



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

AMANDA FERNANDA DE OLIVEIRA GUILHERMINO

SISTEMAS DE SAÚDE: caracterização do sistema uruguaio

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA FERNANDA DE OLIVEIRA GUILHERMINO

SISTEMAS DE SAÚDE: caracterização do sistema uruguaio

TCC apresentado ao Curso de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

AMANDA FERNANDA DE OLIVEIRA GUILHERMINO

SISTEMAS DE SAÚDE: caracterização do sistema uruguaio

TCC apresentado ao Curso de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Aprovado em: 22/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Petra Oliveira Duarte (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me mantido no caminho de sabedoria durante este projeto de pesquisa, com saúde e forças para chegar até o final. Sou grata à minha Mãe e a minha irmã pelo apoio que sempre me deram durante todas as etapas de minha vida.

Deixo um agradecimento em especial aos meus amigos de curso que levarei para a vida, Josefa e Ivaldo, que sempre me ajudaram. Também a minha orientadora Petra Duarte pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto de pesquisa, sem ela nada conseguiria.

RESUMO

Introdução: Sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar o tipo de sistema de saúde desenvolvido no Uruguai. **Metodologia:** Para o desenvolvimento da pesquisa caracterizada como estudo de caso, a metodologia adotada será do tipo qualitativa. Os dados serão coletados através de análise documental e revisão de literatura. As análises dos documentos serão realizadas através de observações sistemáticas e assistemáticas. **Conclusão:** A tipificação do Uruguai tende ao modelo de sistema híbrido segmentado, percebe-se com o decorrer da literatura que uma das estratégias priorizadas após a Reforma de 2007 foram os aspectos da APS. Embora o desenho de Sistemas de saúde seja um debate em aberto, sempre pautado pelas disputas na sociedade, um dos pontos primordiais quando pensamos em sistemas de saúde abrangente é a equidade, onde a oferta é realizada de acordo com as necessidades do indivíduo, tornando assim um dos grandes desafios para o SNIS.

Palavras-chave: sistemas de saúde; Uruguai; serviços em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health system is the set of political, economic and institutional relations responsible for conducting the processes related to the health of a given population that are realized in organizations, rules and services that aim to achieve results consistent with the prevailing conception of health in society. Objectives: The present study has as its general objective to characterize the type of health system developed in Uruguay. Methodology: For the development of research characterized as a case study, the methodology adopted will be qualitative. The data will be collected through documental analysis and literature review. The analyses of the documents will be carried out through systematic and unsystematic observations. Conclusion: The typification of Uruguay tends to the segmented hybrid system model, it is perceived with the course of the literature that one of the strategies prioritized after the 2007 Reform were the aspects of PHC Although the design of health systems is an open debate, always guided by disputes in society, one of the primary points when we think about health systems comprehensive is equity, where supply is carried out according to the needs of the individual, thus making it one of the major challenges for SNIS.

Keywords: health systems Uruguay; health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 Importância do estudo dos sistemas de saúde	10
2.2 Conceito e componentes dos sistemas de saúde	10
2.3 Principais tipos de Sistemas de Saúde	12
2.4 Breve histórico do Sistema de Saúde na América do Sul e no Uruguai	15
3 JUSTIFICATIVA	21
4 OBJETIVOS	22
4.1 Objetivo Geral.....	22
4.2 Objetivos Específicos.....	22
5 METODOLOGIA.....	23
5.1 Delineamento do estudo	23
5.2 Local e período do estudo	23
5.3 Coleta de dados	24
5.4 Como se dará o levantamento documental.....	24
5.5 Procedimento de análise dos dados.....	25
5.6 Procedimentos Éticos	26
6 RESULTADOS	27
6.1 Atenção Primária	27
6.2 Financiamento.....	29
6.3 Força de Trabalho	31
6.4 Cobertura.....	32
6.5 Rede de Serviços	34
6.6 Tecnologias	35
6.7 Insumos	36
6.8 Organização e Gestão	39
6.9 Tipificação do Sistema de Saúde Uruguaio	43
7 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O estudo dos sistemas de saúde é hoje uma das áreas importantes das ciências da saúde. Diversos grupos de especialistas se dedicam a conhecer e a analisar os sistemas de seus próprios países e de outros, muitas vezes distantes, com idiomas, culturas e tradições distintas. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012)

O processo de reforma sanitária no Uruguai teve início com as eleições presidenciais em 2004, quando uma coalizão de esquerda foi eleita. Novas leis e decretos introduziram as principais mudanças no sistema, voltadas para os modelos de atenção, de financiamento e de gestão. Nesse contexto, destaca-se a Lei nº 18.211 de dezembro de 2007, que cria o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) e apresenta a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011)

O Uruguai segue o processo recente de renovação da Atenção Primária à Saúde (APS) nas Américas, tendo esta como estratégia para reorganização do sistema. O novo modelo de atenção privilegia o primeiro nível de atenção, que é porta de entrada do sistema, e sua integração com os níveis secundário e terciário, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência, na construção de uma atenção integral à população (EUROSOCIAL SALUD, 2007).

