a actividades ajenas al giro principal de la institución) y ganancias y pérdidas financieras (tales como intereses, diferencias de cambio u otros conceptos vinculados a las finanzas de la institución). Por ejemplo, el resultado total del SMI fue prácticamente neutro y sustancialmente mejor que su resultado operativo (que fue deficitario), sobre todo debido a ingresos por inversión en empresas vinculadas y otros ingresos diversos. En tanto, Gremca presenta el caso contrario; con un resultado operativo positivo, terminó el ejercicio con un resultado total casi neutro, principalmente por haber tenido que gastar USD 1,2 millones en indemnizaciones por despido. La Española presenta un comportamiento similar, pero en lugar de deberse a motivos de concepto diverso (despidos), su resultado operativo positivo se vio reducido a la mitad por costos financieros (principalmente por concepto de intereses perdidos).

Ventas de servicios sobre ingresos operativos *(Columna 3, Tabla 1)*

Esta relación muestra qué porcentaje representan las ventas de servicios de una institución dentro de sus ingresos operativos. Mientras los ingresos por los propios socios de las IAMC —fundamentalmente cápitás o cuotas— son muy estables, los de ventas de servicios son más volátiles por estar sujetos a las decisiones de otros prestadores privados o ASSE y, por lo tanto, depender de ellos en gran proporción puede ser más riesgoso para las finanzas de las IAMC. El Círculo Católico, la Española, el Evangélico y el Casmu obtienen cerca de una quinta parte de sus ingresos operativos de ventas de servicios a otros prestadores.

Pasivo sobre activo *(Columna 4, Tabla 1)*

Es un ratio que analiza la solvencia de la institución. En caso de que supere el 100%, significa que la institución no tiene activos suficientes para pagar sus obligaciones financieras, es decir, su patrimonio neto es negativo. Los datos cerrados a setiembre de 2023 muestran que el Casmu y Gremca se encuentran en esta situación.

Pasivo sobre ingresos operativos *(Columna 5, Tabla 1)*

Es un indicador que se utiliza para dar una dimensión temporal a las obligaciones de la institución. Muestra a qué porcentaje de los ingresos generados en un año equivalen las deudas de la IAMC, lo que es útil para evaluar qué posibilidades existen de ser amortizadas por completo en algún horizonte temporal. Médica Uruguaya, Casmu y Universal son, con diferencia, las que presentan ratios más altos, aunque debe observarse que sus situaciones son diferentes en función de los demás indicadores (por ejemplo, mientras el patrimonio neto de Casmu es negativo, Médica Uruguaya tiene el triple de activos que de pasivos).

Pasivos corrientes sobre activos corrientes *(Columna 6, Tabla 1)*

Es un indicador de liquidez financiera que muestra la capacidad de pago de la institución en el corto plazo. Si es mayor a 100%, indica que la IAMC no tiene suficiente liquidez para enfrentar sus deudas y otras obligaciones en los próximos 12 meses. La mayoría de las IAMC presentan un ratio de al menos 100% (en Montevideo todas tienen una cifra mayor).

Pasivos corrientes sobre pasivo total *(Columna 7, Tabla 1)*

Es un indicador de estabilidad financiera que muestra qué proporción de las obligaciones totales de la IAMC vencen en el próximo año. Que sea cercano a 100% podría sugerir una falta de confianza de los acreedores para dar crédito a largo plazo a la institución. Por otra parte, puede existir el caso de que la IAMC tenga una buena situación financiera y haya saldado sus obligaciones a largo plazo, por lo que es importante observar este ratio junto con otros indicadores para poder interpretarlo.

Costos financieros sobre pasivo total *(Columna 8, Tabla 1)*

Es una relación que muestra el costo financiero de las obligaciones de la institución. De forma muy esquemática, muestra a qué tasa de interés se ha endeudado la IAMC. Si bien una mayor tasa puede ser una mala señal, la cifra no debe mirarse sin observar cuánto representa el pasivo de la institución, y puede estar distorsionada por el crédito a tasas bajas que el Estado otorgó a través del Fondo de Garantías IAMC. Algunas de las IAMC con mayores costos financieros con respecto a su pasivo son del interior, como Comeca, Camedur, o Comeflo.

3. Eficiencia en el uso de los recursos

El gasto en salud en Uruguay no es bajo de acuerdo con estándares internacionales. Como se vio previamente, Uruguay destina 9,1% del PBI a salud, frente a 7,7% en América Latina y 9,3% en el Grupo Objetivo de países de desarrollo superior. Sin embargo, los recursos podrían administrarse de manera más eficiente.

Según estimaciones de la OMS, al menos 20% del presupuesto en la mayoría de los sistemas de salud es malgastado (OMS, 2018). Un estudio del Banco

Interamericano de Desarrollo (BID) estimó en 2018 que, con los mismos recursos, Uruguay podría aumentar su esperanza de vida en 2,5 años y bajar la mortalidad en menores de cinco años en 3,9 niños por cada 10.000. El principal desafío radica en que las ineficiencias no son atribuibles a un único factor, sino que se acumulan a partir de múltiples ineficiencias relativamente pequeñas, vinculadas, por ejemplo, a las coberturas múltiples, la falta de complementariedad entre prestadores, y los recursos humanos.



Coberturas múltiples

En Uruguay viven menos de 3,5 millones de habitantes, pero hay casi 4 millones de afiliaciones en la salud.

Si bien hay personas que se atienden con más de un prestador voluntariamente y pagan por ello, algunos grupos de trabajadores tienen cobertura integral de salud en más de un prestador, de forma que se pierde rastro del uso de sus recursos y se dificulta su correcta administración. En la discusión parlamentaria referente a la creación del Fonasa, se trató explícitamente este punto, pero la cobertura de salud de los colectivos en cuestión permaneció separada y la opción de atenderse en diferentes centros de salud se mantuvo abierta.

- *Entre funcionarios del Ministerio de Defensa y sus familias, 114 mil personas pueden atenderse en **Sanidad militar**, pero muchos pueden hacerlo también en otras instituciones*
- *Lo mismo ocurre con el personal del Ministerio del Interior en **Sanidad policial** y sus familias, unas 130 mil personas*
- *También los trabajadores de intendencias departamentales se atienden en **policlínicas departamentales** y otros prestadores*



Falta de complementariedad entre prestadores

La complementariedad entre prestadores es un elemento importante en un sistema de salud de escala pequeña y actores atomizados, como el uruguayo. Esto es especialmente relevante dado que la mayoría de los prestadores también actúan como aseguradores, un rol que en otros sistemas está separado. Por ejemplo, en Israel, cuatro aseguradoras ofrecen planes de cobertura a sus afiliados y subcontratan servicios de salud a prestadores privados independientes, pero en Uruguay casi todos los 41 oferentes de cobertura prestan servicios médicos por sí mismos.

Los prestadores en Uruguay tienden a ofrecer todos los servicios posibles en lugar de especializarse, lo que limita la posibilidad de aprovechar economías de escala, algo particularmente beneficioso en ciudades pequeñas.

- *El sistema uruguayo es **fragmentado** y con **poca escala***
- *Los **prestadores intentan ofrecer todos los servicios posibles** al mismo tiempo*
- *Los servicios no se complementan entre sí, y **no hay una regulación o incentivos suficientes** que motiven a hacerlo*
- *Si existiera mayor **complementariedad** se podrían aprovechar **economías de escala y ahorrar recursos***



Situación de los recursos humanos

Para poder atender satisfactoriamente las necesidades de los pacientes, el personal médico necesita trabajar en buenas condiciones y poder mantener un seguimiento de la historia personal de los usuarios adecuadamente. De lo contrario, se está malgastando recursos en un servicio que no es capaz de cumplir adecuadamente con sus cometidos de atención.

No es atípico encontrar profesionales que trabajan en tres o más lugares y atienden a decenas de pacientes por día, en consultas de tan solo 15 minutos.

- ***61% de los médicos generales tienen multiempleo****
- *Para los **especialistas**, la cifra asciende a **74%****
- *Otra observación hecha por algunos expertos es que al sistema le falta un mayor componente de **formación continua** de los médicos*

*Estimación realizada en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares, utilizando el promedio de las estimaciones puntuales mensuales para reducir el error estándar. El multiempleo es definido como ejercer al menos dos ocupaciones al mismo tiempo.

4. Tiempos de espera para especialistas

El tiempo de espera en la atención es un indicador crítico de la capacidad del sistema y los servicios de salud. Este indicador refleja la capacidad del sistema para proporcionar asistencia necesaria en un tiempo adecuado y mide la equidad en el acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios (MSP, 2016).

En Uruguay, los tiempos de espera representan un desafío significativo en el sistema de salud, similar a la situación en muchos países desarrollados. Los largos tiempos de espera generan insatisfacción entre los pacientes debido al retraso en la atención, lo que a su vez retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Por este motivo, los gobiernos de la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han comenzado a implementar acciones para reducir los plazos de espera (OCDE, 2020).

La información publicada en el portal “A Tu Servicio” muestra números relativamente aceptables en diversas instituciones, pero en la opinión pública existe alta preocupación por el aumento de los tiempos de espera.

Conforme a la normativa vigente elaborada en 2007 por el MSP y la Junasa (decreto N° 359/007), el MSP monitorea los tiempos de espera de las IAMC, advirtiéndose incumplimientos por parte de algunos prestadores. Los plazos establecidos para cada consulta son: i) Medicina General, Pediatría y Ginecobstetricia, plazo máximo de 1 día desde la solicitud; ii) Cirugía General, plazo máximo de 2 días desde la solicitud; iii) Especialidades Médicas y Quirúrgicas, plazo no mayor a 30 días desde la solicitud; iv) Procedimientos quirúrgicos no urgentes, plazo inferior a 180 días, desde que la cirugía es indicada.

Tiempos de espera

Días promedio para el primer médico disponible (A Tu Servicio, 2do semestre 2022):

	Medicina general	Pediatría	Cirugía general	Ginecología	Cardiología
ASSE	6,3	9,6	13,0	20,0	19,6
IAMC	1,0	1,2	2,7	3,4	6,3
Seguros	0,2	0,2	0,8	0,5	0,6

De acuerdo con encuesta de opinión pública (Equipos Consultores, 2022):

89% de los uruguayos cree que los tiempos de espera representan uno de los principales problemas del sistema de salud.

93% de las personas que se consideran en estado de salud “malo” o “muy malo”, piensa que demoró demasiado en conseguir hora para su última visita médica o estudio; y **31%** de las personas que se consideran en “muy buen” estado de salud piensan igual.

En Uruguay, el sector salud presenta problemas en la disponibilidad de profesionales de ciertas especialidades y en la distribución territorial (MSP, 2023). En Montevideo y Canelones la densidad es mayor que en el resto del país en la mayoría de las especialidades, en parte debido a la concentración de centros asistenciales en Montevideo. En contraste, el interior del país, especialmente la región norte, presenta una densidad menor en todas las especialidades (MSP, 2021). En este sentido, es relevante que las tasas de formación de especialistas y la capacidad para que la oferta logre cerrar las brechas en el corto y largo plazo.

Como muestra la Figura 5, ciertas especialidades como Neurocirugía, Imagenología y Pediatría, ubicadas en la parte

superior del gráfico (cuadrantes I y II), aumentarán su oferta en el largo plazo. Sin embargo, aquellas especialidades, situadas en el cuadrante II, enfrentan problemas de distribución geográfica. Esto sugiere que el número de profesionales en estas áreas podría mejorar en el futuro, aunque habrá faltante de especialistas en algunas regiones del país.

Por su parte, las especialidades ubicadas en la parte inferior del gráfico (cuadrantes III y IV) presentarán una menor oferta en el largo plazo. Por lo tanto, las especialidades ubicadas en el cuadrante III enfrentan la situación más crítica ya que la menor disponibilidad de especialistas en el futuro podría acrecentar las carencias de personal en aquellas zonas donde la distribución territorial actualmente es deficiente.

FIGURA 5

Disponibilidad global y dispersión territorial de las especialidades



En el gráfico se representan las distintas especialidades de acuerdo con el indicador de dispersión territorial (IDT), que toma valores desde -0,5 a 0,5, alcanzando el valor 0 cuando la máxima densidad entre regiones duplica a la mínima densidad, en el eje horizontal; y la variación de largo plazo de las especialidades medida en cargos equivalentes a tiempo completos (CETC); en el eje vertical.

5. Heterogeneidad de la calidad asistencial

*La Reforma de Salud se basa en “la universalización de la atención en salud a toda la población, en diferentes niveles, de accesibilidad y **calidad homogéneas**, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.”*

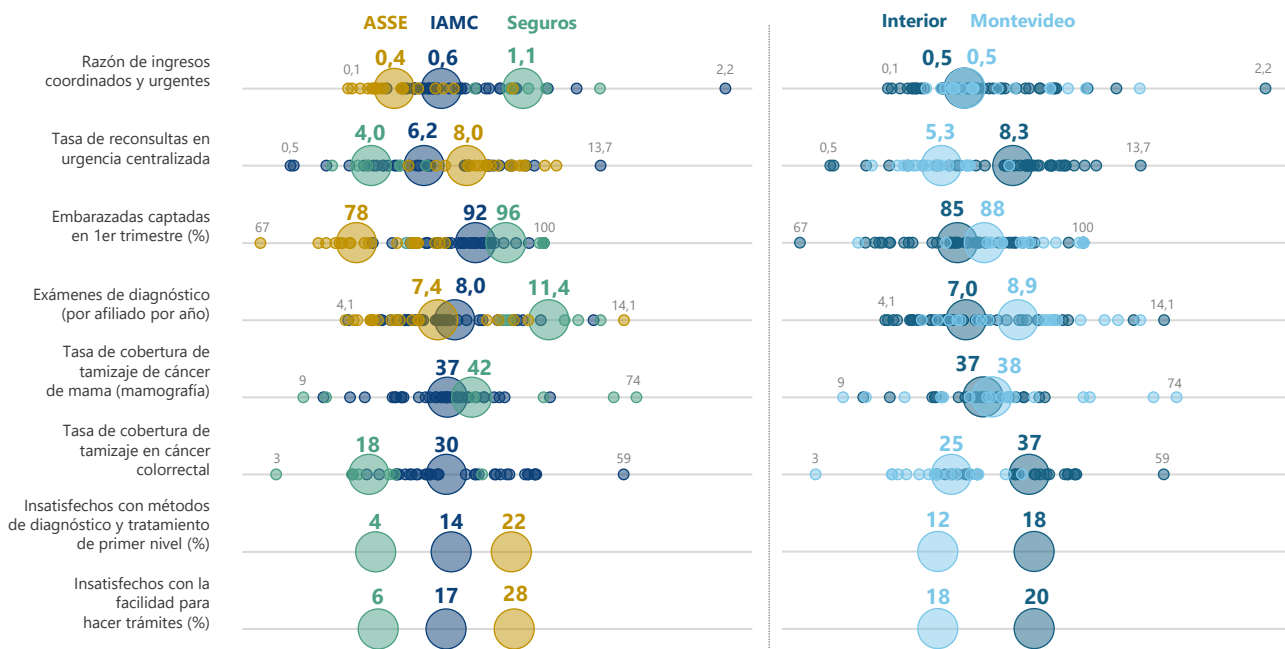
Ministerio de Salud Pública, 2010

A pesar de que el sistema de salud actual busca brindar un nivel de calidad homogéneo, existen claras diferencias entre los prestadores. Como muestra la Figura 6, al analizar una selección de indicadores de calidad, en base a la información disponible,⁴ se

observan diferencias importantes, en varios indicadores asistenciales, entre los distintos tipos de instituciones de salud (ASSE, IAMC y Seguros Privados), así como también cuando se considera por separado Montevideo e interior del país.

FIGURA 6
Indicadores asistenciales por prestador de salud

Valores para cada institución y promedios agrupados por tipo de prestador y ubicación geográfica



Fuente: MSP (Indicadores Asistenciales y A tu Servicio) y Encuesta Equipos Consultores (2022). Nota: Para ASSE las unidades representadas por los puntos más pequeños corresponden a los diferentes departamentos. Promedios ponderados por la cantidad de usuarios (con excepción de los indicadores de satisfacción, disponibles únicamente a nivel agregado). Valores estandarizados para facilitar la visualización. Se excluye ASSE de dos indicadores por disponibilidad de datos.

Se aprecian, en general, resultados más positivos para los seguros privados, luego las IAMC y luego ASSE, y un mejor desempeño en Montevideo en comparación al interior del país, aunque también hay excepciones. A nivel unitario los registros son más dispersos aún, abarcando un amplio rango entre prestadores. Por ejemplo, la razón de ingresos hospitalarios coordinados sobre urgentes varía más de 20 veces entre instituciones, desde 0,5 para ASSE del departamento de San José a 2,2 para el Instituto Asistencial Colectivo (IAC) de Lavalleja y Treinta y Tres.

Es importante tener en cuenta las distintas dinámicas y características en la forma de organización del sistema y prestadores entre Montevideo y el interior del país. También incide en este sentido la obligatoriedad en la universalidad de la salud, expresada en la Ley N°18.211, donde se concibe la salud como un derecho humano universal para todos los residentes del país, y lo cual conlleva a que el Estado, a través de ASSE, tenga la responsabilidad de llegar a todo el territorio nacional, con las tensiones en términos de eficiencia que ello puede implicar.

Los indicadores reportados en la Figura 6 reflejan

aspectos objetivos asistenciales, de estructura y procedimientos preventivos, como también de satisfacción de usuarios (en parte influenciada por las expectativas de las personas). Si bien en general los uruguayos están satisfechos con la atención recibida en la última consulta médica (87%) (Equipos Consultores, 2022), existen heterogeneidades en la satisfacción respecto a determinados aspectos, que hacen a la calidad del sistema. Se destacan en particular problemas asociados a los tiempos de espera, lo cual está estrechamente vinculado a las heterogeneidades en la disponibilidad de especialistas, particularmente en ciertas especialidades y en el interior del país, como se abordó en el apartado anterior (2.4. *Tiempos de espera para especialistas*).

Aunque el sistema de salud uruguayo ha logrado importantes avances en la universalidad y acceso a los servicios, aún enfrenta el desafío de alcanzar una atención uniforme y de alta calidad en todo el país, especialmente para las poblaciones más vulnerables. Garantizar una atención de calidad equitativa, en línea con los valores del sistema, aseguraría mejores resultados de salud para toda la población uruguayaya, avanzando en el desarrollo y bienestar general del país.

⁴Ver 2.6. *Indicadores de calidad asistencial* para un mayor detalle de las limitantes en este sentido.

6. Indicadores de calidad asistencial

La información sobre el sistema de salud es un componente central para su óptimo funcionamiento y garantizar que satisfaga las necesidades y preferencias de las personas, así como para que proporcione atención médica accesible y de alta calidad. El acceso a la información por parte de los usuarios promueve la mejora de la calidad global de los servicios de salud, especialmente cuanto mayor es la competencia entre los proveedores.


Ofrecer estadísticas claras y confiables sobre la calidad asistencial a los pacientes optimiza su asignación a las instituciones adecuadas (por ejemplo, los diabéticos podrían elegir los mejores centros para su tratamiento) y

reduce los costos de cambiarse de institución, incentivando en última instancia a los proveedores a mejorar sus servicios (Balsa y Dubra, 2020). Estudios internacionales sugieren que una mayor disponibilidad de información facilita la comparación entre proveedores y fomenta mejoras en la calidad de aquellos con peores registros (Sivey y Chen, 2019).


Actualmente, en Uruguay el MSP presenta en línea información comparativa sobre las instituciones de salud en un portal denominado A tu Servicio. También se encuentran disponibles algunas bases de datos de indicadores adicionales, pero de manera menos accesible y visual.