A partir das eleições de 2004 no país, da qual caracteriza um marco importante para as mudanças políticas voltadas em saúde, observa-se que recentemente o processo econômico, modelo de atenção e estruturação da gestão tiveram impactos organizativos refletidos em conjunto com leis e decretos estabelecidos recentemente, como a Lei nº 18.211 de dezembro de 2007. Com um pouco mais de uma década, evidencia-se que o recente sistema de saúde uruguaio necessita de uma maior atenção para estudos e pesquisas mais detalhadas voltadas para um melhor entendimento dos processos organizacionais, estruturação e avaliações de seus projetos sociais e econômicos.

Sobre a consolidação dos direitos políticos no Uruguai, Castellano aponta que:

No Uruguai, a consolidação dos direitos políticos e consagração dos direitos sociais ocorreu simultaneamente, tendo sido um processo diferenciado, que o autor aborda como constituição da cidadania integral. Com isso, permitiu a conformação de um status de direitos e obrigações que marcou a vida política e social do país. (CASTELLANO 1996, p.112).

Essa simultaneidade, entretanto, não deve ser entendida como processo linear, porque se trata de um período de muitos conflitos e negociações entre os setores políticos no país, comparando-se a uma luta entre direitos sociais e políticos, que resultou em um equilíbrio dos direitos humanos (CASTELLANO, p. 113, 1996).

Em um estudo organizado por Giovanella (2013), foi realizada uma análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil, Uruguai e Argentina. Nestes estudos realizados nos três países, foi feito um comparativo sobre os principais dados que incidem diretamente nos sistemas de saúde. A situação de saúde aponta que tanto no Brasil como no Uruguai tem aumentado a esperança de vida, e este fato impõe aos sistemas de saúde e assistência social uma reorganização para a atenção especializada à pessoa idosa, por exemplo (RIOS, 2012).

O presente estudo busca caracterizar o sistema de saúde uruguaio, descrevendo principais aspectos do sistema, podendo assim estar contribuindo com novas pesquisas, voltadas para o âmbito de sistemas de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Importância do estudo dos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde, como os conhecemos hoje – estruturas públicas e privadas de atenção à saúde -- são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX. Eles se desenvolveram por conta do crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012)

Segundo Giovanella (2012, p.89),

Sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

Embora os países sejam diferentes historicamente, com suas culturas e sistemas diversos, é possível aprender com a experiência dos demais para melhorar nossas políticas e programas da saúde. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012)

2.2 Conceito e componentes dos sistemas de saúde

Segundo Giovanella e Lobato (2012), os sistemas de saúde apresentam elementos similares: todos têm certa forma de organização, contam com algumas instituições, responsáveis por determinadas atividades, rede de serviços e um financiamento. Sabe-se que apesar das semelhanças, a atenção na saúde não funciona da mesma forma em todos os países, isso é evidente uma vez que os sistemas de saúde não podem ser separados da sociedade.

Os sistemas nacionais de saúde universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde (OMS, 2010).

Os modelos de proteção social em saúde correspondem à modalidade de intervenção governamental no financiamento, na gestão, na regulação dos diversos setores e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012)

A definição de componentes dos sistemas de Saúde como descritos por Giovanella e Lobato (2012), estão especificados em 7 importantes aspectos: financiamento, força de trabalho, cobertura, rede de serviços, tecnologias, insumos e organização/gestão.

A cobertura pode ser tanto de pessoas- cidadãos de um determinado país- quanto de serviços. A cobertura de cidadãos diz respeito à garantia do acesso da população às ações e aos serviços de saúde. A cobertura de serviços diz respeito à amplitude dos serviços ofertados: conjunto de ações e serviços aos quais a população tem acesso. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012).