A Tu Servicio


La iniciativa A Tu Servicio impulsada por el MSP a partir de 2015 ofrece información en línea sobre aspectos generales de las instituciones médicas del país en un formato ameno y fácil de comparar. Los principales indicadores presentados son los siguientes:

 Tiempos de espera (2022)

 Satisfacción usuarios (2017)

 Órdenes de tickets (2024)

 Metas asistenciales (2023)

 Cantidad de usuarios (2024)

 RRHH (2023)

Esta plataforma busca contribuir hacia una elección más informada por parte de los usuarios, y por lo tanto, apunta a mejorar el entorno de la competencia. Sin embargo, los indicadores presentados cuentan con algunas limitaciones, y no permiten inferir de forma completa la calidad asistencial de los prestadores (por ejemplo, los tiempos de espera no reflejan la espera efectiva del usuario para solicitar hora con su médico de referencia; o la cantidad de recursos humanos depende en gran medida del perfil de usuarios de cada institución), volviendo necesaria también la inclusión de otro tipo de información, referida particularmente a procesos y resultados en distintas dimensiones. A su vez, la mayoría de los ingresos al portal son a través de dispositivos móviles, pero la visualización desde estos no es adecuada ni funcional.

Las recomendaciones internacionales sugieren que los indicadores de calidad asistencial deben ser relevantes en términos de su impacto en el sistema de salud, tener solidez científica que garantice su validez y confiabilidad, ser viables y costo-efectivos para obtener datos comparables. A su vez, usualmente los indicadores se refieren a condiciones de estructura, a procesos, a resultados y a datos basados en encuestas.

La OCDE (2006) plantea un marco común para implementar en los diferentes países un conjunto de indicadores que permitan sintetizar los elementos fundamentales a la hora de evaluar la calidad del sistema de salud. Algunas de las dimensiones más importantes destacadas refieren a la efectividad para obtener los resultados deseados, seguridad para minimizar los resultados adversos de la atención asistencial, grado de respuesta a las personas para satisfacer sus expectativas legítimas no relacionadas con la salud, accesibilidad para obtener los servicios de salud, equidad en el trato a todos los involucrados y eficiencia para funcionar con costos más bajos sin disminuir los resultados alcanzables y deseables. Se destaca particularmente la inclusión mayoritariamente de indicadores de resultados e indicadores de procedimientos preventivos.

Por lo tanto, si bien Uruguay cuenta con un sistema de información relativamente amplio y ha realizado avances en este sentido, necesita mejorar sus

indicadores de calidad y presentar los datos de manera procesada y sintetizada para contribuir a la toma de decisiones de los usuarios y regulación del sistema. Esto sería también pertinente para los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), pudiendo retomarse propuestas realizadas en el pasado de incluir una sección en “A Tu Servicio” con indicadores de calidad, procesos y resultados asistenciales para estos centros.

Organismo independiente y sistema de acreditaciones

Un sistema de calificación y acreditación de instituciones médicas asegura que estas sigan estándares rigurosos de calidad, y lleva implícito la creación o mejora de indicadores de calidad. Diversos sistemas de salud en el mundo poseen instituciones encargadas de este cometido, tanto de carácter nacional como internacional. A modo de ejemplo, la Superintendencia de Salud de Chile gestiona el sistema de acreditaciones para prestadores, mediante certificaciones que establecen que el prestador alcanza una serie de estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud. Podría establecerse en Uruguay un organismo similar independiente, público o privado, que evalúe y controle que todos los prestadores cumplen con los estándares de calidad y, a su vez elabore índices resumen de la información multidimensional para facilitar a los usuarios la comparación entre prestadores.

7. Institucionalidad de la regulación

El MSP es el organismo rector encargado de regular y controlar el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Su responsabilidad principal es garantizar la sustentabilidad del sistema, así como la accesibilidad y equidad en el derecho a la salud para todas las personas.

Es necesario continuar fortaleciendo varias áreas de su rol rector, como el desarrollo de las funciones de control y fiscalización, y asegurar que se cuente con un presupuesto adecuado para las responsabilidades de un sistema complejo y extenso como el uruguayo (MSP, 2017).

Desde 2020, Uruguay cuenta con una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, encargada de apoyar la toma de decisiones sobre la incorporación de tecnología al sistema de salud.

Sin embargo, no existe una agencia específica de regulación y control (Agencia de Vigilancia Sanitaria), cuya función sería garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de las tecnologías sanitarias. La creación de esta agencia sería un paso importante para la institucionalidad del sistema, asegurando que ambas agencias desarrollen sus funciones con independencia técnica.

¿Por qué una Agencia de Vigilancia (o Regulación) Sanitaria?

Los sistemas regulatorios nacionales tienen la función principal de promover y proteger la salud pública, mediante la supervisión de la calidad, seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias del mercado, incluyendo medicamentos, vacunas, productos sanguíneos, dispositivos médicos, entre otros.

La autorización para la comercialización de estos productos debe fundamentarse en argumentos científicos sólidos, demostrando que los beneficios son superiores a los riesgos, y proporcionando a los usuarios información adecuada y actualizada sobre su uso.

En Uruguay, actualmente, este rol es desempeñado por el MSP (División Evaluación Sanitaria y Fiscalización, en cuarto nivel jerárquico). Sin embargo, la OPS recomienda que esta función sea realizada por una agencia externa e independiente, como la *Food and Drug Administration* (FDA) de EE.UU. Uruguay es uno de los pocos países miembros de la OPS que no cuenta con una agencia de vigilancia sanitaria (OPS, 2022).

A su vez, para que Uruguay pueda exportar productos sanitarios y atraer inversores en nuevas tecnológicas médicas, es esencial establecer una agencia de este tipo, independiente del MSP.

Funciones que debe cumplir una Agencia de Vigilancia (o Regulación) Sanitaria:

- Vigilar y monitorear la seguridad de los productos en el mercado
- Examinar y autorizar la comercialización de productos
- Inspeccionar a los fabricantes
- Comunicar eficazmente a los agentes de salud y la población
- Supervisar y autorizar ensayos clínicos de productos en desarrollo

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, ¿dual?

En 2020, el artículo 407 de la Ley de Urgente Consideración (LUC) creó la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSU). Esta agencia fue constituida como persona jurídica de derecho público no estatal. Inicialmente, sus funciones incluían la evaluación, regulación y control de medicamentos, dispositivos terapéuticos, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención de la salud humana. Sin embargo, en la Ley de Presupuesto de 2020, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias fue aprobada con la única función de evaluación.

La importancia de contar con una agencia de evaluación radica en su capacidad de producir informes basados en argumentos científicos, económicos y sociales de manera independiente. El objetivo es proporcionar información relevante a quienes deben decidir sobre qué tecnologías médicas, como medicamentos, serán financiadas e incluidas en el sistema de salud (Hughes, 2021).

La evaluación de tecnologías sanitarias es un proceso que examina los beneficios, riesgos y costos, tanto de nuevas tecnologías como de aquellas ya existentes. Este proceso se enfoca en varios componentes clave: la seguridad de la tecnología, su eficacia, el impacto organizativo, ético y social de su incorporación y un

análisis económico que incluye evaluación de costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad. La necesidad de una evaluación sistematizada e independiente de las tecnologías implementadas o por incorporarse ha aumentado en cierta medida como consecuencia del aumento innovaciones médicas y de las solicitudes de amparo por medicamentos y tratamientos de alto costo (Giribaldi, 2022).

Actualmente, en Uruguay existe una agencia encargada de la evaluación, mientras que las funciones de regulación y control están a cargo del MSP. Dada la necesidad de contar con una agencia reguladora independiente, podría ser conveniente la adopción de un modelo de agencia dual, como han implementado algunos países y se planteó inicialmente en la LUC. La creación de una agencia con estas características de dualidad, para un país pequeño como Uruguay, permitiría mejorar la eficiencia en el uso de recursos humanos, administrativos e infraestructura, manteniendo la independencia en las resoluciones técnicas de cada una. Un ejemplo de ello es La Autoridad Nacional del Medicamento y Productos de Salud (Infarmed) en Portugal, un organismo encargado de evaluar, autorizar, regular y controlar productos sanitarios.

8. Avance tecnológico

El desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias ha aumentado significativamente a lo largo del tiempo, especialmente en las últimas dos décadas (OPS, 2019). La concesión de patentes a nivel global ilustra este progreso, refleja la dinámica en la creación y producción de nuevo conocimiento y su impacto en el desarrollo. Como se puede apreciar en la Figura 7, la tendencia hacia el otorgamiento de patentes en medicina se ha acelerado significativamente desde 2010.

Este avance tecnológico ha permitido una atención médica de mayor calidad mediante la adopción de nuevos dispositivos médicos, el desarrollo de medicamentos, tanto genéricos como de alto costo para enfermedades crónicas, vacunas y servicios de salud como la telemedicina. A su vez, las nuevas tecnologías sanitarias facilitan el desarrollo de mejores modelos de prevención y promoción, elevando el nivel de atención.

No obstante, la incorporación de estas tecnologías plantea importantes desafíos debido a sus elevados y crecientes costos, tanto en el presente como en el futuro, impulsados por la creciente complejidad y sofisticación de productos y procesos, los costos de investigación y desarrollo, y la demanda de tecnologías más avanzadas y personalizadas. Esto compromete la sostenibilidad económica de los sistemas de salud en países con cobertura universal como Uruguay (OPS, 2019). Además, el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población amplifican estos costos, ya que generan una mayor demanda de tratamientos prolongados y especializados. Por lo tanto, el sistema enfrenta el reto de integrar estas innovaciones de manera que se ajusten a sus recursos, evaluando los beneficios y ahorros que conlleva su adopción, manteniendo los principios fundamentales del sistema.

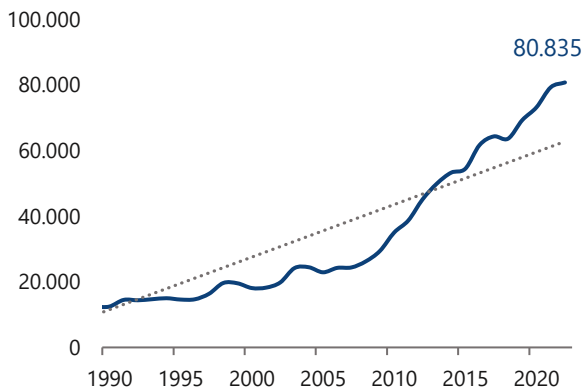
El SNIS debe adaptarse a la velocidad y el avance de la tecnológica médica actual. Este fenómeno sin precedentes cuestiona el paradigma que inspiró la arquitectura institucional del sector. En este contexto, se presentan dificultades y bajos incentivos para incorporar innovaciones tecnológicas médicas al FTM y PIAS, y, por ende, a los centros asistenciales, lo que podría acentuar la heterogeneidad del sistema y agravar los problemas de acceso equitativo.

Para abordar estos desafíos, es esencial una política nacional robusta para promover el uso racional de tecnologías innovadoras dentro de un modelo integral de atención, asegurando la continuidad entre la evaluación, decisión e incorporación de tecnología sanitaria, con un sólido soporte normativo. Esto facilitaría que el país esté preparado para enfrentar los desafíos del avance tecnológico en el sector salud, fomentando una atención de calidad, y una distribución justa y eficiente de los recursos para toda su población, en un entorno tecnológico cada vez más costoso (OPP, OPS y UNFPA, 2020).

A pesar de estos desafíos, el progreso tecnológico ofrece oportunidades significativas para el sistema de salud y beneficio de la población. La adopción de innovaciones puede conducir a una atención médica más eficiente y personalizada, mejorar los resultados de salud y permitir el desarrollo de estrategias de prevención más efectivas.

FIGURA 7

Concesión de patentes de tecnología médica en el mundo



Fuente: WIPO statistics database.

Tratado de Cooperación en materia de Patentes (PCT)

Es un tratado internacional administrado por la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), que simplifica el proceso de presentación de solicitudes de patente en múltiples países y extiende el plazo de protección para los innovadores. Si un país se encuentra por fuera del tratado, el tiempo disponible es de 12 meses (basado en el Convenio de París). En cambio, si el país está adherido, el plazo se extiende a 30 meses, lo que permite a los solicitantes de patentes presentar su solicitud en las oficinas de los distintos países donde deseen patentar dentro de ese período (Dubra y Gandelman, 2022).

El tratado cuenta con la adhesión de 158 países, lo que representa el 88% de la población mundial y el 96% del PBI mundial. En julio de 2024, tras ser aprobado por el Parlamento, Uruguay se adhirió al tratado. Esto permite que las solicitudes de patente presentadas en el país sean reconocidas en los demás países adheridos con mayor facilidad y menores costos (MIEM, 2024). Además, contribuye al impulso del avance tecnológico y la atracción de inversiones en investigación y desarrollo al facilitar la protección de innovaciones, proporcionando un marco jurídico más seguro para los inventores y emprendedores.

No obstante, Uruguay se adhiere al tratado con la reserva del capítulo II, relacionado con el examen preliminar internacional, lo que permite a los solicitantes obtener información adicional sobre la patentabilidad en otros países. Actualmente, Uruguay es el único país que mantiene esta excepción, lo cual limita a los inventores nacionales en su capacidad de solicitar dicha evaluación internacional y realizar las modificaciones necesarias para que su solicitud sea aceptada en determinados países.

Por otro lado, es importante señalar que el tratado facilita la presentación de la solicitud de patente, pero la concesión depende de la oficina nacional de cada país. En Uruguay, esto es competencia de la Dirección Nacional de Propiedad Industrial (DNPI) (Dubra y Gandelman, 2022).

El caso de los medicamentos y procedimientos de alto costo

El avance tecnológico en el ámbito sanitario ha permitido la incorporación de medicamentos y procedimientos innovadores y altamente específicos para el tratamiento de enfermedades complejas, como el cáncer, o condiciones clínicas inmunológicas o infecciosas. Sin embargo, estas tecnologías suelen representar una carga económica muy elevada para los pacientes, los proveedores de servicios de salud y el sistema de salud en general.

La acelerada aparición y oferta de nuevos tratamientos plantea desafíos no solo en su financiamiento, sino también en la evaluación de sus beneficios y costos. En este contexto, es crucial considerar el impacto creciente de la judicialización en la solicitud de medicamento de alto costo. Como plantea el informe de CERES (2023) "Innovación y Acceso a Tecnologías Sanitarias en Uruguay: El Caso de los Medicamentos de Alto Costo", a pesar de que Uruguay cuenta con el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que financia estos medicamentos y ha mejorado la equidad en su acceso, el problema se presenta cuando se requiere un medicamento no incluido en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) o cuyo uso no está respaldado por las indicaciones cubiertas. En estos casos, los procesos judiciales de recursos de amparo se han convertido, en los últimos años, en un mecanismo habitual para acceder a estas prestaciones en el país.

Como se observa en la Figura 8, esta vía de acceso ha crecido significativamente en los últimos años; multiplicándose por 16 de 2016 a 2023 las solicitudes de recursos de amparo de medicamentos y procedimientos de alto costo. El MSP es el organismo sobre el cual recaen la mayoría de los casos, aunque también se demanda al FNR y, en menor medida, al BPS. En general, se realizan al MSP y al FNR de manera simultánea. Un alto porcentaje de estas solicitudes son concedidas, alcanzando el 90% en 2021 para el caso de los medicamentos. Esta situación implica un aumento sostenido en el gasto y un desafío para todo el sistema.

La judicialización como vía de acceso transfiere al Poder Judicial la responsabilidad de decisiones y priorizaciones que corresponden al ámbito sanitario, generando tensiones en el sistema de salud. Esto resulta en inequidades en el acceso a los tratamientos, ineficiencias por mayores precios como consecuencia de un menor poder de negociación, y desafíos en la asignación y planificación del gasto.

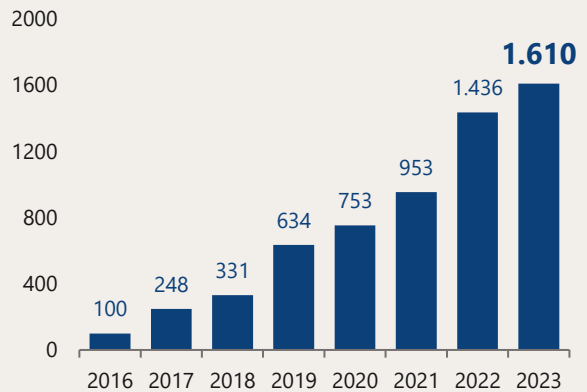
Es fundamental realizar evaluaciones generalizadas de las tecnologías y un seguimiento a los pacientes que han accedido a estos medicamentos por vía judicial para evaluar su desempeño y mejorar la asignación de recursos. Además, es importante informar a los pacientes sobre las ventajas y desventajas del tratamiento.

Dado este escenario, es necesario considerar cómo la población accede a estas tecnologías y cómo se

FIGURA 8

Recursos de amparo contra el Ministerio de Salud Pública

Solicitudes de medicamentos y procedimientos o dispositivos terapéuticos



70% del total de demandas son por medicamentos (2021)

90% de las solicitudes son concedidas por el Poder Judicial (medicamentos en 2021)

USD 99 millones

gasto del MSP en medicamentos y artículos médicos por recursos de amparo (2023)

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP); Ettlin (2022). "Realidades del acceso a los derechos de salud a través de las acciones de amparo. El caso de Uruguay" en base a datos del Ministerio de Salud Pública; y gasto del MSP de Rendición de Cuentas de 2023.

financian. Es necesario clarificar el rol de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSU), que, como se mencionó anteriormente, proporciona información basada en evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de los productos médicos, lo que resulta primordial para la toma de decisiones. Para enfrentar estos desafíos, se debe también fortalecer la capacidad operativa de la AETSU (en términos de recursos humanos y técnicos), garantizando su independencia técnica y administrativa para que se utilicen criterios claros y transparentes en la evaluación. Además, es importante optimizar los procesos administrativos y promover alternativas judiciales, para mantener la eficiencia y equidad en el acceso a las tecnologías sanitarias.

En línea con lo planteado en CPA Ferrere (2024), es clave determinar qué tecnologías y bajo qué procedimientos serán incluidas en la cobertura universal, los instrumentos para financiar aquellas obtenidas mediante recursos de amparo, y los procesos de compra más eficientes. Con respecto a esto último, cabe destacar que este año se aprobó un protocolo de actuación, en el marco de un convenio de cooperación, para que el FNR gestione la adquisición y entrega de medicamentos de alto costo y procedimientos terapéuticos con sentencias judiciales condenatorias al MSP (Resolución S/N/024, 2024).

9. Prevención

Definición. La prevención en salud refiere a medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (OMS, 1998).

- Se clasifica en tres grandes áreas:
- > **Primaria** - Orientada a personas sanas
 - > **Secundaria** - Enfocada a detectar la enfermedad en sus inicios
 - > **Terciaria** - Dirigida a tratar la patología con el fin de reducir sus complicaciones o secuelas

La predominancia de la atención curativa sobre la preventiva en los sistemas de salud genera diversos problemas, como la pérdida de un enfoque integral de la salud de las personas, mayores costos, menor calidad en la atención y condiciona la sustentabilidad del sistema. La falta de inversión en prevención también reduce la productividad, afectando la oferta laboral y, consecuentemente, el crecimiento económico. Esta pérdida puede cuantificarse como una carga socioeconómica en términos monetarios, considerando el impacto de las principales enfermedades en la fuerza laboral como porcentaje del PBI. Se estima que, para los principales países del continente, esto equivale, en promedio, a 3,9% del PBI (Hernández, Müller y Ostwald; 2024).

El gasto en atención preventiva en Uruguay representó el 6% del gasto en salud en 2022 (ver Tabla 2), lo que implica un aumento de 0,7 puntos porcentuales respecto a 2019. Este incremento se debió principalmente a la adquisición y administración de vacunas contra COVID-19, lo que llevó a un pico del 8,1% del gasto en salud en 2021.

En comparación con los estándares de prevención de un grupo de países desarrollados a los que Uruguay podría aspirar (Grupo Objetivo), desde 2016 Uruguay presenta un gasto superior en prevención como porcentaje del total en salud, al igual que en relación con el promedio de América Latina (ver Figura 9).

Sin embargo, la distribución de este gasto en los países objetivo es más diversificada. En Uruguay, el 62% del gasto en prevención se destina al seguimiento de condiciones sanas y el 29% a programas de inmunización.

Si bien la inversión en inmunización registró un importante aumento en 2021 debido a la compra y

TABLA 2
Distribución del gasto total en salud según funciones

Porcentaje sobre el gasto total corriente en 2022

Atención curativa	68,0%
Atención preventiva	6,0%
Atención de rehabilitación	3,4%
Otros	22,6%

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud (2024).

aplicación de las vacunas contra el COVID-19, alcanzando el 45%, en 2019 representaba el 5% del gasto en prevención, según expertos sería recomendable ampliar el esquema de vacunación del país. Por su parte, las actividades de prevención relacionadas a la vigilancia epidemiológica, la detección temprana de enfermedades, la respuesta en casos de desastre, y la información, educación y consulta, representan un porcentaje muy reducido del gasto.

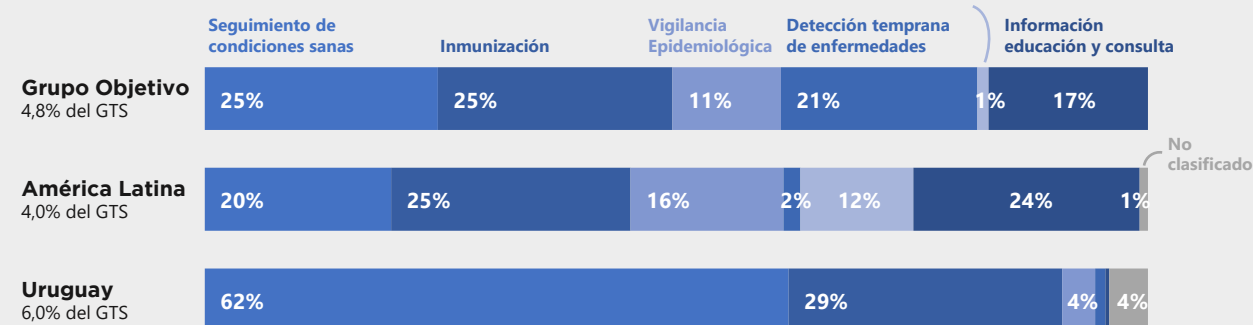
Aunque su impacto es muy difícil de cuantificar, Algunos existen programas destinados a promover la prevención en Uruguay se han focalizado en la lucha contra el tabaco, políticas para favorecer la alimentación más saludable con el etiquetado de alimentos, iniciativas para la reducción del embarazo no intencional en adolescentes, difusión de conocimiento sobre la transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Además, se han contemplado programas para la prevención del suicidio, la prevención de cáncer (de mama, cuello de útero y piel) y la promoción de la actividad física.

FIGURA 9

Comparación internacional del gasto en prevención

Estructura del gasto corriente en prevención en 2022

Respuestas en casos de desastre y emergencias



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud (2024) y OCDE. Nota: "Vigilancia epidemiológica" refiere también a control del riesgo y la enfermedad.

10. Salud mental

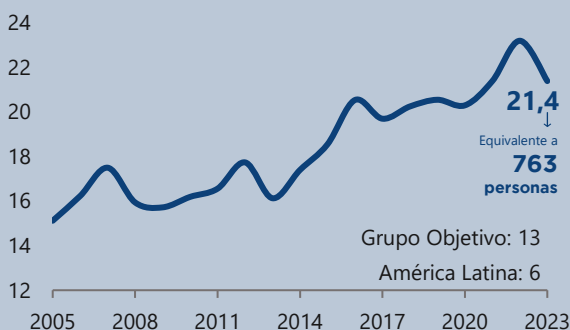
El suicidio es un gran desafío para la salud pública del país. El MSP (2020) estima que en Uruguay el suicidio y los intentos de autoeliminación (IAE), que según la OPS son entre 10 y 20 veces más frecuentes que los suicidios efectivizados, afecta al menos a 7.000 personas al año. Sin embargo, el número de IAE presenta un subregistro de acuerdo con lo expresado por las autoridades oficiales, dado que para 2023 la cifra alcanzó 4.794 casos.

La tasa de suicidios en Uruguay ha mostrado una tendencia al alza desde hace 20 años, posicionando al país con una de las tasas más altas del mundo. No obstante, en 2023 se registraron 60 casos menos que el año anterior, totalizando 763 personas. Estos números dejan a Uruguay por encima del Grupo Objetivo y muy por encima de América Latina

Según cifras oficiales, los principales grupos de riesgo son las personas mayores de 65 años, con una tasa de suicidios que duplica la de la población general, aunque también se destaca una tendencia creciente en el suicidio en adolescentes en los últimos años, siendo la principal causa de muerte para este grupo etario. Asimismo, el 75% del total de casos corresponden a hombres, y el 25% a mujeres. Por su parte, los fallecimientos por esta causa ocurren con mayor frecuencia en el interior del país, especialmente en zonas rurales con un menor grado de urbanización. Cabe destacar que la dinámica difiere entre los IAE y los suicidios efectivizados. Esto se debe a que las mujeres llevan a cabo un mayor número de intentos (71,6%) pero utilizan métodos menos violentos.

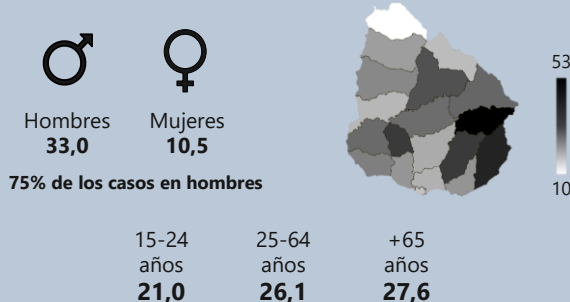
Evolución tasa de suicidios

Cada 100.000 habitantes



Desagregación tasa de suicidios

Cada 100.000 habitantes



Fuente: MSP (Estadísticas Vitales) y OMS. Nota: Comparación internacional con el promedio de la última tasa disponible de suicidio para cada país de acuerdo con la OMS. La desagregación geográfica corresponde a datos de 2021.

Según la guía de salud mental del MSP (2020), la depresión es el principal problema de salud mental en el continente, afectando al 4% de los hombres y 6% de las mujeres, seguido por los trastornos de ansiedad. De acuerdo con una encuesta de Equipos Consultores (2022), el 95% de la población uruguaya considera que la salud mental es un aspecto importante en sus vidas y el 15% recibe asistencia de profesionales.

Ante el agravamiento de la situación en el país, en la última década se ha buscado desmitificar las concepciones acerca de la salud mental y eliminar el estigma asociado. En 2011, se implementó el primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio para 2011-2015, y en 2016, se definió la Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2016-2020.

El suicidio es un fenómeno multicausal que requiere abordajes multifactoriales. No se puede detectar una causa única responsable, sino que resulta de la interacción de factores socioeconómicos y psicológicos (Dajas, 2001). La evidencia empírica señala que los individuos con cuadros depresivos tienen una gran vulnerabilidad al suicidio producto de antecedentes familiares y un conjunto de síntomas de desesperanza con respecto al pasado, presente y futuro. De este modo, las personas con depresión presentan mayor fragilidad ante los factores desencadenantes del suicidio.

Algunos de los principales avances han sido la inclusión de prestaciones psicoterapéuticas para personas con riesgo de suicidios y familiares, el desarrollo de guías y protocolos de atención, la formación de grupos de trabajo departamentales en la mayoría de los departamentos del país, y la implementación de una línea telefónica nacional de 24hs.

La Ley de Salud Mental (2017) reconoce el derecho a la atención de las personas en esta temática, encomendando al MSP la creación del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Este documento establece los objetivos para abordar los principales nudos críticos identificados:

- Concentración de la atención en Montevideo
- Falta de equidad en la atención recibida
- Poca integración de la salud mental en el SNIS
- Fragmentación en la red de servicios en los distintos niveles de atención
- Altos costos para contratar profesionales privados

Finalmente, algunas de las acciones desarrolladas por la actual Administración involucran la implementación de un sistema de información sobre IAE en tiempo real. Esto facilita la evaluación de las personas que intentaron quitarse la vida por parte los prestadores de salud luego del hecho. Dicha evaluación es supervisada por el MSP a través de un indicador de seguimiento inmediato de personas con IAE. Otro avance ha sido la disminución de los copagos para personas con IAE para hacer más accesibles los tratamientos, así como también la eliminación de tickets en algunos antidepresivos. Además, para reducir el estigma social existente se han realizado recomendaciones para una cobertura mediática responsable en medios de comunicación.



3

**Oportunidades para
aprovechar**

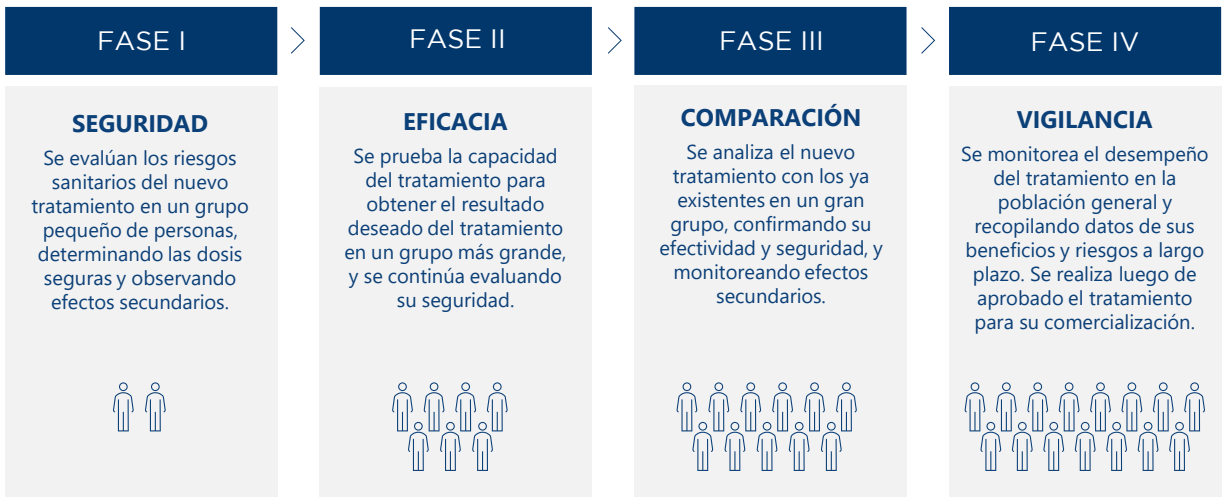
1. Investigación clínica

Definición. La investigación clínica corresponde a una rama de la ciencia médica que busca corroborar la eficacia de tratamientos de enfermedades, prevenciones, procedimientos técnicos, medicamentos, entre otros. Refiere a estudios en pacientes o voluntarios, los cuales son patrocinados y financiados generalmente por la industria farmacéutica, o por fondos concursables públicos o privados. Son desarrollados en varias fases, cada una de ellas con un objetivo diferente.

A nivel global se registran anualmente **55.000 ensayos clínicos**⁵

40% son efectuados en países “no tradicionales” de investigación

El **mercado mundial** de ensayos clínicos se valúa en **USD 80 mil millones**⁶



Genera beneficios para el país, el sistema de salud y los pacientes

Atracción de inversión extranjera directa

Patrocinio de farmacéuticas extranjeras genera inversión en el país, así como ingresos económicos adicionales para las instituciones prestadoras de servicios de salud

Creación de empleo

Nuevos puestos de trabajo altamente calificados vinculados a la salud, y desarrollo de capacidades y experiencia (ej. capacitación e involucramiento en protocolos nacionales e internacionales)

Acceso a últimas tecnologías

Posibilidad para los pacientes de acceder a tratamientos y medicamentos de última generación

Altos estándares de cuidados para participantes

Pacientes de ensayos clínicos reciben cuidados y controles excepcionales, de alta calidad y con seguimiento de autoridades mundiales

Efectos en I+D e innovación

Diseminaciones en el ecosistema nacional de Investigación y Desarrollo (I+D) e innovación, lo que contribuye al avance de la ciencia y tecnología en el país

Mejora de la calidad de la atención

Investigación clínica mejora la asistencia médica de calidad y la formación de recursos humanos calificados (retroalimentación positiva entre las tres actividades) por mejoras en las competencias y vinculaciones que se establecen

Impulso para investigación local

Potencial fuente adicional de recursos para realizar estudios clínicos nacionales enfocados en problemas de salud específicos del país

⁵Dato correspondiente al año 2022 de acuerdo con la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos (en inglés ICTRP) de la Organización Mundial de la Salud.

⁶Dato correspondiente al año 2023 de acuerdo con Grand View Research.

El desarrollo de la investigación clínica genera una retroalimentación positiva entre los pacientes, con una mejor calidad y disponibilidad de tratamientos, y el país en su conjunto, a través de importantes contribuciones económicas y mejoras en la calidad asistencial del sistema de salud.

Uruguay tiene un potencial significativo para desarrollar esta actividad, especialmente como exportador de servicios, de alto valor agregado y calificación, mediante la inversión de la industria farmacéutica, enfocándose inicialmente en las fases III y IV de la investigación.

Uruguay cuenta con ciertas condiciones favorables para impulsar el desarrollo de estudios clínicos, como ser un país integrado y conectado, lo que puede facilitar la coordinación, poseer un buen sistema de salud, inversión en procesamiento de datos e infraestructura digital (incluida la información del FNR y la posibilidad de un identificador digital único) y la presencia de diversas industrias farmacéuticas.

Sin embargo, para avanzar en esta área, el país debe superar varios obstáculos. Los excesivos e inciertos tiempos de evaluación administrativa y regulatoria desestimulan la realización de investigaciones clínicas. Si bien en 2019 se modificó la normativa (decreto 158/19), en la práctica los tiempos siguen siendo extensos e indefinidos, lo cual vuelve a Uruguay poco competitivo en comparación con otros países. En otros países de la región que han acortado los plazos, la aprobación puede llevar 60 días, y en el extremo en China 10 días o Ucrania 25 días, por ejemplo.

La ausencia de una Agencia de Regulación Sanitaria con independencia técnica en el país y el relativo atraso del marco de propiedad intelectual tampoco facilitan el desarrollo de ensayos clínicos y reconocimiento internacional (Vasen, 2020).

La experiencia internacional muestra que algunos países han logrado impulsar el desarrollo de esta actividad en los últimos años a través de medidas y planes específicos para ello. Por ejemplo, Australia ha avanzado notablemente mediante políticas estratégicas continuas, inversiones significativas a través de incentivos fiscales y una sólida infraestructura, con alianzas y organizaciones que desempeñan un papel crucial en la coordinación. Así ha logrado investigaciones de calidad, con menores costos y plazos (Gobierno de Australia, 2011), y una importante contribución económica para el país. Dinamarca, también es ejemplo a nivel mundial y se encuentra entre los líderes en ensayos clínicos per cápita. La creación de un entorno favorable para los ensayos clínicos mediante políticas estratégicas, infraestructura eficiente, y una fuerte colaboración entre sectores públicos y privados, ha permitido un crecimiento sostenido y una alta calidad en la realización de ensayos clínicos.

En América Latina se destaca el desempeño de Chile con la mayor cantidad de ensayos clínicos por millón de habitantes. Aunque aún enfrenta desafíos regulatorios (en los tiempos de aprobación), de coordinación y de certidumbre de los costos asociados, cuenta con valoraciones positivas respecto a la infraestructura, recursos humanos y condiciones epidemiológicas.

Uruguay podría seguir un camino similar al de estos países, desarrollando un plan a largo plazo con incentivos para integrarse en el circuito global de ensayos clínicos y mejorar su inversión en I+D. Esta estrategia podría incluir la combinación de un marco regulatorio eficiente, incentivos económicos iniciales, promoción, una infraestructura robusta, y un enfoque de capacitación y colaboración, con un grupo de acción dedicado a esta área.

Casos de éxito: datos relevantes en Australia, Dinamarca y Chile

AUSTRALIA



+ 1.800
estudios clínicos
iniciados por año
(67,6 por millón de habitantes)

8.000 empleados
aproximadamente

+1.200 empresas farmacéuticas
y de tecnología médica

+50 institutos de investigación
independientes y

40 universidades enfocadas en
la investigación clínica

**Contribución económica de los
ensayos clínicos:**
USD 1.600 millones a la economía
australiana a través de gastos e inversiones
directas (2022).

78% financiado por la industria.

Retorno de inversión:
Cada dólar invertido en investigación
médica **genera un beneficio** promedio de
USD 3,90 a la población australiana (2018).

- > Incentivos fiscales que reducen costos de invertir en I+D (empresas elegibles pueden recibir incentivo en efectivo de ~40% por cada dólar invertido, según el volumen de negocios anual).
- > Ciclos de aprobación cortos y eficiencia en la gestión de ensayos clínicos.
- > Régimen de propiedad intelectual con estándares entre los más altos a nivel internacional.
- > Alianzas, organizaciones y coordinación.

DINAMARCA



+ 300
ensayos clínicos
aprobados en 2019
(51,6 por millón de habitantes)

**Cada ensayo clínico iniciado por la industria
mejoró el PBI danés en USD 105.000**, en promedio,
y las finanzas públicas en USD 137.000, en promedio (2015).

CHILE



+ 120
ensayos clínicos
aprobados en 2023
(6,1 por millón de habitantes)
(1.100 en 2012-2023)

**95% financiados
por la industria.**

Inversión de USD 136 millones (2022)
(14% del gasto en I+D del país).

2. Salud digital

Uruguay ha realizado importantes avances en salud digital. La implementación de herramientas como la telemedicina, la Historia Clínica Electrónica y la agenda digital han mejorado la eficiencia y calidad del sistema de salud, y han facilitado el acceso a los servicios. El país ha logrado avances significativos, pero aún debe profundizar y mejorar en ciertas áreas para aprovechar al máximo el potencial de esta oportunidad.

La transformación digital en la salud está remodelando prestación de servicios, la protección de la salud pública y la gestión de enfermedades crónicas. El uso ampliado de herramientas digitales como la telemedicina y la inteligencia artificial, junto con la utilización de datos para monitorear la salud de la población y gestionar el rendimiento del sistema, ha llevado a los países a invertir cada vez más en sistemas de salud digitales (OCDE, 2023).

Uruguay ha avanzado significativamente en la salud digital mediante la incorporación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el sector salud, con un rol relevante de la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC). Entre las tecnologías incorporadas se incluyen la Historia Clínica Electrónica (HCE), la receta digital, la agenda digital, la telemedicina, la virtualización de la relación entre el servicio y el paciente, la automatización de procesos y diagnósticos, la gestión mediante Big Data, y los dispositivos personales de registro de parámetros biológicos (OPP, OPS y UNFPA, 2020). Estas innovaciones mejoran la calidad de la atención médica y optimizan la gestión de recursos, facilitando la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Durante la pandemia por COVID-19, en abril de 2020, se aprobó la Ley N°19.869 que establece los lineamientos

para la telemedicina. Este recurso facilita el acceso al sistema de salud para toda la población, eliminando barreras geográficas, optimizando recursos al reducir la carga asistencial, evitando traslados innecesarios, mejorando la inclusión y calidad de la atención (OPS y OMS, 2021).