O financiamento como componente do sistema diz respeito aos recursos econômicos disponíveis para a atenção à saúde, ou seja, os recursos que “sustentam” o sistema. O financiamento depende de pactos sociais de mais longo prazo e envolve decisões de toda a sociedade, já a alocação de recursos é uma função interna dos sistemas, bem mais dinâmica, que depende mais das decisões tomadas pelos atores e organizações ligados a eles. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012)

É um componente estratégico muito importante para alcançar os objetivos planejados no sistema, uma vez que, as maiores movimentação dos projetos dependem deste recurso para alcançar os cidadãos.

Segundo Giovanella (2012), os profissionais técnicos que desenvolvem as atividades de atenção à saúde, são chamados de força de trabalho. Que apresentam cada vez mais sua complexidade, principalmente das tecnologias em saúde. A força de trabalho não pode ser vista apenas como um recurso estático, com organização, eles podem manter um espaço de autonomia e também de delimitação de seu mercado de atuação.

Nas Redes de serviços, as atividades de atenção à saúde podem ser divididas em serviços coletivos e serviços de assistência médica. Segundo Giovanella (2012), os serviços coletivos são todos aqueles que se dirigem à prevenção, à promoção e ao controle de ações que têm impacto sobre o conjunto da população. Entre eles se destacam a vigilância epidemiológica e sanitária, e o controle ambiental. Mesmo sendo diferentes a forma de organização, a estrutura e a extensão dos serviços, pode- se dizer que todos os sistemas possuem serviços ambulatoriais, hospitalares, de atenção a doenças específicas e de atenção de maior duração, tanto no setor público quanto privado.

Em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e à

prevenção, por isso, são sistemas que alcançam melhores resultados e condições de saúde, com menos recursos. Em oposição, nos sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de assistência médica, observa-se mais atenção especializada; são também mais custosos e atingem níveis de saúde piores que aqueles dos sistemas universais.(GIOVANELLA; LOBATO, 2012)

Os insumos são caracterizados como todos os tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde, incluindo equipamentos, suprimentos e medicamentos. Segundo Giovanella e Lobato (2012), a maioria dos sistemas de saúde têm pouca interferência sobre a produção de insumos, em específico sob o controle de indústrias privadas, o que faz uma área de conflitos constantes. Uma vez que a indústria tem interesse em vendas e lucratividades, nem sempre apresentam eficiência comprovada. Os sistemas mais avançados têm regulação mais rígida sobre a utilização de insumos nos sistemas de saúde, adotando serviços protocolados, o que limita o uso indiscriminado de insumos, para maior racionalidade na utilização e distribuição necessária à atenção à saúde dos cidadãos.

A tecnologia e o conhecimento em saúde são dois temas de grande relevância para a melhoria das condições de saúde das populações, por discutir as alternativas e soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos e insumos que permitam prevenir e combater os males da saúde. Assim como os insumos, o campo da tecnologia e a produção de conhecimento em saúde são distribuídos de forma muito desigual entre países e fortemente controlados pela indústria dos países avançados.(GIOVANELLA; LOBATO, 2012).

As organizações são as estruturas responsáveis pela condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de saúde. Todos os sistemas, mesmo os mais privatizados, dispõem de organizações públicas responsáveis pelas ações de saúde. No mínimo, respondem por ações de controle de fronteiras, vigilância sanitária e epidemiológica. As principais organizações presentes nos sistemas de saúde são os ministérios/secretarias de saúde, previdência social, organizações voluntárias, sindicatos e agências reguladoras. (GIOVANELLA; LOBATO, 2012).

2.3 Principais tipos de Sistemas de Saúde

Segundo Conill (2010), há 3 principais tipos de sistemas de saúde presentes

na maior parte dos países. O sistema de tipo **pluralista empresarial permissivo**, como por exemplo o caso dos Estados Unidos, onde neste caso o financiamento é predominantemente privado, empresas de seguros cuidam da maior parte dos serviços de saúde prestados à população. Devendo cada indivíduo comprar serviços no mercado de acordo com sua renda financeira, isso acarreta grandes iniquidades no sistema de forma geral. Os programas públicos voltados à saúde fazem a cobertura apenas dos grupos com maiores necessidades e, parcialmente, os aposentados. Nesta situação, a baixa regulamentação estatal gera uma ineficiência visível, onde encontra-se o maior gasto (*per capita*) em saúde do mundo, com a maior população sem coberturas na saúde.