La HCE permite a los profesionales de la salud acceder de forma inmediata a la historia clínica completa del paciente, mejorando la calidad y continuidad de la atención. Esto, a su vez, facilita el desarrollo de estrategias de prevención más efectivas y permite un diagnóstico y tratamiento más preciso y rápido.

La agenda digital permite a los pacientes programar, reprogramar y cancelar citas médicas en línea, reduciendo los tiempos de espera y mejorando la coordinación de consultas.

La extensión de un sistema de Receta Digital Nacional posibilitaría la dispensación de medicamentos en cualquier farmacia habilitada, independientemente del lugar y del prestador de salud; con beneficios también en términos de monitoreo. Actualmente, los tickets por este concepto representan una parte importante del financiamiento de las IAMC, por lo cual, para avanzar en la implementación de un sistema integrado, es necesario considerar cómo se compensaría esta pérdida de ingreso.



Telemedicina

Consultas no presenciales

Porcentaje sobre total de consultas, por afiliado, promedios por tipo de institución, 2023

17% en Seguros Privados

9% en IAMC

3% en ASSE

De acuerdo con encuesta de opinión pública,

53% de la población ha tenido alguna vez una **consulta médica por teléfono o videollamada**, y el **77%** de ellos **evalúa positivamente** dicha atención.



Herramientas digitales

De acuerdo con encuesta de opinión pública,

100% prestadores integrales con algún sistema de HCE (2018).

84% de la población considera **beneficioso el uso de la HCE, agenda digital y receta electrónica**.

Fuente: MSP (Indicadores Asistenciales); AGESIC, MEF, MSP y Presidencia (2019); y Encuesta Equipos Consultores (2022).

Uruguay se destaca por su desempeño en el área digital a nivel general. Se posiciona como uno de los líderes en América en el desarrollo de gobierno electrónico, solo por debajo de Estados Unidos y Canadá, según el índice de Gobierno Digital de las Naciones Unidas (EGDI), ocupando el puesto 35 a nivel mundial. El país se destaca por su sólida infraestructura de telecomunicaciones y demostró una fuerte capacidad digital durante la pandemia de COVID-19 (Naciones Unidas, 2022). Este buen desempeño representa una oportunidad para continuar con el desarrollo e innovación en el área digital de la salud.

Aunque se ha avanzado en el desarrollo tecnológico en salud, existe la oportunidad de expandir las herramientas ya implementadas para mejorar la prestación de servicios y los resultados sanitarios. La

integración de herramientas digitales como los registros electrónicos de salud, la telemedicina y el análisis de datos puede mejorar el cuidado del paciente, reducir costos y optimizar los servicios (OCDE, 2023).

Es fundamental abordar la formación de los médicos en el uso de estos sistemas, mejorar la interoperabilidad entre instituciones, unificar los sistemas de telemedicina, historia clínica electrónica (HCE) y receta digital, y fortalecer la comunicación y el intercambio de información entre las instituciones de salud. Además, es crucial integrar la información del paciente, complementándola con sus datos como ciudadano, para que el profesional pueda obtener un mayor contexto y establecer un trato más humanizado (Roche y Copenhagen Institute for Future Studies, s.f.).



4

Propuestas

Propuestas

Uruguay cuenta con un buen sistema de salud según estándares internacionales, que es valorado positivamente por la población. Si bien no es necesario encarar una nueva reforma integral, existen problemas concretos que se deben corregir. La dinámica del contexto actual impone cambios relevantes que deben abordarse para garantizar la sostenibilidad, eficiencia y calidad de los servicios, lo que determina la necesidad de implementar múltiples ajustes.

En esta sección, se presentan una serie de propuestas diseñadas para abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades previamente identificadas en el sistema de salud de Uruguay. Muchas de las recomendaciones aquí planteadas se reflejan en las propuestas para el

sistema de salud de los principales partidos del país, detalladas en el anexo adjunto al final del documento.

Para facilitar la comprensión y organización de estas propuestas a continuación, se mantuvo la misma estructura utilizada en las secciones anteriores de desafíos y oportunidades, especificando cómo cada recomendación se relaciona con otros temas abordados, subrayando su interconexión y transversalidad. De esta forma, las propuestas para cada tema incluyen tanto las que se mencionan bajo ese subtítulo como las que se refieren en otros apartados. Esto refleja la necesidad de un enfoque integral para mejorar el sistema de salud, asegurando que las iniciativas estén coordinadas y sean complementarias.

¿QUÉ HACER PARA AFRONTAR LOS DESAFÍOS EXISTENTES?

Otras áreas involucradas

1 Competencia entre prestadores

- > **Reducir de dos años a uno el período de permanencia en una IAMC requerido antes de habilitarse a las personas a traspasarse a otra institución.** Esto fortalecería la competencia entre prestadores de servicios de salud y daría mayor libertad a los usuarios para elegir un prestador de su preferencia, en línea con plazos establecidos en otros países.
- > **Aumentar de un mes a tres meses el plazo que los usuarios disponen para efectuar su traspaso de IAMC cada año.** Mayor facilidad para cambiarse de prestadores no solo implica un beneficio directo para los usuarios, sino que también intensificaría la competencia entre las IAMC.

Financiamiento y sostenibilidad

2 Financiamiento y sostenibilidad

- > **Incorporar al cálculo de las cápitas de los individuos otros factores de riesgo adicionales** al sexo y la edad, para lograr estimaciones de gasto más precisas y una mejor asignación de los recursos. Esto puede ser posible gracias al avance tecnológico que permite tener más información acerca de las condiciones de los usuarios. Puede tomarse como referencia el caso de muchos otros países que usan un sistema de pago por cápitas e incorporan variables como enfermedades crónicas, gastos en atención en el pasado o uso de medicamentos.
- > **Crear una superintendencia financiera para el sistema de salud**, con autonomía, que se encargue de regular la situación económica de las instituciones médicas y que cuente con información sobre los eventuales problemas financieros en tiempo real.
- > **Diseñar y validar un protocolo oficial para el cierre de instituciones médicas.** Para ello es necesaria la colaboración de profesionales de diferentes saberes y el respaldo político de diferentes actores que contribuyan a tener una mirada general del sector en cuanto a la reasignación de recursos. El protocolo debe definir cómo el personal médico y no médico y las cargas sociales se incluirían (o no) en el traspaso de una IAMC que cierra a otra u otras que permanecen abiertas.

Salud digital

Institucionalidad de la regulación

Competencia entre prestadores

Institucionalidad de la regulación



3 Eficiencia en el uso de los recursos

- > **Avanzar hacia la integración de la Sanidad Militar, Sanidad Policial y servicios de salud municipales al SNIS.** De esta forma, el financiamiento se encontraría contemplado dentro del Fonasa con el objetivo de disminuir coberturas múltiples y que el gasto por persona quede adecuadamente definido.
- > **Continuar con la designación de Centros de Referencia** a instituciones especializadas en procedimientos de alta complejidad y baja prevalencia, para optimizar el uso de los recursos y garantizar el acceso a la atención de calidad en patologías complejas.
- > **Priorizar cargos de alta dedicación** como política organizacional en las sociedades médicas para reducir la necesidad de multiempleo de los trabajadores de la salud, dado que genera una menor productividad y consecuentemente una peor atención.
- > **Establecer mecanismos de control de idoneidad en los cargos directivos** para ejercer la función en las instituciones de la salud. En un sistema donde el financiamiento es público y las IAMC no tienen fines de lucro, es fundamental determinar que las personas a cargo de las instituciones sean idóneas para sus funciones y sepan gerenciarlas eficientemente.

Financiamiento y sostenibilidad

4 Tiempos de espera para especialistas

- > **Incluir metas asistenciales vinculadas a los tiempos de espera** para que las instituciones médicas tengan mayores incentivos económicos para reducirlos. Complementar con fortalecimiento de la fiscalización de los tiempos máximos ya establecidos en la normativa vigente.
- > **Extender la implementación de consultas o mecanismos específicos para la renovación de recetas de medicamentos,** separadas de las otras consultas médicas generales, para optimizar los tiempos de atención. Generalmente, la renovación de medicamentos requiere de menos tiempo que otras consultas.
- > **Avanzar en el desarrollo de un sistema nacional de planificación de especialidades médicas, liderado y gestionado por el MSP,** incorporando estudios para cerrar las brechas entre la oferta y demanda de especialistas y considerando la distribución geográfica; y con la posibilidad de realizar residencias médicas en otras instituciones educativas además de la Universidad de la República.
- > **Generar nuevos mecanismos para incentivar la radicación de profesionales de la salud en el interior del país,** considerando la distribución actual de los especialistas en el territorio nacional y la estrategia del sistema nacional de residencias médicas.
- > **Facilitar la acreditación de títulos extranjeros en áreas médicas específicas que cuentan con baja disponibilidad de recursos humanos,** con asesoría por parte del MSP para facilitar la acreditación.

Eficiencia en el uso de los recursos

Institucionalidad de la regulación

Institucionalidad de la regulación

Institucionalidad de la regulación

5 Heterogeneidad en la calidad asistencial

- > **Profundizar el uso de metas asistenciales para mejorar la calidad de la atención, mediante su complejización y actualización,** incluyendo nuevos indicadores, especialmente en el primer nivel de atención. Esto se complementa con la incorporación de metas asistenciales relacionadas con los tiempos de espera y nuevas medidas de prevención.
- > **Fortalecer la gestión de ASSE con presupuestos asignados por regiones, niveles de complejidad y ajustados por personas,** considerando la opción de incluir un cálculo similar al de las cÁPitas.

Institucionalidad de la regulación
Financiamiento y sostenibilidad
Indicadores de calidad asistencial

Financiamiento y sostenibilidad



6 Indicadores de calidad asistencial

- > **Incrementar la disponibilidad de indicadores y estadísticas que reflejen de forma efectiva la calidad asistencial** de los distintos prestadores, particularmente en lo referente a resultados y procedimientos preventivos. Continuar avanzando en la presentación de la información de forma adecuada, y eventualmente sistematizada en algún índice resumen, de fácil acceso e interpretación para el público general, asegurando una visualización apropiada desde distintos dispositivos digitales. Publicar también información sobre indicadores de calidad de los IMAE.
- > **Analizar la creación de un sistema de acreditación y certificación, con un organismo independiente**, público o privado, en base a la calificación y calidad de las instituciones médicas, que funcione como agencia evaluadora para orientar la toma de decisiones de los usuarios y asegurar el cumplimiento de estándares de calidad uniformes. Evaluaciones regulares y publicación de ranking de instituciones, de acuerdo a medidas resúmenes de diferentes tipos de información (calidad asistencial, satisfacción de usuarios, eficiencia en el uso de los recursos, etc).

Competencia entre prestadores

Institucionalidad de la regulación

Competencia entre prestadores

Institucionalidad de la regulación

Heterogeneidad de la calidad asistencial

7 Institucionalidad de la regulación

- > **Diseñar una estrategia para continuar fortaleciendo el papel de rectoría del MSP** dentro de una institucionalidad que involucra a numerosos actores y la gestión de una gran cantidad de recursos, con diversos intereses. Continuar fortaleciendo las funciones de control y fiscalización.
- > **Fortalecer la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**, continuando el proceso de dotación de recursos humanos y técnicos. Debe estar compuesta por profesionales altamente calificados y contar con los recursos necesarios para poder realizar análisis con independencia técnica y de calidad. Esto permitirá proporcionar evaluaciones sólidas que respalden la toma de decisiones por parte del Poder Judicial en casos de recursos de amparo por medicamentos de alto costo.
- > **Crear una Agencia de Regulación Sanitaria con independencia técnica**, que garantice la calidad, seguridad y eficiencia de las tecnologías sanitarias. Esta agencia podría integrarse con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, evitando la duplicación de recursos administrativos, financieros y logísticos. Este organismo autónomo debe cumplir con las pautas de la OMS y la OPS para ser de referencia internacional. Esta entidad no solo fortalecería la supervisión de la calidad, seguridad y eficiencia de las tecnologías sanitarias, sino que también facilitaría la exportación de productos sanitarios desde Uruguay, asegurando el cumplimiento de estándares internacionales.

Avance tecnológico

Avance tecnológico

Investigación clínica

8 Avance tecnológico

- > **Implementar mecanismos eficientes para facilitar la incorporación, creación y revisión de tecnologías sanitarias**. Además, promover su uso racional y eficiente, considerando los procesos de evaluación necesarios para su inclusión en el PIAS y el control posterior de su implementación. Asimismo, es crucial utilizarlas para expandir el modelo integral de atención mediante nuevas herramientas que mejoran alcance y desarrollo de la atención. Es necesario acelerar los procesos administrativos para la aprobación de nuevos medicamentos, alineándolos con los avances de la industria farmacéutica, y clarificar los procesos y prioridades para incorporar tecnologías al FTM, más allá de los medicamentos de alto costo.
- > **Mejorar el sistema de evaluación y monitoreo de las tecnologías sanitarias implementadas en el sistema de salud**, especialmente aquellas obtenidas mediante la judicialización. Este sistema debe incluir la evaluación previa de costo-beneficios y el seguimiento de los pacientes que han accedido a estas tecnologías para evaluar su desempeño y optimizar la asignación de recursos. Además, se debe informar a los pacientes sobre las ventajas y desventajas de sus tratamientos.

Institucionalidad de la regulación

Institucionalidad de la regulación



9 Prevención

- > **Aumentar los incentivos a la prevención médica por parte de las instituciones médicas a través de las metas asistenciales** (actualmente algunas metas asistenciales ya están vinculadas a indicadores de prevención, como la salud mental y las enfermedades no transmisibles, incluido el tamizaje de cáncer). Heterogeneidad de la calidad asistencial
- > **Promocionar las actividades de prevención primaria especialmente en zonas rurales**, donde los altos tiempo de espera y falta de control desalientan la realización de estudios de prevención de enfermedades periódicos como por ejemplo papanicolau, mamografías y/o análisis de sangre. Esto resulta en que el rol de la medicina preventiva pueda fallar y los pacientes lleguen a los centros de salud con estados más avanzados de la enfermedad. Heterogeneidad de la calidad asistencial
- > **Incorporación de análisis profundo de datos (*Big Data analysis*) para la detección temprana de enfermedades**. El estudio de los perfiles de los pacientes, por ejemplo a través de modelos de segmentación o predictivos, permite identificar a las personas que deben recibir una mayor prevención focalizada o que se les debe sugerir cambios en su estilo de vida. Salud digital
- > **Profundizar las campañas nacionales de educación, información y sensibilización** sobre el papel que juega la identificación temprana en la prevención de enfermedades crónicas, así como los beneficios de la actividad física y la alimentación saludable. Utilización de redes sociales y canales digitales de mayor alcance para promover la concientización pública y divulgación científica de información. Complementar con el desarrollo de estudios aplicados para estimar el ahorro de invertir en prevención.

10 Salud mental

- > **Fortalecer la infraestructura y gestión de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio**. Para esto es necesario ejecutar eficientemente los recursos necesarios para lograr un mejor procesamiento de datos sobre los intentos de autoeliminación (IAE) en tiempo real (disminuyendo el grado de subregistro actual), sensibilización, capacitación, y campañas de difusión en medios de comunicación. Prevención
- > **Priorizar la calidad y frecuencia de atención en personas con riesgo suicida y sobrevivientes de IAE**. En este sentido, es crucial garantizar la continuidad del proceso asistencial debido al alto grado de reincidencia. Los tiempos de espera en poblaciones de riesgo deberían ser reducidos y el seguimiento debería extenderse más allá de los 30 días posteriores al IAE.
- > **Mejorar la estrategia comunicacional de los trastornos de salud mental** (como depresión y ansiedad), continuando con la línea de políticas públicas planteadas para erradicar la estigmatización aun presente en cuanto a recibir asistencia mental por parte de un profesional. Prevención



¿QUÉ HACER PARA APROVECHAR LAS OPORTUNIDADES EXISTENTES?

1 Investigación clínica

- > **Adecuar la normativa y reglamentación para optimizar los procesos y reducir los tiempos de aprobación** para comenzar un ensayo clínico, manteniendo las garantías de calidad, eficacia, eficiencia, productividad y confiabilidad.
- > **Centralizar las evaluaciones de los Comités de Ética**, evitando duplicaciones de análisis y tiempos, y delimitar plazos lógicos y claros. Revisar el funcionamiento y conformación de los Comités de Ética.
- > **Desarrollar un plan integral a largo plazo para atraer ensayos clínicos**, considerando una combinación de incentivos económicos iniciales, el fortalecimiento de la infraestructura (por ejemplo, estableciendo un centro de referencia), la capacitación profesional de médicos y profesionales para estas funciones, la colaboración público-privada, y un grupo de acción dedicado a la promoción y desarrollo de estas iniciativas.

Institucionalidad de la regulación

2 Salud digital

- > **Unificar los sistemas informáticos de la historia clínica electrónica (HCE) y la telemedicina** para facilitar el trabajo de los profesionales de la salud, reducir los tiempos de espera y aumentar la eficiencia. Esto también permitiría mayor transparencia en auditorías y un uso más preciso de los recursos. Además, es necesario mejorar la comunicación y el intercambio de información entre los prestadores para optimizar la atención médica y garantizar un servicio más eficiente y transparente.
- > **Implementar un programa adecuado de capacitación en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para los profesionales de la salud**, asegurando que todos estén igualmente informados sobre el uso de herramientas digitales aplicadas actualmente en el sistema de salud.
- > **Expandir el alcance de la telemedicina en todo el territorio para brindar una atención de mayor calidad**. Potenciar el desarrollo y uso de consultas no presenciales para garantizar una atención de calidad y acercar especialidades médicas a todas las personas, especialmente en zonas rurales y periféricas, y aumentar su implementación en ASSE.

Tiempos de espera para especialistas
Eficiencia en el uso de los recursos

Eficiencia en el uso de los recursos

Tiempos de espera para especialistas

Referencias

- Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Comercio (AGESIC). (s.f.). Salud Digital. Obtenido de <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/politicas-y-gestion/proyectos/iniciativas-de-saluduy>
- Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Comercio (AGESIC), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Presidencia (2019). Estudio medición TIC y Salud 2018.
- Balsa, A. y Dubra, J. (2020). Movilidad Regulada en Uruguay y alternativas de cambios. Universidad de Montevideo.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2018). Mejor gasto para mejores vidas: Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos.
- Bonapelch, S., Cárpena, C., y Fuentes, G. (2021). Desarrollo de un modelo sistemático para la planificación de especialidades médicas en Uruguay. Montevideo.
- Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social (CERES) (2023). Innovación y Acceso a Tecnologías Sanitarias en Uruguay: El Caso de los Medicamentos de Alto Costo.
- Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social (CERES) (2024). Monitor de Desarrollo - Uruguay: de dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde podemos ir.
- Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales (2024). Inversión en investigación clínica en empresas de la industria farmacéutica.
- Copenhagen Economics (2017). The value of clinical trials in Denmark.
- CPA FERRERE (2024). Acceso y financiamiento de medicamentos de alto costo en Uruguay"
- Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual.
- Dajas, F. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas.
- Dubra, J. y Gandelman, N. (2022). Evaluación económica de la adhesión de Uruguay al TCP.
- Equipos Consultores (2022). Informe de Opinión Pública Salud.
- Giribaldi, N. V. (2022). La agencia de evaluación de tecnologías sanitarias en Uruguay. SciELO Uruguay.
- Gobierno de Australia (2011). Clinically competitive: Boosting the business of clinical trials in Australia. Clinical Trials Action Group Report.
- Hernandez, K.; Muller, M., y Ostwald, D. (2024). Socioeconomic burden of main diseases in eight Latin American countries.
- Hughes, J. (2021). ¿Qué agencia sanitaria se aprobó en 2020 y cuál quedó pendiente? En A. d. Uruguay. Montevideo.
- Kolstad, J. (2013). Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards.
- Legatum Institute (2023). The 2023 Legatum Prosperity Index.
- Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM) (12 de Julio de 2024). Con la aprobación unánime del Senado, Uruguay adhiere al Tratado de Cooperación en Materia de Patentes (PCT). Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-industria-energia-mineria/comunicacion/noticias/aprobacion-unanime-del-senado-uruguay-adhiere-tratado-cooperacion-materia>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2010). El Sistema de Salud en el Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2016). Cuentas Nacionales de Salud 2011-2014.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2016). Encuesta Nacional de Salud Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2017). A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2020). Objetivos Sanitarios Nacionales 2030.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2020). Plan Nacional Salud Mental 2020-2027.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2021). Datos básicos sobre especialidades médicas: insumos para la estimación de brechas.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2023). Cuentas Nacionales de Salud 2020-2021.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2023). Herramientas para la planificación de especialistas.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2024). Boletín de Cuentas Nacionales de Salud de Uruguay 2022.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (s.f.), Historia Clínica Electrónica Nacional. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/historia-clinica-electronica-nacional>
- MPTConnect (2024). Australia's Clinical Trials Sector.
- Observatorio del Sistema de Salud de Uruguay (2024). Sistema Nacional Integrado de Salud, equidad, sostenibilidad y calidad.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Glosario promoción de la salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Making the economic case for investing in health systems.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2022). Regulatory System Strengthening in the Americas. Lessons Learned from the National Regulatory Authorities of Regional Reference. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud pública (MSP) (2019). Avances en la Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Planeamiento y Presupuesto (OPP) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2020). Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators.
- Poder Ejecutivo (2022). Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal 2021 - Tomos.
- Resolución S/N/024 de 2024 [Ministerio de Salud Pública]. Se aprueba el protocolo de actuación del convenio marco de cooperación interinstitucional entre el MSP y el FNR. 15 de mayo de 2024.
- Roche y Copenhagen Institute for Future Studies. (s.f.). Nodo Uruguay - Reporte de investigación, Movimiento Salud 2030.
- Sivey, P. y Chen, Y. (2019). Competition and Quality in Healthcare. En Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance.
- United Nations (2022). E-Government Survey 2022 - The Future of Digital Government. New York.
- Uruguay (2007, 8 octubre). Decreto N°359/007 Reglamentación del tiempo de espera para acceder a consultas de medicina general, especialidades médicas y quirúrgicas. Disponible en <https://www.imo.com.uy/bases/decretos/359-2007>
- Uruguay (2020, 15 abril). Ley N°19.869 Aprobación de los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud. Disponible en <https://www.imo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>
- Uruguay (2020, 14 julio). Ley N°19.889 Urgente Consideración. Disponible en <https://www.imo.com.uy/bases/leyes/19889-2020>
- Uruguay (2020, 30 diciembre). Ley N°19.924 Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2020-2024. Disponible en <https://www.imo.com.uy/bases/leyes/19924-2020>
- Vasen, F. (2020). Mapeo de limitantes y desarrollo de propuestas para la valorización de la investigación. Informe final de consultoría para Uruguay XXI, ANII, PEDECIBA y SNCYT.
- Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C.; y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*.

Agradecimientos

CERES agradece al Equipo de Salud de CINVE, al Dr. Daniel Salinas, al Mag. Daniel Olesker, al Dr. Carlos Batthyány, a la Dra. QF. Juana Hughes, al Dr. Gustavo Arroyo, a la Dra. Cristina Lustemberg y a la Alianza de Pacientes Uruguay por su tiempo, dedicación y conocimientos compartidos durante reuniones y discusiones, fundamentales para el desarrollo de este informe.

Anexo. Propuestas en programas de partidos para próximas elecciones

Frente Amplio

Documento Bases programáticas 2025-2030

Investigación, innovación y educación para el desarrollo:

- Promover la investigación y el desarrollo orientados a resolver grandes problemas y desafíos nacionales como por ejemplo la biotecnología en la salud, la producción sostenible de alimentos saludables, la mejora en la producción forestal y la transformación de la matriz energética, así como, la innovación en políticas sociales. Además, promover el desarrollo de otros sectores intensivos en conocimiento y favorecer el crecimiento integrado del sistema de investigación, desarrollo e innovación en forma armónica con el fortalecimiento de las capacidades básicas y aplicadas.

Infancias, adolescencias y juventudes:

- Mejorar la atención integral a las Infancias, complementando con propuestas socio-educativas, deportivas y culturales y de recreación en coordinación con el sistema educativo. En este sentido, aprovechar los centros existentes para atender las necesidades en la alimentación y en el tratamiento de las diversas problemáticas de salud. Se constituirán equipos territoriales e interdisciplinarios que estrechen la relación interinstitucional, particularmente entre el sistema educativo y de salud.
- Priorizar la atención a las adolescencias con equipos territoriales y propuestas integrales que apoyen la reducción de las brechas educativas, facilitando el acceso a la educación, salud sexual y reproductiva y a la salud mental. Propiciar la participación activa de niñas, niños y adolescentes promoviendo ciudadanía y la transformación de los espacios por los que transitan, teniendo especial atención al cuidado de las diferentes expresiones culturales.

Una sola salud: desde una perspectiva de derechos, integral y comunitaria:

- Siendo ASSE el mayor prestador de salud del país y el principal del sector público, es necesario su fortalecimiento, eliminando la brecha en financiamiento, ajustando en ambos subsistemas el gasto por personas, implementando mejoras en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales, reducir el gasto de bolsillo (tickets y órdenes). Sin que esto signifique una compensación por parte de la JUNASA hacia los prestadores privados.
- Aplicar estrategias de verdadera descentralización y regionalización, para optimizar la distribución de recursos humanos y materiales desde el ordenamiento territorial estableciendo normativas específicas para instrumentar la complementación de servicios y recursos entre los distintos prestadores integrales en territorio.
- El MSP ejercerá el rol de contralor de salud con equipos de fiscalización adecuados a las necesidades en número y acciones, supervisando y garantizando que todos los prestadores de salud, tanto privados como públicos, cumplan a cabalidad con sus cometidos y responsabilidades.
- Revisar la estructura de financiamiento orientada hacia un proceso de igualdad del costo por persona- usuaria, eliminando progresivamente las diferencias entre el sector público y privado
- Iniciar un proceso de incorporación al SNIS y al FONASA en el período 2025-2030, de los servicios de salud estatales y municipales (teniendo en cuenta la autonomía departamental y universitaria) de aquellos que aún no lo están, como el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela.
- Ampliar y asegurar la participación de personas y trabajadores en todos los niveles de gestión del SNIS. Restablecer el pleno funcionamiento de la Junta Nacional, y reactivar las Juntas Departamentales y Locales de Salud, revisando sus competencias para un adecuado funcionamiento y de los Consejos Consultivos de cada institución; modificando la normativa para que sean políticamente vinculantes sus resoluciones en el marco de las políticas nacionales de salud.
- Para cumplir con los principios de la ley que crea el SNIS, es fundamental incluir a ASSE en la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con voz y voto, asegurando la competencia en un plano de igualdad con el sector privado.
- Continuaremos con el proceso de transformación del sistema y los servicios de salud. Habilitaremos la segunda generación de reformas especialmente en lo que refiere al ejercicio de la rectoría y la consolidación de redes integradas de servicios de salud que garanticen la complementación equitativa entre los subsectores público y privado.
- La rectoría del MSP se potenciará a partir de las estructuras existentes y de ser necesario, se crearán nuevas estructuras dentro del ámbito ministerial, fortaleciendo la gestión de la información del sistema, la definición de las políticas de control, evaluación y monitoreo del uso de la tecnología, medicamentos, sustentabilidad financiera del sistema, el desempeño de los prestadores, las políticas de recursos humanos, de investigación sanitaria y de promoción de la salud. Así como también integrará las instancias que deciden definen las políticas para un ambiente saludable y sostenible.
- Se establecerán los mecanismos necesarios para el uso secundario de los datos de salud de la población, disponibles en la Historia Clínica Electrónica Nacional y otras plataformas digitales, garantizando los derechos de las personas en tanto titulares de los datos y la soberanía nacional de los mismos. Este dispositivo proporcionará al Ministerio la capacidad de control y rectoría efectiva del SNIS.
- El Ministerio de Salud -entre sus funciones y controles- establecerá específicamente normativas que impidan la segmentación en la atención de los pacientes.
- Avanzar hacia la real aplicación de un modelo de atención centrado en las personas y en el territorio, superando el modelo hospital-médico céntrico. Se implementará una estrategia renovada de Atención Primaria en Salud. Se fortalecerán los equipos de salud del primer nivel y su capacidad resolutive, implementando una efectiva complementación de servicios y recursos entre los distintos prestadores integrales en territorio. Para ello, se creará el marco normativo correspondiente, apuntando a la eliminación de las barreras de acceso en la puerta de entrada al sistema
- La situación de la salud mental es una emergencia país, se abordará con gratuidad y acceso universal a todas las prestaciones de prevención y promoción, diagnóstico, rehabilitación en todo el SNIS. Así como el plan deberá incluir las acciones para el abordaje familiar y comunitario tal cual lo establece la ley de salud mental.

- Aplicación efectiva de la ley de salud mental, jerarquizando un enfoque integral con dispositivos sanitarios y comunitarios que favorezcan la inclusión social, cultural, educativa y el bienestar de las personas.
- Desarrollar un sistema de prevención vinculado al consumo problemático de drogas que contemple acciones de promoción de la salud, desarrollo de habilidades sociales y capacidades psicosociales, así como de gestión de riesgos.
- Asegurar el acceso a la información y educación respecto al uso de drogas que permitan reducir los daños asociados apoyando la realización de proyectos de desarrollo comunitario sustentable en las zonas vulnerables, en particular en aquellas donde ocurran actividades delictivas vinculadas a los mercados de drogas. Se aumentará la oferta pública y privada de tratamientos de carácter integral, principalmente a través del SNIS, asegurando la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los programas basados en evidencia, con sensibilidad en género y generaciones. En la política nacional de gestión de riesgos y reducción de daños, se fortalecerá el Sistema de Alerta Temprana, los dispositivos de testeo de sustancias y las salas de consumo supervisado cuando se evalúe su pertinencia.
- Mantener y profundizar los logros alcanzados en las políticas referidas al goce de una sexualidad plena, con énfasis en la disminución del embarazo adolescente. Con un enfoque de género, atendiendo la salud integral de las mujeres y el respeto a las comunidades LGTBIQ+.
- Avanzar en las regulaciones de los mercados de alcohol, tabaco y cannabis desde una perspectiva de salud, procurando retrasar la edad de inicio y desestimular el uso de las sustancias. Con respecto a la producción y uso medicinal del cannabis, se implementará de forma cabal y efectiva la ley vigente y demás normas relativas al acceso al cannabis medicinal y terapéutico, así como su inclusión en las prestaciones de salud.
- Asegurar la efectiva igualdad en acceso a prestaciones incluidas en el Programa Integral de Prestaciones en todo el territorio nacional y a todas las personas con homogeneidad en la suficiencia y calidad de las mismas.
- Incluir en el SNIS y el plan de prestaciones áreas que aún no se incluyen en todos los niveles de atención: salud bucal, atención domiciliaria, cuidados paliativos, psicología, psicomotricidad, fonoaudiología, psicopedagogía
- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación al servicio del sistema de salud para agilizar y facilitar procedimientos administrativos y técnicos, asegurando la coordinación en todo el sistema y como complemento de la atención presencial, insustituible en los diferentes niveles de atención.
- Promover el desarrollo de la investigación nacional en el campo de la salud y la formación de quienes trabajan en el área, para lo que es urgente una política de integración y coordinación institucional principalmente con la Universidad de la República, ANII y los institutos de investigación nacionales en el área biomédica.
- Para avanzar en la disminución de las brechas de desigualdades en el acceso a la salud, es necesario volver a priorizar la salud rural y realizar acciones que garanticen la atención integral a los pobladores rurales, acceso a prestaciones integrales, acceso a recursos humanos, tecnologías, acceso a medicamentos, garantizando la resolución de los problemas y la continuidad de los cuidados con la participación organizada en una verdadera red de cuidados que aborden las determinaciones sociales de la salud.
- Para avanzar en el acceso universal se propone iniciar un proceso de gratuidad en todas las prestaciones de prevención, promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inserción social para toda la población en los servicios de primer nivel de atención con un enfoque de la APS renovada, trabajo interdisciplinario, intersectorial y participación comunitaria, transitando hacia la eliminación del lucro

Salud integral de las mujeres:

- Asegurar la accesibilidad universal, la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud, públicos y privados, en todo el territorio urbano y rural, superando las barreras económicas, de distancia y culturales, priorizando a las poblaciones más vulnerables, incluyendo a trabajadoras sexuales, personas trans y privadas de libertad.
- Promover la formación y la capacitación continua de profesionales y personal de salud en género, diversidad sexual y corporal, dimensión étnico-racial, para una atención humana y calificada.
- Promover una salud sexual y reproductiva integral, de calidad y acorde a los requerimientos específicos de las mujeres y disidencias de todas las edades y condiciones, asegurando el acceso universal a la atención integral y respetuosa de mujeres, varones y disidencias, con o sin discapacidad.
- Prevenir y evitar la violencia obstétrica, capacitando en forma permanente a los equipos de salud en el respeto de las decisiones libres e informadas de las niñas, mujeres y personas gestantes así como en el conocimiento de la normativa y protocolos en la materia
- Garantizar en todo el territorio nacional el acceso a técnicas de reproducción asistida contemplando la diversidad y especificidades de las personas.
- Garantizar la atención integral a las personas trans, mediante el acceso a tratamientos hormonales y de reafirmación de género para quienes lo decidan.
- Garantizar el acceso efectivo y la calidad de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en todo el territorio nacional, de los equipos técnicos especializados y de la infraestructura locativa necesaria para la actuación correcta de la ley.
- Impulsar una formación con perspectiva de género y diversidad sexual en los profesionales de la salud mental y asegurar el acceso universal a la atención en salud mental con perspectiva de género, mejorando y ampliando la cobertura de las prestaciones, considerando la mayor expectativa de vida de las mujeres y la prevalencia de enfermedades mentales asociadas a la longevidad.

Partido Nacional

Documento de Programa de Gobierno 2025-2030 (Una nueva mirada)

Maternidad:

- Fortalecer el apoyo y contacto directo con embarazadas en todas las instancias en que sea posible (prestaciones de salud, centros CAIF, ANEP, etc) y mediante todos los instrumentos disponibles (actividades presenciales, aplicaciones, etcétera), con el objetivo brindar información y acceso a los recursos pertinentes, así como la incorporación temprana en los programas de protección de la maternidad y primera infancia. Seguir fortaleciendo la captación temprana de embarazadas desde los prestadores de salud desde un enfoque socio sanitario.
- Fortalecer y promover los programas existentes de acompañamiento familiar desde la etapa de la gestación, mediante actividades presenciales o herramientas informáticas de fácil manejo como las aplicaciones, que permitan la promoción del desarrollo y crecimiento adecuado, en todos los aspectos relevantes para el bienestar y desarrollo del binomio madre-hijo. La captación temprana, especialmente tratándose de familias de menor nivel socio económico, es fundamental para lograr el mejoramiento de sus condiciones de vida, en particular lo referido a la atención en salud, alimentación y vivienda.

Acciones en salud para niñez y adolescencia:

- Primera infancia:
 - Planificar acciones de atención en la preconcepción, embarazo y nacimiento garantizando el acompañamiento familiar y del recién nacido hasta los 6 años de edad.
 - Finalizar la puesta en marcha del Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del BPS para lograr un mejor tratamiento de estas condiciones de salud.
 - Fortalecer el programa de Pesquisa Neonatal y del Lactante a cargo del CRENADECER que opera en el ámbito del BPS.

- Nutrición: seguir perfeccionando los apoyos a la alimentación saludable. Combatiendo la inseguridad alimentaria, el sobrepeso y la obesidad.
- Atención integral del Desarrollo Infantil. Casas del Desarrollo de la Niñez. Se propone continuar con el establecimiento de "Casas de Desarrollo de la Niñez" a cargo de ASSE, a partir de la evaluación de la creadas en el marco del Programa "Atención Integral a la Primera Infancia".
- Educación nutricional en lactancia y alimentación complementaria. Prevención y tratamiento de la anemia carencial.
- Cuidados paliativos: los cuidados paliativos pediátricos constituyen un campo particular de acción, pero con igual filosofía que para adultos. Se deberá trabajar en aumentar la oferta en todo el territorio nacional aplicando la complementación de los prestadores de salud.
- Niñez y adolescencia:
 - Atención a los problemas prevalentes de infancia y adolescencia en los entornos escolares mediante el Proyecto Enfermería Escolar.
 - Implementar estrategias de alimentación saludable. Programa Vida Sana y prevención de sobrepeso y obesidad.
 - Continuar desarrollando las estrategias de prevención del embarazo adolescentes no intencional.
 - Incrementar la actividad física en los centros de educación.
 - Asegurar y controlar el acceso y cumplimiento del esquema ampliado de vacunaciones.
 - Fortalecer acciones del programa de salud bucal, salud visual y auditiva.
 - Desarrollar un programa de apoyo para las familias y niños con necesidades especiales de salud con subsidios en alimentos, insumos y acompañamiento.
 - Descentralización de la atención hacia el interior del país. Creación de nodos de resolutiveidad pediátrica.

Salud integral mujeres:

- Los prestadores integrales de salud promoverán la coordinación del acceso a los especialistas y la derivación oportuna a los equipos multidisciplinares en el primer nivel de atención.
- El Ministerio de Salud Pública promoverá:
 - Mejorar los canales de comunicación y el acceso a información de calidad sobre todos los aspectos asociados a la salud de la mujer.
 - Se realizará una revisión de las metas prestacionales asociadas a las mujeres con la finalidad de promover la salud femenina de la manera más amplia posible.

Envejecimiento activo y saludable:

- Promover la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Discapacidad:

- Evaluar la incorporación, dentro de las metas del Sistema Nacional Integrado de Salud, la rehabilitación de las personas con discapacidad, en el marco del Plan Nacional de Rehabilitación que se viene trabajando.

Consumo problemático y salud mental:

- Fortalecer el sistema integral de atención en salud mental y uso problemático de drogas creado, en articulación con los distintos actores (Mvot, MTSS, ASSE, MSP), enfocados en las soluciones habitacionales especializadas y promoviendo la autonomía a través de la inclusión laboral.
- Continuar trabajando en el abordaje comunitario de la salud mental, aumentando el número de centros diurnos en todo el territorio nacional.
- Diseñar e implementar un sistema integrado de Evaluación y Monitoreo de la red de Nacional de atención en Salud Mental y el uso de drogas, promoviendo la gestión de calidad, para la mejora continua de las estructuras, procesos y resultados.