Esse tipo de sistema, em que a oferta pública é direcionada somente aos mais pobres, é chamado por Giovanella e Lobato (2012) de sistemas de **Assistência Social**. Pelo caráter de múltiplos formatos de oferta num mesmo sistema, ou seu caráter “misto”, ele se aproxima do que Almeida (2012) chama de sistemas **Segmentados**, em que diferentes tipos de ofertas se direcionam a diferentes segmentos da população. A grande diferença é que os modelos de Assistência Social atendem apenas ao segmento mais vulnerável, e nos sistemas Segmentados, o sistema cobre uma maior amplitude de segmentos populacionais, não apenas o mais pobre, normalmente articulando seguros sociais com ações públicas e/ou subsídio ao acesso privado.

Conill (2010) ainda discute que no sistema do tipo de serviços nacionais de saúde, que é adotado em países como o Reino Unido, nota-se que suas características têm influências do plano Beveridge, que defendia um sistema nacional alicerçado nos princípios da universalidade e solidariedade social. A forte presença do Estado como provedor a três macrofunções (financiamento, regulação e prestação), faz-se um maior acompanhamento dos recursos investidos, estes em sua maioria, pública, onde mesmo havendo a contratação do serviço particular o acompanhamento não deixa de ser monitorado, onde é minoria, alta cobertura com menor recurso investido torna este modelo como uma alta taxa de eficiência.

No relatório da OMS “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal”, de 2010, a OMS argumenta pela situação de gastos elevados da população para acesso a cuidados de saúde e defende “a necessidade de cobertura universal de saúde, e duma estratégia para financiá-la” (OMS, 2010, p. 07).

Para alcançar a cobertura universal, o relatório defende a superação de três problemas: 1) a escassez de oferta de serviços; 2) a dependência de pagamentos diretos da população na hora do atendimento; e 3) o uso inadequado de recursos, que gera perdas. Pondo muita importância nas estratégias de financiamento, o relatório propõe, entre medidas gerais, que os governos busquem novas taxações para ampliar a base de receita para a saúde e, o que se tornou o coração da difusão desse modelo no mundo, que se desenvolvam estratégias de pré-pagamento de serviços para a população:

O único caminho para reduzir a dependência dos pagamentos diretos é o encorajamento pelos governos de abordagens de partilha de risco e pré-pagamento, seguida pela maioria dos países que mais se aproximaram da cobertura universal. Quando a população tem acesso a mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, o objetivo da cobertura universal torna-se mais realista. Estes mecanismos baseiam-se em pagamentos independentes do estado de saúde do pagador, distribuídos ao longo da vida e usados para financiar serviços de saúde - tratamento e reabilitação para os doentes e diminuídos, e prevenção e promoção - para todos os que estão cobertos. (OMS, 2010, p. 17).

Com isso, a OMS defende que todas as fontes de receita (o chamado *pool* de financiamento) sejam controladas em fundos múltiplos, que incluam fundos comuns públicos, com subsídios aos mais pobres, para que os fundos possam existir conforme contribuição das pessoas, e que essas contribuições por pré-pagamento sejam obrigatórias, para dar sustentabilidade ao sistema (OMS, 2010).

Em segundo lugar, as contribuições têm que ser obrigatórias, caso contrário os ricos e saudáveis poderiam optar por se excluírem de contribuir para o fundo comum o que tornaria o financiamento insuficiente para cobrir as necessidades dos pobres e doentes. Enquanto que os sistemas de seguro voluntário [**planos privados**] podem angariar alguns fundos na ausência de pré-pagamento e fundos comuns generalizados, e também ajudar a familiarizar as pessoas com os benefícios do seguro, eles têm capacidade limitada para cobrir o leque de serviços para os que são demasiado pobres para pagar os prêmios. A definição de planos a longo prazo para expandir o pré-pagamento e incorporar os planos de seguros comunitários e micro-seguro num fundo comum é importante para garantir a sua sustentabilidade (OMS, 2010, p 18 – adendo nosso).

Na prática, os pilotos de “Cobertura Universal da Saúde - CUS”, apoiados pela OMS vêm expandindo a participação do mercado, via estruturas de pré-pagamento, nos sistemas de saúde. Giovanella et al. (2018) e Noronha (2013) argumentam que a própria nomenclatura da proposta, “Cobertura Universal da Saúde”, já traz dúvida, por dar a impressão de universalidade quando acaba defendendo a segmentação do sistema com abertura ao mercado. Como afirmam Giovanella et. al. (2018, p1764): “é empregado em referência à cobertura por

serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas públicos universais”.