Salud:

- Se propone como eje central promover el conocimiento ciudadano de los derechos y la educación en salud, facilitando el acceso a su información clínica, el diseño de sistemas de notificación de eventos para promover vidas saludables, y mejorar los datos disponibles sobre el desempeño de sus prestadores.
- En términos asistenciales, se debe llevar adelante una segunda etapa de la Historia Clínica Electrónica Nacional, con el fin de permitir la vigilancia epidemiológica activa por parte de prestadores y el MSP, y mediante la utilización de telemedicina e inteligencia artificial para el fortalecimiento de las decisiones clínicas de los profesionales y la utilización de soporte para diagnósticos de imagen y patología computacional.
- Se potenciará el control de enfermedades crónicas, atendiendo los desafíos que nos presenta el proceso de envejecimiento demográfico, con el objetivo de lograr que los años de vida ganados sean años de vida saludable.
- Se dará especial interés en niñez y adolescencia, continuando y ampliando programas tendientes a asegurar un crecimiento sano y detectar precozmente y darle respuesta a alteraciones del mismo, tal como se detalla en los aspectos sanitarios del Plan Familias.
- Se adoptarán medidas que estimulen la radicación de especialistas en determinadas regiones del interior del país, a efectos de asegurar el acceso universal a un sistema de calidad, a través de una reforma del sistema de residencias médicas.
- Se implementará un programa de profesionalización de enfermería con énfasis en la formación en competencias y avanzando hacia cargos con alta dedicación horaria.
- Transformación a un sistema nacional de residencias médicas, liderado y gestionado por el MSP.
- Se promoverán nuevos centros de referencia en el marco de la Ley N° 19.666 para la resolución de patologías que requieran infraestructuras complejas y recursos humanos poco disponibles, fomentando la descentralización de los mismos.
- Se promoverá una estrategia de complementación abierta con definiciones de cobertura territorial de policlínicas, normatizada por aranceles pagos entre prestadores para la mejora del acceso al primer nivel de atención.
- Sistema de respuesta a urgencias y emergencias en ámbito rural y carretero.
- Se creará un sistema de acreditación de "Hospitales Seguros".
- A nivel de ASSE se propone mejorar la gestión financiera mediante regionalización efectiva, con presupuestos asignados por región y niveles de complejidad, a la vez que se ajusta el marco regulatorio para aumentar su capacidad para generar recursos propios.
- Se potenciará, regulará el uso de herramientas de tecnología de la información y ciencia de datos, garantizando su acceso universal: Telemedicina, Sistemas de Planificación de Recursos Empresariales (ERP), Business Intelligence & Analytics e Inteligencia Artificial.
- Se avanzará en la incorporación de nuevas prestaciones al PIAS y desinversión de otras de acuerdo a las necesidades asistenciales actuales, para lo cual se prestará especial atención a los señalamientos de la Academia.
- Se continuará el proceso de agilizar el trámite de registros de medicamentos impulsado por el actual gobierno, que facilita el ingreso de nuevas tecnologías médicas a nuestro país, en tiempos acordes a su desarrollo.
- Se propondrá la implementación de sistemas de pagos mixtos a las modalidades de pago existentes del Fondo Nacional de Recursos a los Institutos de Medicina Altamente Especializados y Centros de Alta Especialización. Se incluirá de esta manera el pago asociado a cumplimiento de resultados asistenciales, como incentivo a la mejora de la calidad asistencial.
- Se incorporará a Uruguay al circuito de ensayos clínicos, mediante la actualización normativa de investigación clínica y el funcionamiento de comités de ética.

- Nutrición: seguir perfeccionando los apoyos a la alimentación saludable. Combatiendo la inseguridad alimentaria, el sobrepeso y la obesidad.
- A través de la Dirección General de Fiscalización (creada durante este quinquenio), se pondrá especial énfasis en el control de los tiempos de espera de los prestadores, a efectos de mejorar la atención de los usuarios.
- Se creará un sistema de denuncias de más fácil acceso para los usuarios, ponderándolo como uno de los ejes principales del sistema de control.
- Se propenderá a desburocratizar y eliminar trabas administrativas, a efectos de reducir los tiempos que actualmente insumen trámites de especial importancia, como lo son la habilitación de los servicios de salud, farmacias, medicamentos, cosméticos y tecnologías médicas.
- Implementación de sistemas de información que faciliten los reportes al MSP, mejorando la calidad de los datos, evitando errores e incrementando el cumplimiento de manera oportuna y completa.
- Aplicación de un sistema de gestión transversal a todos los prestadores integrales para reducir costos secundarios a la fragmentación, homogeneizando la información.
- Implementación de tecnologías de la información en la Unidad de Monitoreo y Gestión del SNIS. Promoción de transparencia de datos asistenciales y no asistenciales para usuarios del SNIS, favoreciendo la evaluación de resultados sanitarios y productividad.
- Promoción de la construcción de datos para la implementación de GRD (grupos relacionados a diagnóstico) y su incorporación progresiva a la gestión.
- Avance tecnológico en la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) promoviendo la unificación de sistemas y la extracción ágil de datos para uso en la vigilancia activa de enfermedades.
- Utilización de datos para la planificación territorial de distribución de recursos e infraestructura ajustada a las necesidades sanitarias en cada área, con desarrollo de redes de vigilancia locales y supra-nacionales para el trabajo regional conjunto.
- Promoción de acceso de información personal a ciudadanos y utilización para promoción de salud. Empoderamiento de la población en el cuidado de su propia salud mediante estrategias de difusión de información particular y general, recordatorios y otras acciones informativas mediante herramientas de IT.
- Desarrollar la acreditación de "Hospitales Seguros" en base a la implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente y medidas de control y prevención de infecciones. Esto incluye promover el trabajo en la adecuada gestión de infecciones intrahospitalarias y de microorganismos multiresistentes y panresistentes, así como la actualización del marco normativo para la promoción de una atención segura y la construcción de la cultura de seguridad, considerando elementos de estructura y procesos asistenciales y administrativos.
- Se trabajará en el control de las enfermedades transmisibles, con un especial énfasis en la gestión adecuada de las infecciones asociadas a la atención en salud, las resistencias antimicrobianas, las enfermedades emergentes y reemergentes y las zoonosis bajo los principios de "Una Sola Salud". Destacamos:
 - Reestructurar las Comisiones de Zoonosis, Nacional y Departamentales, con un programa concreto y una organización acorde; dirigiendo, controlando, fiscalizando y actuando en el rol de prevención y control.
 - Promover acciones concretas para la gestión efectiva y el control de la hidatidosis, brucelosis, tuberculosis, rabia, leptospira desde el Ministerio de Salud Pública, Comisión de Zoonosis y Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca.
 - Continuar el desarrollo de estrategias para la preparación, mitigación, respuesta y recuperación ante eventos de emergencia sanitaria.
- Promover la generación de conocimientos transversales a todos los profesionales de la salud en temáticas emergentes como humanización y cuidados centrados en la persona, salud mental, gestión, telemedicina y tecnologías.
- Instrumentar la recertificación periódica del personal de la salud profesional mediante un programa de evaluación de competencias y la promoción de la formación continua.
- Evaluar las necesidades poblacionales de servicios y la disponibilidad de recursos humanos para la definición de prioridades formativas a implementar con las universidades. Considerar la distribución territorial y cobertura de profesionales de la salud y especialmente especialidades médicas.
- Transformación a un sistema nacional de residencias médicas, liderado y gestionado por el MSP. Promover la formación de médicos especialistas a nivel regional en el interior del país, mediante la generación de un sistema de instituciones acreditadas que habiliten a completar la formación y promover la estabilización del médico en la región.
- Fortalecimiento de la enfermería profesional mediante un programa de profesionalización de la enfermería, promoviendo regímenes de trabajo estables, de alta dedicación horaria.
- Actualización de las funciones de los profesionales de enfermería.
- Fortalecimiento de la medicina general y medicina familiar y comunitaria, generando normativas que potencien su rol para la Atención Primaria en Salud respaldando definiciones clínicas que permitan una mayor resolutivez del primer nivel de atención.
- Promover la utilización de las tecnologías de la información y la arquitectura de la HCEN para la disponibilización de recomendaciones y pautas para fortalecer el ejercicio de los profesionales con la indicación de procedimientos y terapéuticos de alto valor asistencial basada en la mejor evidencia.
- Continuar con la evaluación del PIAS y FTM, su actualización con la incorporación y desinversión necesaria, facilitando el proceso de evaluación de tecnologías y el procedimiento para la evaluación de su incorporación, mediante la articulación de la AETSU, MSP y FNR, y la participación de referentes externos, academia y usuarios al proceso de análisis.
- Incorporar la prescripción de medicamentos de profesionales de los prestadores integrales en la HCEN.
- Mejora de los sistemas de compra centralizada para prestadores públicos de salud, con la actualización permanente de licitaciones y actualización de demanda requerida, para la mejora del poder de negociación de precios de compra. Valorar el desarrollo de centros logísticos centrales que permitan facilitar el abastecimiento a nivel nacional.
- Mejora del sistema de pago del Seguro Nacional de Salud para fortalecer la sustentabilidad del sistema. Implementación de sistemas de pago complementarios a las cápitas, basados en pagos por cobertura de episodios, sistemas de pago prospectivos y pagos ajustados a riesgo para la compensación de incentivos y riesgos. Avance hacia el pago de metas asistenciales con indicadores de procesos y resultados asistenciales.
- Implementación de sistemas de pago mixtos al FNR, incorporando a los pagos por actos, sistemas de incentivo basados en pagos por resultados.
- Implementación de sistemas de pago mixtos al FNR, incorporando a los pagos por actos, sistemas de incentivo basados en pagos por resultados.
- Continuar en la mejora de gestión de los recursos de ASSE, tendiendo a la regionalización efectiva y la revisión de los presupuestos por región y niveles.
- Trabajar activamente para el control de los tiempos de espera, incluidas primeras consultas y seguimiento de especialistas, y procedimientos diagnósticos. Promoción de estrategias de gestión de agenda para la mejora de la eficiencia en el uso de cupos.
- Promoción de la telemedicina para mejorar el acceso a servicios de salud a nivel nacional.
- Promover acciones para la incorporación de Uruguay al circuito de ensayos clínicos, mediante la actualización normativa de investigación clínica y el funcionamiento de comités de ética.

- Reducir la superposición de servicios, promoviendo una lógica de atención regional en las áreas con densidades poblacionales bajas a cargo de prestadores integrales. Fortalecer la integración de servicios y la generación de centros de referencia para la resolución de patologías que requieran infraestructuras complejas o recursos humanos poco disponibles.
- Profundización de acciones en territorio, en conjunto con organizaciones como ANEP, MIDES, entre otras, para la promoción de salud y prevención de enfermedades. Desarrollar a su vez estrategias de captación en centros de educación inicial y primaria, con un foco en enfermedades prevalentes y el desarrollo.
- Definición de criterios para la asignación geográfica de usuarios al primer nivel de atención. Promoción de estrategias territoriales para la complementación o establecimiento de venta de servicios para garantizar la cobertura, estableciendo los aranceles para tal fin.
- Continuar con el desarrollo junto a ANII de estrategias de innovación para emprendedores y financiación de capital semilla para la creación de soluciones para la mejora de la calidad del SNIS en aspectos asistenciales y de gestión.
- Desarrollo de normativa para la promoción de la atención de urgencias y emergencias en ámbito rural y rutas nacionales, facilitación de implementación con profesionales con capacitación específica y la utilización de la telemedicina. Definición de tiempos de acceso. Incorporación de un sistema de rescate aéreo
- Promoción de la disponibilidad para los prestadores integrales de tecnología para el apoyo en medios diagnósticos mediante la utilización de la inteligencia artificial. Priorización para especialidades críticas, como apoyo de los profesionales del sistema, para el abatimiento de retrasos diagnósticos.

Salud mental y adicciones:

- Potenciar y fortalecer el programa Uruguay Previene, creado en el marco del Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Incluir la atención psicoterapéutica orientada a la rehabilitación de consumidores problemáticos de alcohol en el Modo 3 del Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental del SNIS. Al día de hoy esta atención se restringe a consumidores de cocaína y pasta base de cocaína.
- Creación de espacios de tratamiento específicos para adolescentes con uso problemático de sustancias en todos los prestadores de salud del país.
- Generar mayor cantidad de dispositivos de 24 horas para usuarios con patología dual y riesgo de heteroagresividad.
- Continuar con la capacitación a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención en trastornos psiquiátricos y mejorar la accesibilidad a consultas (psicología-psiquiatría).
- Aumentar hasta los 30 años la franja etaria para la atención en el Modo 2 del Plan de Implementación Prestaciones de Salud Mental en el SNIS. Para esta prestación, luego de realizada la indicación del comité de recepción se contará con un plazo de 15 días para iniciar el tratamiento.
- Crear sala de salud mental de agudos para población adolescente de entre 15 y 18 años, en hospital general de la Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Fortalecer la creación de servicios alternativos a la internación asilar gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social, con el objetivo de brindar respuesta habitacional a personas con trastornos mentales severos y persistentes en situación de desamparo social.
- Promover la educación emocional en los ámbitos comunitarios, escolares y de educación media, orientado a la comprensión emocional, tolerancia al malestar y a las frustraciones y la creación de equipos de trabajo conformados por licenciados en enfermería, en psicología y trabajo social.
- Realizar guía de trabajo específica para el abordaje de los trastornos de conducta alimentaria, así como la implementación en los prestadores integrales.

Juventud:

- Alcance Nacional del Programa Ni Silencio Ni Tabú para la prevención y la atención en salud mental:
 - Ampliación y creación de al menos un centro de bienestar Ni Silencio Ni Tabú para el abordaje intersectorial de la salud mental de adolescentes y jóvenes en cada departamento del país. Dicho proyecto, será ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social e Intendencias Departamentales, con respaldo del Ministerio de Salud Pública, ANEP y ASSE, entre otros. Con esta ampliación se propone alcanzar una cobertura máxima de 95.000 jóvenes en dispositivos de atención individual, grupal y comunitaria.

Deporte:

- Actividad física, actividades acuáticas y salud. Proponemos trabajar en hábitos alimentarios en niños y adolescentes, en línea con las propuestas en infancia y salud, combatir la obesidad y sobrepeso, estimulando la práctica de actividad física y deporte, así como continuar y profundizar el programa "VERANO MÁS ACTIVO" y otros programas desarrollados en las plazas de deporte.

Partido Colorado

Documento de Programa de gobierno del Partido Colorado 2025-2030 (Contrato con Uruguay)

Salud:

- Rectoría del Ministerio de Salud Pública:
 - **Mejora de las metas asistenciales:** Perseguiremos la mejora de las metas asistenciales, con el objetivo de elevar su exigencia y nivel de complejidad, mejorando la calidad de atención para los usuarios. Además, esta medida incentivará a todos los prestadores de salud, públicos y privados, al cumplimiento de la mismas para generar ingresos adicionales.
 - **Estándares de calidad asistencial:** El Ministerio como órgano rector pautará estándares de calidad asistencial en todas las áreas referentes a la salud, con miras a la futura acreditación en calidad sanitaria para las instituciones del sector. Esta estrategia no solo asegurará una atención centrada en el usuario y su entorno, brindando seguridad, eficiencia y empatía, sino que también impulsará una mejora en la competitividad entre prestadores y por ende la calidad asistencial que reciben los usuarios.
 - **Revisión del modelo de cápitas y financiamiento del actual sistema:** Evaluaremos una actualización del formato de financiamiento de las mutualistas y las cápitas, para alinear las necesidades asistenciales de la población y las financieras de los prestadores.
 - **Evaluación digital de los usuarios:** Los usuarios tienen derecho a evaluar y conocer a sus prestadores de salud. Si bien el MSP actualmente cuenta con un portal en el que se pueden visualizar algunos datos de gestión, el mismo es poco conocido al público, y poco eficiente. Implementaremos acciones digitales para la evaluación de la percepción de calidad de las instituciones en salud, a través de encuestas continuas a los usuarios, que serán luego mostradas a todos los actores del sistema sanitario para la mejor toma de decisiones de prestadores y usuarios.
 - **Regionalización y centros de referencia:** Trabajaremos en conjunto con los actores departamentales y regionales en la descentralización de la asistencia en salud, a través de una mejor racionalización de los profesionales, las tecnologías y los centros de referencia. En este aspecto también se trabajará en descentralizar la formación, el trabajo y su remuneración.
- Reforma de la atención primaria:

- **Priorizar el primer nivel con recursos:** Descentralizaremos el tratamiento de las afecciones de los hospitales, dotando al primer nivel de atención con los recursos necesarios para mayor resolutiveidad. Será el equipo de salud de referencia el encargado de la gestión asistencial del usuario y sus necesidades, lo que genera el uso eficiente de las horas de especialista, los estudios y medicamentos. Esta política estratégica permitirá evitar traslados innecesarios del usuario y ofrecer una atención cercana, confiable y efectiva en el territorio. Además, reforzaremos las metas asistenciales y lineamientos estratégicos vinculados al primer nivel de atención, incentivando a los prestadores a adoptar este enfoque mediante premios o reconocimientos, promoviendo así una atención más accesible y de calidad para todos los usuarios.
- **Ampliar la atención en primer nivel:** Fortaleceremos la atención primaria mediante la creación de una red continua de consultorios diseminados en el territorio, mediante acuerdos a nivel público y privado. Estos consultorios permitirán la consulta presencial en horarios extendidos, realizarán visitas domiciliarias y facilitarán el acceso a consultas de telemedicina garantizando una atención cercana, oportuna y accesible.
- **Modelo asistencial enfocado en el individuo:** Reformaremos nuestro enfoque de atención, pasando de un modelo centrado en las instituciones a uno que se enfoque en el individuo, su familia y la comunidad, optimizando los recursos disponibles. Modificaremos el sistema actual de atención basado en el sistema, los prestadores y la enfermedad, orientándola hacia una asistencia basada en el individuo, su comunidad y el bienestar a través de la promoción de salud y prevención de enfermedad. Para lograrlo, impulsaremos de manera progresiva la creación de consultorios de medicina y enfermería de atención primaria, que sean pequeñas unidades asistenciales privadas acreditadas por el Ministerio, propiedad de los propios profesionales, con pagos desde el Sistema Nacional Integrado de Salud por atención. Esta estrategia maximiza la accesibilidad al incrementar la oferta, aumenta la eficiencia del gasto sanitario y potencia el desarrollo profesional y personal de los equipos de salud.
- **Programas de prevención:** Colaboraremos con organismos internacionales y OSC, para implementar políticas públicas eficientes que prevengan las enfermedades cardiovasculares, como el Programa Hearts. Nos enfocaremos en controlar de manera más eficaz la obesidad, diabetes e hipertensión a través de la prevención y el diagnóstico temprano. Además, trabajaremos para mejorar la adhesión a los tratamientos, frecuencia de consultas y controles con el equipo de salud en el primer nivel de atención.
- **Salud rural:** En los sectores rurales más alejados de los centros asistenciales, el acceso a servicios de salud enfrenta grandes desafíos. Para abordar esta situación, fortaleceremos los equipos de atención rural, proporcionando los recursos económicos y materiales necesarios para asegurar el acceso a la salud, apoyados en la digitalización, educación y priorización de la especialidad de medicina rural en todo el territorio.
- Salud para la primera infancia:
 - **Creación de Centros de Atención de Salud Materno – Infantil:** Estableceremos centros altamente especializados para un abordaje transdisciplinario en salud sexual, planificación reproductiva, desarrollo infantil y apoyo a la familia y entorno. Estos centros brindarán educación y atención de cercanía basada en la mejor evidencia disponible, así como recursos materiales y digitales; contarán con un equipo de profesionales altamente capacitado en obstetricia, neonatología, pediatría, puericultura, neurodesarrollo y salud mental, con el objetivo de fomentar una saludable maternidad e infancia, buscando promover hábitos saludables y la prevención de factores de riesgo y enfermedades. Estableceremos centros altamente especializados para un abordaje transdisciplinario en salud sexual, planificación reproductiva, desarrollo infantil y apoyo a la familia y entorno. Estos centros brindarán educación y atención de cercanía basada en la mejor evidencia disponible, así como recursos materiales y digitales; contarán con un equipo de profesionales altamente capacitado en obstetricia, neonatología, pediatría, puericultura, neurodesarrollo y salud mental, con el objetivo de fomentar una saludable maternidad e infancia, buscando promover hábitos saludables y la prevención de factores de riesgo y enfermedades.
 - **Profundizar las políticas de salud sexual, reproductiva y embarazo:** Profundizaremos las políticas de mediano y largo plazo de manera intensiva y proactiva a la salud sexual y reproductiva, cuidados anticonceptivos, seguimiento y captación temprana del embarazo, así como la promoción de la salud perinatal. Nos enfocaremos en detectar y abordar factores que afecten el bienestar materno y del niño, tales como la nutrición, las condiciones de vida, situaciones de violencia, el abuso en el consumo de sustancias, las enfermedades crónicas y el tabaquismo. Por ejemplo, realizar un tamizaje nutricional adecuado y proporcionar suplementación durante el embarazo, para condiciones como la anemia o desnutrición, lleva a mejoras en la salud materna e infantil, con menor riesgo de malformaciones, parto pretérmino, bajo peso al nacer, entre otras. Extenderemos los equipos de visita domiciliaria a embarazo de alto riesgo, sea por condiciones biológicas, psicológicas o sociales, actividad que actualmente se realiza luego del nacimiento, siendo pocas las intervenciones desde etapas tempranas del embarazo.
 - **Atención al saludable desarrollo del niño:** Priorizaremos la atención a los recién nacidos hasta los tres años mediante actividades específicas para cada etapa de su desarrollo, enfocadas en su sano crecimiento biológico, cognitivo y emocional. Implementaremos políticas y controles para promover los nacimientos por parto, reducir la tasa de cesáreas, evitar la violencia obstétrica, así como aumentar las intervenciones oportunas en neonatos como el contacto inmediato con la madre, y cuidados perinatales de complicaciones frecuentes. Estas prácticas mejoran las tasas de lactancia, crecimiento corporal, el vínculo parental con el neonato y reducen las complicaciones del recién nacido.
 - **Fomentar la lactancia materna:** Incluiremos la lactancia materna como meta asistencial y objetivo estratégico ministerial. Debemos defender esta práctica, la cual está demostrada mejora el coeficiente intelectual, el rendimiento académico, aumenta los ingresos económicos, potencia la inmunidad disminuyendo la mortalidad infantil y previene enfermedades prevalentes de la adultez como la cardiovascular, obesidad y diabetes.
- Salud digital basada en datos:
 - **Fomentar la telemedicina:** Promoveremos el desarrollo de una telemedicina avanzada y de calidad para mejorar el acceso a la atención primaria de calidad, reduciendo problemas logísticos, garantizando que los ciudadanos, independientemente de su ubicación geográfica, reciban la atención que necesitan. En particular, nos comprometemos a evaluar el resultado del plan piloto de telemedicina para la atención de la salud mental, implementado por ASSE.
 - **Profundización de la digitalización:** Uruguay ha avanzado significativamente en su proceso de digitalización, impulsando proyectos como la Historia Clínica Electrónica Nacional y la implementación de TICS. En un mundo con cada vez más innovaciones tecnológicas es esencial sostener y profundizar el mismo. Enfocaremos nuestros esfuerzos en digitalizar los procesos y comunicaciones clave, mejorando la toma de decisiones, tanto en la atención al usuario como en las políticas sanitarias. Esto incluirá (i) facilitar el acceso a consultas con especialistas de manera remota, (ii) simplificar la repetición de recetas, (iii) agilizar la solicitud y realización de estudios, y (iv) asegurar la entrega rápida de resultados. Además, seguiremos promoviendo la telemedicina como una herramienta que mejora la accesibilidad y brinda atención en tiempo real. ASSE como el prestador de salud más grande del país, no puede quedar rezagado de este proceso. Invertiremos recursos materiales y humanos para fortalecer sus sistemas de información y tecnologías de apoyo, asegurando que el mismo brinde servicios de primer nivel en nuestro país.
 - **Gestión basada en datos:** Reforzaremos los sistemas de información que presenta el Ministerio de Salud Pública y las instituciones de salud, asegurando una gestión más eficiente y precisa. Implementaremos un enfoque continuo de diseño, implementación y evaluación de las políticas sanitarias. Esto permitirá un mejor uso de los recursos, asegurando que las políticas lleguen de manera efectiva a la población objetivo.

- **Interoperabilidad de datos e información:** Promoveremos una agenda clara para lograr la interdependencia e interoperabilidad de los sistemas de salud, mediante la inversión y priorización de los intereses nacionales en esta área. Nuestro objetivo es facilitar el acceso a datos en tiempo real y de manera accesible. La interoperabilidad permitirá la comunicación entre distintos sistemas de tecnología y organizaciones de manera exacta y efectiva, mejorando la accesibilidad y seguridad del usuario en la atención, así como permitir una coordinación entre instituciones para una mejor atención del usuario o incluso facilitando la migración del mismo si así lo desea.
- **Creación de la Dirección de Estadística y Datos, así como una plataforma de indicadores:** Impulsaremos la creación de la Dirección de Estadística y Datos, responsable de gestionar los datos sanitarios a nivel nacional. Esta dirección desarrollará una plataforma digital de libre acceso para la población, que pondrá a disposición metadatos en salud, datos epidemiológicos e indicadores asistenciales nacionales actualizados, representando una mejora significativa al actual portal de prestadores, hoy desactualizado y en desuso. Asimismo, garantiremos la seguridad y el cumplimiento de estrictos criterios éticos en el manejo de información sensible, mediante el uso de datos abiertos y transparentes.
- Siniestralidad vial:
 - **Educación en primeros auxilios y reanimación:** La calidad y oportunidad de los primeros auxilios y reanimación durante los primeros segundos y minutos tras el siniestro son de vital importancia, siendo que para el paro cardiorrespiratorio la mortalidad aumenta 9% por cada minuto que pasa sin iniciar maniobras de reanimación. Impulsaremos una capacitación continua en primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar básica, para quienes sean los primeros en brindar auxilio en un siniestro estén entrenados, de manera de aumentar las posibilidades de sobrevivida. A su vez, promoveremos la capacitación de individuos cuya profesión se relacione con la conducción y transporte como choferes de ómnibus, taxis, camiones, deliveries, entre otros.
 - **Creación de un Sistema Nacional de Atención y Traslado:** Unificaremos los sistemas de traslado y atención de patologías urgentes y emergentes, entendiendo que existen diversas afecciones urgentes, en las cuales la atención precoz modifica notoriamente la morbimortalidad. Este sistema contempla dos componentes claves: atención a siniestros en ruta y en jurisdicción departamental. El Sistema de Atención a Siniestros de Tránsito en rutas creará una red de efectores con disposición de móviles para la primera asistencia, estabilización y traslado. Simultáneamente, el Sistema de Atención Inicial en Siniestros de Tránsito en lo Departamental establecerá guías de atención, capacitación de personal y desarrollo de estrategias innovadoras como la utilización de paramédicos de asistencia inicial o motoambulancias.
- Gestión y desarrollo de capital humano:
 - **Rectoría sobre formación de técnicos y profesionales:** Impulsaremos una participación activa y cercana en la gestión de la capacidad educativa de técnicos y profesionales en todas las áreas asistenciales y servicios de apoyo, generando un impacto en la futura accesibilidad para los usuarios al generar mecanismos de formación de recursos humanos escasos en diversas áreas de especialidad. Trabajaremos en conjunto con la academia y sociedades científicas en mejorar la capacidad educativa de diversas especialidades, sobre todo aquellas con demanda en espera insatisfecha. El trabajo será auditado y basado en la transparencia y ausencia de conflicto de interés.
 - **Fortalecimiento y profesionalización de la enfermería:** Destinaremos mayores recursos para el fortalecimiento y profesionalización de la enfermería en todo país, con el objetivo que enfermeros y enfermeras asuman un rol central y proactivo en la salud de las personas participando activamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y promoción de la salud.
 - **Declaración de conflicto de interés:** Desarrollaremos políticas claras de transparencia tanto en la formación académica como en la industria, exigiendo la declaración de conflicto de interés como práctica estándar. Esto implica la obligación de declarar vínculos familiares o afectivos en concursos de formación, así como la necesidad de aclarar en congresos e investigaciones científicas si los promotores tienen vínculos con los investigadores o presentadores de conferencias.
- Gestión en medicamentos y tecnología:
 - **Ampliación del marco normativo de genéricos:** Profundizaremos el proceso de equivalencia terapéutica de fármacos aplicando el marco normativo ya existente en nuestro país. Además, promoveremos la identificación clara en los envases de los medicamentos de sus características de original, genérico o similar. Profundizaremos el proceso de equivalencia terapéutica de fármacos aplicando el marco normativo ya existente en nuestro país. Además, promoveremos la identificación clara en los envases de los medicamentos de sus características de original, genérico o similar.
 - **Mejoras en registros y aprobación ficta:** Optimizaremos los procesos administrativos referentes al registro, habilitación e incorporación de nuevos fármacos y tecnología con el objetivo de ampliar las posibilidades terapéuticas de manera ágil y coordinada. Promoveremos que en caso de medicamentos, instrumental o equipamiento cuenten con aprobación en agencias de alto rigor técnico o certificación de calidad en origen, tengan en nuestro país la habilitación para su provisión a la población, sin requerir de procesos burocráticos institucionales.
 - **Creación de una plataforma de vademecum nacional:** Desarrollaremos una plataforma de fármacos, con acceso a información relevante sobre los informes, los costos de los medicamentos, comparando los de distintos prestadores, farmacias, regiones del país y de referencias internacionales, que esté disponible tanto para profesionales como usuarios. A su vez, la posibilidad de registrar eventos adversos o reacciones no deseadas en la misma con datos del medicamento. Se busca así brindar acceso a información de calidad y acreditada para los mismos, favoreciendo la alfabetización en salud. La transparencia a los distintos actores del sistema mejora la toma de decisiones tanto por profesionales como usuarios.
- Innovación e investigación tecnológica:
 - **Incorporación de alta tecnología:** Continuaremos con el proceso ya iniciado de fortalecimiento de la Agencia Nacional de Evaluación, agilizando los procesos de incorporación de tecnologías, cumpliendo con un rol proactivo y esencial del análisis de costo-efectividad de intervenciones de Salud Pública.
 - **Investigación orientada a desafíos existentes:** Facilitaremos la cooperación entre la academia, el sector científico y capitales privados para el desarrollo de soluciones a los problemas sanitarios existentes en nuestro país. Para su identificación, trabajaremos de manera coordinada desde la nueva Dirección de Estadística y Datos y con la división de epidemiología del Ministerio en el diagnóstico situacional epidemiológico de nuestro país. Promoveremos la creación de incubadoras que apoyen el desarrollo de startups en las etapas más tempranas tanto a nivel organizacional, de gestión y evaluación de resultados (ver capítulo Ciencia, Tecnología e Innovación)
- Salud ocupacional:
 - Promoveremos la formación del capital humano necesario y la progresiva integración de la salud ocupacional dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Actualizaremos, revisaremos e incorporaremos nuevas enfermedades a las enfermedades laborales, acorde a las realidades del siglo XXI. Fortaleceremos el rol del MSP y el MTSS, con sus respectivas áreas de salud ocupacional, para el trabajo cooperativo en la generación de guías y recomendaciones, fiscalización de la reglamentación vigente y continua actualización de las necesidades en el área de salud laboral.

Salud mental:

- Salud mental:

- **Creación de 25 Centros de Atención en Salud Mental en los 19 departamentos del país:** Crearemos 25 clínicas de atención en salud mental en todo el país, que ofrecerán servicios de psicoterapia y psiquiatría. Esta medida responde a la necesidad urgente de ampliar la oferta de atención, que actualmente no satisface la demanda existente. Para abordar esta problemática incrementaremos la inversión, asegurando que quienes necesiten cobertura de salud mental y atención psicológica y psiquiátrica puedan obtenerla de manera rápida y suficiente. Además, dentro de sus cometidos tendrán el desarrollo de políticas de psicoeducación dirigidas a la población en general y a aquellos sectores más afectados, proporcionando información sobre las distintas problemáticas de salud mental y métodos de detección temprana, posicionándose como una fuente clara y confiable de información para la sociedad en el territorio.
- **Fortalecimiento del SNIS sobre la cobertura de atención a la salud mental:** Reconociendo el notable aumento de los problemas de salud mental en los últimos años, impulsaremos una inversión social adecuada para enfrentar este desafío. Nuestro objetivo será asegurar que nuestro SNIS proporcione la cobertura necesaria para todos los usuarios. Desarrollaremos nuevos espacios de tratamiento especializados en salud mental y ampliaremos la cobertura de nuestros prestadores de salud. Reforzaremos las políticas públicas existentes, mejorando la capacitación en salud a todos los niveles y descentralizando la asistencia y educación en esta área. Para lograrlo, continuaremos avanzando y dotando con recursos al Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones, y fortaleceremos las Casas de Medio Camino dedicadas a la salud mental y las adicciones.
- **Planes focalizados para poblaciones de mayor vulnerabilidad:** Reconociendo que ciertos sectores de la población están expuestos a mayores riesgos y vulnerabilidades en el cuidado de la salud mental, como funcionarios policiales, personas de edad avanzada, o adolescentes, nos comprometemos a continuar e innovar en la implementación de programas focalizados. La atención en salud mental debe adecuarse a las necesidades específicas de estos grupos. Nos comprometemos a mantener y fortalecer el programa “Ni Silencio ni Tabú”, dirigido a sensibilizar a adolescentes y jóvenes sobre la temática de la salud mental, así como a desarrollar nuevas acciones para continuar luchando en favor de la salud mental y contra el suicidio juvenil, una de las principales causas de muerte en esta franja etaria. En nuestro país, las personas de edad avanzada frecuentemente experimentan depresión o ansiedad, condiciones que a menudo son consideradas en forma errónea como parte del envejecimiento o consecuencia de otras enfermedades. Avanzaremos en programas específicos que brinden servicios de salud mental y acompañamiento a este sector de la población. En cuanto a funcionarios policiales, impulsaremos una estrategia de salud mental especialmente focalizada en ellos, buscando incrementar la cobertura de servicios y las herramientas con que los mismos cuentan. (Ver capítulo Seguridad Pública y Sistema Penitenciario).
- **Impulsar el concepto de cultura en salud mental:** Desarrollaremos el concepto de cultura en salud mental, buscando que los integrantes de la sociedad aprendan a auto cuidarse y poder ayudar a otros que estén atravesando dificultades en su salud mental. También trabajaremos proactivamente en reducir los prejuicios y la estigmatización que existe frente a las personas que padecen trastornos de este tipo, visibilizando la cuestión con datos oficiales y experiencias de la población. Para ello, se avanzará a través de campañas de difusión, comunicación y educación a población general, para que la población aprenda a manejarse en el cuidado de su bienestar emocional.
- **Prevención del suicidio:** Proponemos que Uruguay siga los ejemplos de políticas públicas de países como Australia, Escocia y España, y que legisle con base en los lineamientos propuestos por la OMS. Ello implica la implementación de medidas de prevención, intervención y posvención de conductas suicidas basadas en evidencia, así como la incorporación de una perspectiva del problema que implique a la sociedad en conjunto. Para ello, debemos asegurar la prevención de los intentos de autoeliminación (IAE), creando acciones específicas en los centros educativos, abordando la temática a través de herramientas de superación de momentos de adversidad, de resiliencia y del manejo de la frustración. Dado el aumento de suicidios en las fases de niñez y adolescencia, dichas herramientas deben ser implementadas desde el ciclo de educación inicial. Además, es necesario entender las causas locales del suicidio y el contexto específico que lo provoca, así como hacer un seguimiento de los IAE, que son un fuerte predictor de los suicidios consumados. Para ello, crearemos un Observatorio de la Conducta Suicida, que permita tomar acciones basadas en datos reales y completos. El suicidio tiene un fuerte componente de impacto social, lo que hace necesario crear un programa de posvención de la conducta suicida. Se calcula que por cada suicidio existen ocho personas directamente afectadas, entre familiares, amigos y compañeros de trabajo. La cercanía a una persona que ha cometido un suicidio es uno de los predictores más fuertes de la conducta suicida, por lo que es fundamental trabajar con los espacios de socialización que se consideren relevantes en cada caso.
- **Promoción de telemedicina en salud mental:** Promoveremos el desarrollo de telemedicina en salud mental para aumentar significativamente la disponibilidad de consultas y reducir los periodos de espera de los usuarios que necesiten acceder a un especialista. Esta herramienta se implementará especialmente en localidades con dificultades de acceso físico a servicios de psiquiatría y psicología.
- **Módulos específicos en educación:** Proponemos la inclusión de un módulo impartido en todos los centros educativos desde educación primaria hasta educación media superior, que aborde temas fundamentales en áreas de salud mental y emocional, el bienestar y las habilidades de autocuidado, entre otras. Este módulo también incluirá formación orientada a combatir la violencia, el delito desde edades tempranas, el uso problemático de drogas, el bullying, el ciberacoso, y la educación sexual. (Ver Capítulo Educación).

Género:

- Salud y género:
 - **Trato digno, respeto a la autonomía de pacientes y consentimiento informado:** Se debe profundizar en la concientización sobre el trato digno, el no sometimiento a tratamientos o prácticas indeseadas, y la debida atención previa donde se evacuen todas las consultas. Especialmente, debido a que en Uruguay el índice de cesáreas ha venido en aumento en los últimos años, llegando a un 48% en el 2021, nos comprometemos a promover una mayor concientización sobre la importancia del parto respetado o humanizado. En concreto, aprobaremos normativa dirigida a actualizar y difundir los protocolos de asistencia al parto, a fortalecer el rol de las parteras y a promover campañas de educación sexual y reproductiva que incorporen el concepto de parto respetado, con el objeto de que se tomen decisiones seguras e informadas con respecto a los partos.

Educación:

- Educación integral:
 - **Implementación de cursos de salud mental, adicciones, bullying y combate a la violencia:** Los problemas de salud mental son la pandemia del siglo XXI. Uruguay presenta una de las tasas más altas de suicidios en el mundo, lo que requiere nuestra especial atención. Implementaremos, en coordinación con el Programa Nacional de Salud Mental, cursos sobre salud mental, adicciones, bullying y combate a la violencia a partir de séptimo grado de EBI y hasta el último de EMS.

Infancia:

- Primera infancia, primera prioridad:
 - **Acceso preferencial a vivienda y servicios de salud:** Dentro de la política de vivienda se priorizará, tanto como sea posible, el acceso para las familias de vulnerabilidad crítica con niños en primera infancia. Además, garantizaremos el acceso preferencial en todos los servicios de salud públicos para madres gestantes y hogares con niños en primera infancia, asegurando una atención integral y oportuna para este grupo tan vulnerable.