Sengupta (2013, p 2) faz a crítica à defesa do modelo de CUS como se a pressa em dar uma resposta à população demandasse necessariamente a via do mercado privado e resume:

Em suma, o modelo UHC é construído sobre, e se presta a, políticas neoliberais padrão, afastando os formuladores de políticas das opções universais de saúde baseadas em sistemas públicos. Construir e melhorar o sistema público de saúde não faz parte dessa narrativa dominante, com o estado geralmente confinado ao papel de administrador do sistema.

Embora seja um modelo segmentado e que consolida o mercado privado na saúde, o CUS vem sendo defendido pela OMS, Banco Mundial e outras agências internacionais, promovendo sua prática em todos os continentes (OMS, 2017).

2.4 Breve histórico do Sistema de Saúde na América do Sul e no Uruguai

Nos últimos dez anos, o tema da renovação da APS tem sido destacado em documentos de agências internacionais (OPAS, 2005; WHO, 2008), bem como na literatura especializada (LABONTÉ et al., 2009).

Com o triunfo eleitoral de correntes de esquerda na região sul-americana, a partir dos anos 2000, estabeleceu-se um novo panorama político com efeitos evidentes sobre a configuração dos governos e, conseqüentemente, sobre a direção das políticas públicas. Argentina, Bolívia, Chile, Brasil, Equador, Paraguai, Uruguai e Venezuela, no primeiro decênio do século XXI, estabeleceram agendas políticas próprias, distanciando-se, de certa forma, das medidas monetaristas e neoliberais impulsionadas pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), dando origem a um novo discurso oficial centrado na redistribuição de renda e na justiça social, bem como nas ideias de soberania nacional, cooperação e independência regional (MOREIRA, 2007).

A literatura especializada indica duas prováveis razões para a emergência e continuidade dos governos de esquerda ao longo da última década em diversos países da América Latina. Em primeiro lugar, pode-se afirmar que as difíceis condições socioeconômicas geradas e/ou agravadas pelas políticas neoliberais implementadas na década de 1990 foram determinantes para o desenvolvimento das

condições necessárias para a mudança das coalizões políticas na direção dos governos nos anos 2000 (PARODI, 2004; LUSTIG, 2009; PANIZZA, 2009; PAUSADELA, 2010).

A República do Uruguai é um país com uma forma de governo democrática republicana, com uma população total de aproximadamente 3.473.727 habitantes, dos quais 95% residem em áreas urbanas. Possui 19 departamentos administrativos, o que conhecemos como estados, a capital do país contempla aproximadamente metade da população, de acordo com a estimativa do último censo (URUGUAI, 2019)

Tabela 2: Indicadores demográficos do Uruguai

INDICADOR	2016	2017	2018	2019	2020
Densidade demográfica	19,56	19,64	19,71	19,78	19,85
Homens	1.652.003	1.658.580	1.665.264	1.671.889	1.678.336
Mulheres	1.772.136	1.778.065	1.784.026	1.789.842	1.795.391
População residente rural	4,9	4,8	4,7	4,6	4,5
População residente urbana	95,1	95,2	95,3	95,4	95,5
População total	3.424.139	3.436.645	3.449.290	3.461.731	3.473.727
Taxa bruta de mortalidade	9,452	9,461	9,467		
Taxa bruta de natalidade	14,057	13,963	13,857		

Fonte: World Population Prospects. United Nations, Population Division, 2021.

O primeiro Hospital fundado em 1788, era um abrigo para mulheres indigentes, sem-teto, crianças abandonadas, entre outros, sendo denominado “Hospital de Caridad”. Em 1853, foi fundada a Primeira Associação Espanhola de Ajuda Mútua e, posteriormente, foram criadas outras Associações de Ajuda Mútua, de várias comunidades de imigrantes. Dando origem ao mutualismo no Uruguai (SELANES; ROALNDO, 2009).

Progressivamente, as mútuas foram abandonando funções não médicas, passando a administrar, à sua maneira, os serviços médicos oferecidos. Os usuários do mutualismo eram indivíduos da classe média, uma vez que aqueles com maiores recursos eram atendidos de forma privada (SELANES; ROALNDO, 2009).

Em 1934, foi aprovada a Lei Orgânica 9.202 de Saúde Pública, criando o Ministério da Saúde Pública (MSP). Em 1935, foi criado o Centro de Atendimento ao

Sindicato Médico Uruguaio (CASMU), instituição de assistência médica, organizada pelo próprio sindicato médico. Este é o pilar fundamental do crescimento do setor privado de saúde no país (SELANES, ROALNDO, 2009).