Cabildo Abierto

Documento de Programa de gobierno de Cabildo Abierto 2025-2030 (El Uruguay del trabajo y los valores)

Salud:

- Rectoría y Sistema Nacional Integrado de Salud:
 - **Rol del Ministerio de Salud Pública:** Disponer de mayores herramientas para que el Ministerio de Salud Pública asuma efectivamente su papel de máximo órgano de evaluación y control del sistema.
 - **Reformulación del mecanismo de financiamiento del SNIS:** La financiación exclusiva de los prestadores integrales de salud por cápitas adaptadas a edad y sexo son poco flexibles para la incorporación de prestaciones a grupos específicos de población y no se ajustan a la realidad de la población atendida en los diferentes prestadores. Se debe revisar el modelo de financiación del SNIS en grupos de trabajo multisectoriales.
 - **Ajuste de precios de prestaciones:** El reciente desarrollo del PIAS (programa integral de asistencia en salud) digital, facilitará la revisión de las prestaciones presentes en el mismo, concretando la eliminación de tratamientos obsoletos y permitiendo ajustar la retribución de las prestaciones nuevas.
 - **Fiscalización:** Avanzar con la fiscalización de oficio y desencadenada por denuncias a los diferentes prestadores de salud. Completar la plantilla de fiscalizadores prevista por ley y proveerlos de capacitación para cumplir efectivamente sus tareas. Fortalecer las áreas de control en ELEPEM y en tabaquismo.
 - **Receta Única Nacional:** Implementación de la Receta Única Nacional para la dispensación de medicamentos en cualquier farmacia del país, promoviendo las tecnologías necesarias a tales efectos
 - **Tratamientos de alto costo:** Trabajar en conjunto con la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria para generar evidencia y mejorar la toma de decisiones en relación a los tratamientos de alto costo.
 - **Protocolos de investigación médica:** Continuar trabajando en la actualización de la normativa para la realización de investigación clínica, facilitando el acceso a los pacientes a los protocolos de investigación al tiempo que se garantizan sus derechos en cuanto a sujetos de investigación.
- Humanización de la Medicina:
 - **Medicina humanizada:** Impulsar la "medicina humanizada", que considere al paciente en su integridad, desde la perspectiva biológica, psicológica y social. Para ello incluir la materia en la currícula de pregrados y postgrados de medicina así como en otros profesionales de la salud.
 - **Protocolo de atención personalizada:** Diseñar protocolos de atención para diferentes situaciones clínicas y personalizada, que contemple las necesidades específicas de cada paciente, fomentando una relación cercana entre pacientes y profesionales de la salud.
 - **Incorporación de tecnologías amigables:** Desarrollar e implementar tecnologías que faciliten la gestión de citas, seguimientos y consultas, como chatbots, con interfaces intuitivas y amigables para los pacientes de todas las edades.
 - **Formación médica especializada:** Continuar el trabajo que se inició en el actual período de gobierno, junto a la Universidad de la República en la Comisión de Residencias Médicas para trabajar hacia el cierre de la brecha entre la oferta y demanda de especialidades médicas en todo el país.
 - **Fortalecimiento de la familia y prevención en adolescentes:** Continuar con el programa "Familias Fuertes" para mejorar la comunicación y prevenir conductas de riesgo entre adolescentes de 10 a 14 años. Procurar su extensión a todo el país.
 - **Cuidadores comunitarios:** Incluir formación de cuidadores comunitarios, abarcando personal policial y de centros educativos.
- Defensa de la vida:
 - **Cuidados paliativos:** Continuar el trabajo en la instalación de equipos de cuidados paliativos adultos y pediátricos en todos los prestadores integrales de salud.
 - **Aborto:** Se procurará que previo a la interrupción voluntaria del embarazo, se cumplan los pasos establecidos por la ley N° 18.987 de información y apoyo psicológico a la mujer. Además se integrará a esa información aquella que verse sobre los beneficios que el estado brinda a las mujeres que tienen hijos.
- Asistencia médica:
 - **Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención:** Mejorar la capacidad resolutive de médicos de familia y generales, tanto en el sector público como privado, para descongestionar las consultas especializadas. Fortalecer la prevención y promoción en salud como medio para la mejora de calidad de vida y la descongestión del segundo y tercer nivel de atención.
 - **Implementación y expansión de la telemedicina:** Potenciar el uso de telemedicina para acercar especialidades médicas a áreas con cobertura insuficiente, especialmente en zonas rurales. Estimular la formación de los médicos y personal de salud en esta modalidad de asistencia. Promover el acceso a la importación de tecnologías así como también la capacitación desde el exterior donde existe un mayor desarrollo para la aplicación nacional de este valioso recurso. Fortalecer la Dirección Nacional de Telemedicina recientemente creada en ASSE.
 - **Desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias:** Crear y optimizar un sistema de emergencias que permita el traslado eficiente de pacientes en situaciones críticas a lo largo de todo el territorio nacional.
 - **Convenios de complementación:** Continuar trabajando para que se celebren convenios de complementación entre prestadores en localidades donde sea necesario optimizar recursos sea por su ubicación geográfica o por la escasez de estos.
 - **Cultura de calidad y seguridad en los servicios de salud:** Incentivar el trabajo de los COSEPA (consejos de seguridad del paciente) e incrementar la cantidad de servicios asistenciales certificados en calidad.
- Salud mental:
 - **Plan Nacional:** Continuar desarrollando el Plan Nacional de Salud Mental en todo el territorio nacional, involucrando a los Gobiernos departamentales para ampliar la oferta en recreación.
 - **Prevención de suicidios:** Intensificar los programas de prevención de suicidio enfocados en las diferentes dimensiones de la persona. Para ello continuaremos el trabajo iniciado con los gobiernos departamentales y otros ministerios a fin de tratar los factores de riesgo para la conducta suicida incluyendo la mejora en planes de recreación, fortalecimiento del entramado social, incremento de los cuidados y el acompañamiento a las personas mayores.
 - **Ampliación de la subvención de psicoterapia:** Extender la subvención a aquellos familiares de personas que se suicidaron y a población adulta mayor que es quien tiene mayor riesgo de cometer suicidio.
 - **Monitorización y evaluación continua de IAE:** Trabajar con el nuevo Sistema de Registro Digital de IAE con el objetivo de realizar un diagnóstico epidemiológico de los mismos a fin de dirigir las políticas sanitarias de prevención.
 - **Fortalecimiento de la formación en salud mental:** Continuar y expandir la oferta de cursos sobre detección y manejo de problemas de salud mental en el primer nivel de atención.
 - **Campañas de concienciación y de reducción del estigma:** Realizar campañas intersectoriales permanentes para reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales y promover la importancia de la salud mental en la comunidad.

- **Especialistas en el interior:** Promover la radicación de psiquiatras en el interior del país, la importancia de la ampliación de cupos de la especialidad y la utilización de la telemedicina en modalidad de tele-interconsulta ante la falta de especialistas.
- Políticas sanitarias sobre Enfermedades No Transmisibles:
 - **Enfoque integral:** Readecuar en una sola unidad todos los programas que atienden a las ENT en el Ministerio de Salud Pública, tendiendo a una integración multidisciplinaria con un enfoque integral que permita la ejecución de las políticas en territorio, incluyendo entre otros a:
 - Expansión de la estrategia HEARTS: Ampliar la implementación de la estrategia HEARTS para la prevención y manejo de enfermedades cardíacas en todo el país.
 - Promoción de actividad física: Desarrollar programas comunitarios que promuevan la actividad física, como "pausas activas" en el trabajo y proyectos de geo ubicaciones de plazas y espacios públicos para el ejercicio.
 - Nutrición y alimentación saludable: Fortalecer el cumplimiento de la ley de alimentación saludable en escuelas y promover educación nutricional a través de cursos virtuales y presenciales. Regulación sobre los avisos publicitarios en medios que favorezcan el consumo de alimentos no saludables para niños. Evaluar otras medidas para disminuir el consumo de alimentos con octógonos.
 - Detección temprana de ENT: Implementar programas de detección temprana y gestión efectiva de ENT en comunidades vulnerables, especialmente en áreas rurales.
 - Prevención del consumo de tabaco: Fortalecer los programas de control de tabaco con actividades educativas y apoyo a centros de tratamiento del tabaquismo. Proteger a las generaciones más jóvenes de los mensajes engañosos de la industria tabacalera y trabajar para evitar que inicien en el consumo de tabaco.
 - Parkinson: Hoy en día las personas con Parkinson tienen acceso a tratamientos avanzados a partir de la financiación de este por parte del FNR. Continuaremos ampliando las prestaciones según el surgimiento de evidencia científica que lo avale
 - **Retinopatía diabética:** Incluir en el PIAS un tratamiento eficaz para detener la progresión de la retinopatía diabética.
 - **Rehabilitación cardíaca:** Protocolizar los programas de Rehabilitación Cardíaca para que se efectivice su prestación por el PIAS, acordando con los prestadores su cobertura.
- Prevención y Lucha contra el cáncer:
 - **Creación de un Centro de Monitoreo en Tiempo Real:** Establecer un Centro de Monitoreo en Tiempo Real en el PRONACAN del MSP para centralizar y analizar la información sobre tamizaje y diagnóstico de cáncer en toda la población uruguaya, utilizando datos del Censo 2023 y usuarios de ASSE. Este centro permitirá detectar y actuar rápidamente sobre las necesidades de prevención y monitoreo de acuerdo con las guías del MSP.
 - **Implementación de metas de tamizaje:** Incluir en las metas asistenciales algunas relacionadas al tamizaje para cáncer de mama (mamografía), cuello uterino (PAPs), cáncer colorrectal (PSI) y de próstata (PSA).
 - **Campañas educativas y de sensibilización:** Desarrollar y ejecutar campañas nacionales de educación y sensibilización sobre la importancia del tamizaje y la detección temprana del cáncer, dirigidas a la población general y a grupos de riesgo específicos, para aumentar la participación y conocimiento sobre los programas de tamizaje disponibles.
 - **Fortalecimiento del Registro Nacional de Cáncer (RNC):** Ampliar y mejorar el Registro Nacional de Cáncer, asegurando la inclusión y actualización de datos de todas las instituciones de salud de Uruguay. Esto permitirá un seguimiento preciso y continuo de los avances en la prevención y tratamiento del cáncer, así como la evaluación de la efectividad de las políticas implementadas.
 - **Historia clínica:** Integrar la Historia Clínica Oncológica a la Historia Clínica Electrónica.
 - **Ejercer el control y rectoría por parte del MSP y MIEM en los tratamientos de radioterapia:** Recientemente comenzaron a funcionar los aceleradores lineales modernos en la esfera pública haciendo más accesible la radioterapia de calidad en ese subsector. Seguiremos avanzando en la universalización de dicho tratamiento y en escalar en la complejidad hacia tratamientos de última generación.
- Políticas sanitarias sobre Enfermedades Transmisibles:
 - **Vacunación ampliada:** Continuar extendiendo el acceso gratuito a vacunas, como la HPV y VHB, tanto a jóvenes como a poblaciones inmunodeprimidas y personal de salud. Evaluar la inclusión al PAI de un plan de vacunación anti-meningococo según las recomendaciones de la CENAV.
 - **Fortalecimiento de la georreferenciación:** Mejorar las herramientas de georreferenciación para aumentar la cobertura vacunal en áreas con baja adhesión a los programas de inmunización.
 - **Campañas de testeo y concientización:** Realizar campañas periódicas de testeo de VIH y Hepatitis C, asegurando la inclusión de programas educativos sobre prevención y manejo de estas infecciones.
 - **Monitoreo de brotes y respuesta rápida:** Establecer un sistema de alerta temprana y respuesta rápida para control de brotes de enfermedades transmisibles, incluyendo cooperación internacional y protocolos estrictos.
- Enfermería:
 - **Dotaciones de personal:** Redactar documento con las recomendaciones de las dotaciones de enfermería necesarias para los diferentes sectores asistenciales. Acordar con los prestadores de salud la forma de cumplir con dicha propuesta.
 - **Profesionalización de la enfermería:** Creación de incentivos para la formación de licenciados/as en enfermería a punto de partida de los auxiliares para mejorar la ratio entre licenciados y médicos según la relación recomendada internacionalmente.
 - **4X2:** Modificar el régimen de trabajo actual de auxiliares y licenciados en enfermería de cuatro días de trabajo y uno libre para que se agregue un día más de descanso en los centros de salud públicos y privados de todo el país.
- Fondo Nacional de Recursos:
 - **Fortalecimiento de centros de referencia:** Continuar el proceso ya iniciado de nombrar Centros de Referencia a aquellas instituciones que se especialicen en procedimientos de alta complejidad y que requieran de un número crítico de procedimientos para asegurar la calidad de la asistencia, como es la cirugía Hepato-bilio-pancreática.
 - **Programas de educación y concientización pública:** Desarrollar campañas educativas para informar a la ciudadanía sobre los servicios y tratamientos disponibles a través del Fondo Nacional de Recursos, así como los procedimientos para acceder a ellos.
 - **Monitorización y evaluación de impacto:** Fortalecer los sistemas de monitorización y evaluación continua para medir el impacto y la efectividad de los tratamientos financiados, garantizando que los recursos se utilizan de manera eficiente y brindan el mayor beneficio a los pacientes.
 - **Inclusión de nuevas prestaciones:** Aquellas prestaciones tanto en tratamientos como en fármacos de alto precio que actualmente se otorgan a los pacientes por la justicia y sean de comprobada eficacia y costo-efectivos, serán incorporados a la lista de prestaciones del FNR.
- Resistencia antimicrobiana:
 - **Concientización a los funcionarios de la salud y a la población:** Realizar una fuerte campaña comunicacional que explique los riesgos del uso indebido de antibióticos y la magnitud del problema mundial de la resistencia antimicrobiana.
 - **Control de venta de antimicrobianos:** Estudiar en conjunto con la academia la oportunidad de regular la venta de antimicrobianos.
 - **Herramientas terapéuticas:** Incluir en el FTM y en el PIAS, al menos uno de los antibióticos contra gérmenes multirresistentes.

Familia y Primera Infancia:

- Primera infancia:
 - **Controles de salud:** Asegurar el acceso a todos los controles de salud en los dos primeros años de vida. A través de las metas asistenciales en los prestadores privados de salud y el compromiso de ASSE. Seguimiento personalizado y con carácter obligatorio de aquellos recién nacidos que presenten patologías de carácter incapacitantes al momento del alta y/o con un contexto de familias de riesgo socioeconómico y cultural para evitar así mayores complicaciones y que sean incorporados al sistema sanitario en forma permanente sin riesgo de que queden sin seguimientos. A su vez esto permite realizar sus derivaciones en tiempo y forma con los diferentes especialistas.
 - **Casas del Desarrollo de la Niñez:** Mejorar el acceso a la atención en salud mental desde la primera infancia. Seguir promoviendo el proyecto de las Casas del Desarrollo de la Niñez como unidades asistenciales que concentran dispositivos vinculados a la atención integral en salud de niños y adolescentes, a través de la Unidad de Atención Temprana y la Unidad de Dificultades de Aprendizaje.

Adultos Mayores:

- Accesibilidad y salud:
 - **Plan Nacional de Salud Mental:** Creación de un plan nacional de Salud Mental que incluya aspectos como la prevención del suicidio. Dicho plan estará dirigido a personas con depresión mediana y severa atendiendo en forma prioritaria a esta población.
 - **Plan Nacional de Salud Bucal:** Establecer un plan nacional de Salud Bucal de las personas con salud bucal deficiente. Coordinar con las intendencias que ya cuentan con este sistema de salud bucal y elevar un acuerdo de bonos con dentistas privados.
- Educación y participación: Prevención y promoción en salud. Autocuidado. Nutrición y preparación de alimentos. Deporte y actividades físicas. Prevención de suicidios.

Deportes:

- Promoción deportes: **Campaña difusión:** Realizar campañas de difusión a través de los medios de comunicación masivos para la concientización de la población sobre la necesidad de la actividad física y el deporte, como factor fundamental para mejorar la salud de la población.

Economía:

- Inversión: **Expansión de sectores:** Analizar el apoyo en etapas iniciales mediante políticas de estado a proyectos de inversión en distintas áreas en que el país ya exhibe o pueda presentar condiciones favorables de explotación y expansión, tales como: lácteos y derivados, nuevos cultivos, acuicultura, centro financiero regional, turismo de salud, farmacéutica, cinematografía, desarrollo de aplicaciones digitales, riego y administración de aguas, actividades intensivas de granja, centros universitarios internacionales, transportes y tránsito en masa de cercanías, pesca e investigación ictícola en mar territorial.

Reforma del estado y transparencia:

- Descentralización (por territorio y por servicios): **Descentralización por servicios:** impulsar todas medidas que sean necesarias hacia la universalidad total en el territorio del Uruguay del acceso a electricidad, internet, saneamiento, educación, salud, vivienda, trámites gubernamentales.

Política internacional:

- Región: **Frontera:** Instrumentar la forma de poder accionar en los departamentos de frontera la accesibilidad de tratamientos de salud, exámenes paraclínicos y/o otras coordinaciones de usuarios. Implementar acuerdos binacionales de atención en salud para poder realizar exámenes variados en el país fronterizo con menos costo y mayor disponibilidad. Implementar la accesibilidad de utilizar rutas internacionales en frontera para realizar los traslados en menos tiempo.

Partido Independiente

Documento de Programa de gobierno del Partido Independiente 2025-2030 (Desarrollo humano y crecimiento económico)

Articulación socioeducativa en el territorio y a lo largo de la vida:

- **Creación de 25 campus educativos, socioculturales y sanitarios en el país, para la articulación de las propuestas educativas, sociales, sanitarias y de cuidados:** Integración de formatos de atención sanitaria, a través de los diferentes prestadores de salud, que apoyen las actividades educativas en territorio. En este rol, de complementación y articulación con las políticas educativas es necesario integrar a las policlínicas de ASSE y a proyectos sanitarios que se deben generar, creados por los distintos prestadores integrales de salud y que hoy son financiados a través de FONASA. Junto a ello, incorporar los recursos y la planificación que realizan otras instituciones estatales, especialmente las prestaciones que realizan BPS y MIDES.

Cuidado de la salud:

- **Universalizar la cobertura del Seguro Nacional de Salud** mediante la incorporación de los funcionarios de los gobiernos departamentales y de los usuarios de ASSE no comprendidos en este beneficio (alrededor de 900.000 personas) y otorgarles a estos últimos el derecho a elegir su prestador.
- **Eliminar las múltiples coberturas con fondos públicos.** Alrededor de 100.000 personas tienen dos o más coberturas financiadas con recursos del FONASA o del presupuesto nacional.
- **Reelaborar el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) y rediseñar el procedimiento de su revisión y actualización.** Incorporar al PIAS técnicas y procedimientos comprobadamente efectivos desde tiempo atrás (por ejemplo cirugías endoscópicas y laparoscópicas) y no limitar la ampliación de la canasta de prestaciones a la cobertura de técnicas complejas y de tratamientos con fármacos de alto costo, tal como ha sucedido en los últimos años. Es necesario dinamizar el accionar de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- **Diseñar e instrumentar una política de promoción de la calidad asistencial** que incluya la instrumentación de un sistema de evaluación con información pública que propicie la competencia entre los prestadores basada en parámetros cualitativos.
- **Revisar el mecanismo de pago del Seguro Nacional de Salud a los prestadores integrales** mediante la definición de una metodología de aplicación periódica para la determinación de las cápitas (estas no se han revisado desde su creación hace casi veinte años) a efectos de que reflejen los costos de atención y recojan los eventuales cambios de la canasta PIAS.
- **Fortalecer la JUNASA** a través del cambio de su figura jurídica para dotarla de mayor autonomía de gestión.
- **Rediseñar ASSE** con base en un esquema de descentralización interna con mayor autonomía de gestión de sus regiones.
- **Adecuar las respuestas del sistema a las necesidades de salud derivadas de la carga de enfermedad propia de una sociedad envejecida como la del Uruguay.** Para ello, es imprescindible delimitar las competencias del sector sanitario de las de otros sectores sociales y fortalecer los ámbitos de coordinación entre ambos para el desarrollo de un sistema de cuidados de largo plazo que supere el modelo actual del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Se propone para ello, avanzar en el diseño de un modelo basado en un seguro público para la cobertura de los cuidados de largo plazo (en espejo con el modelo del Seguro Nacional de Salud).

De lo punitivo a la mirada integral:

- **Articular Consejos Barriales y Centros de Atención Integral a nivel comunitario.** El abordaje territorial basado en la acción policial debe complementarse con acciones específicas en el plano de las políticas sociales en cada territorio. Fortalecer los servicios de educación, salud, alimentación, formación laboral, infraestructura urbana, deporte, con proyectos específicos para cada zona seleccionada y estableciendo prioridades de acuerdo a indicadores de vulnerabilidad, considerando la participación de la población en el diseño y control de las acciones.