Segundo Selanes

A Constituição da República de 1934, estabelece em seu artigo 43: “O Estado legislará em todas as matérias relacionadas com a saúde e higiene públicas, visando a melhoria física, moral e social de todos os habitantes do país. Todos os habitantes têm o dever de zelar pela saúde, bem como de se ajudarem mutuamente em caso de doença. O Estado providenciará, gratuitamente, os meios de prevenção e assistência, apenas aos indigentes ou com falta de recursos. (SELANES, “sem paginação”, 2009.)

Em 1975, foi aprovada a Lei 14.407, que institucionalizou o seguro saúde estabelecido com a criação da Administração do Seguro Social de Doenças (ASSE), como um serviço descentralizado. Os seguros parciais foram unificados, centralizando-os, de forma a garantir a prestação de assistência médica completa, subsidiar financeiramente o segurado durante o período de doença ou invalidez temporária, promover e coordenar junto ao MSP, ou nos serviços especializados por ele indicados, a medicina preventiva e serviço de reabilitação para trabalhadores cobertos. (SELANES; ROALNDO, 2009).

Até agosto de 2007, o sistema de saúde era composto por um conjunto de instituições muito heterogêneas que atuavam de forma autônoma, sobrepondo-se aos serviços prestados e aplicando critérios de atendimento muito díspares à população. Estes podem ser agrupados em dois subsetores: público e privado (SELANES; ROALNDO, 2009).

Por fim, no período de governo de 2005-2010 iniciou-se um processo de profunda reforma do setor saúde, com seus aspectos jurídicos, econômicos e um cronograma de implantação para a construção de um Sistema de Saúde Integrada Nacional, do qual até os dias atuais está em funcionamento (RÍOS, 2013)

A reforma do sistema de saúde é baseada em três pilares: organizacional, financeiro e modelo de atenção (ARAN, 2011).

Segundo Pereira, et.al (2012), sobre o processo de reforma sanitária:

No Uruguai teve início com as eleições presidenciais em 2004, quando uma coalizão de esquerda foi eleita. Novas leis e decretos introduziram as principais mudanças no sistema, voltadas para os modelos de atenção, de financiamento e de gestão. Nesse contexto, destaca-se a Lei nº 18.211 de dezembro de 2007, que cria o SNIS e apresenta a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, p. 12, tradução nossa,

2011).

O SNIS está pautado nos princípios de cobertura universal, equânime, continuidade do cuidado de forma oportuna, integralidade, qualidade da atenção e respeito aos direitos dos usuários. As responsabilidades do Estado foram expandidas, de modo que o Ministério de Saúde Pública assumiu funções como elaborar, organizar e controlar o funcionamento do sistema, registrar e habilitar os prestadores de serviços de saúde, além de fiscalizar sua articulação no sistema (ISAGS, 2011).

Ainda segundo Pereira, et.al (2012):

O país segue o processo recente de renovação da APS nas Américas, tendo esta como estratégia para reorganização do sistema. O novo modelo de atenção privilegia o primeiro nível de atenção, que é porta de entrada do sistema, e sua integração com os níveis de entrada do sistema, e sua integração com os níveis secundário e terciário, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência na construção de uma atenção integral à população (EUROSOCIAL SALUD, sem paginação, 2007).

Há um consenso político e acadêmico de que o Uruguai começou um processo sustentado de reforma socioeconômica orientada ao mercado durante os anos noventa, em fase completa de consolidação democrática. A reformulação de seus pilares do bem-estar tinha como referência uma oferta pública deteriorada de serviços universais, produto dos cortes sucessivos e do investimento público limitado realizado pelo governo de fato. Para isso é adicionado, uma fase de experimentação com vários programas voltados para grupos vulneráveis, que serão mantidos, embora com ritmos variados, até o presente (ANTÍA, 2013).

Segundo CASTIGLIONI (2005), a reforma tentada no país foi considerada cautelosa na medida que a introdução de critérios mais liberais em políticas públicas não deram lugar para uma versão do modelo de desenvolvimento que estava sendo tentado a ser implementado.

Em questões sociais, os setores sujeitos a reformulações sérias foram o setor de segurança, social e trabalhista, adotando a nova orientação econômica (MIDAGLIA; ANTÍA, 2007).

O subsistema público de aposentadorias e pensões foi semiprivatizado através da incorporação de atores privados na administração de fundos, ou seja, introduziu um pilar de capitalização que foi adicionado à distribuição tradicional (ANTÍA, 2013). Tentativas foram feitas de tentar descentralizar algumas funções assistenciais exacerbando os problemas de operação até sua capacidade limite (RODRÍGUEZ,

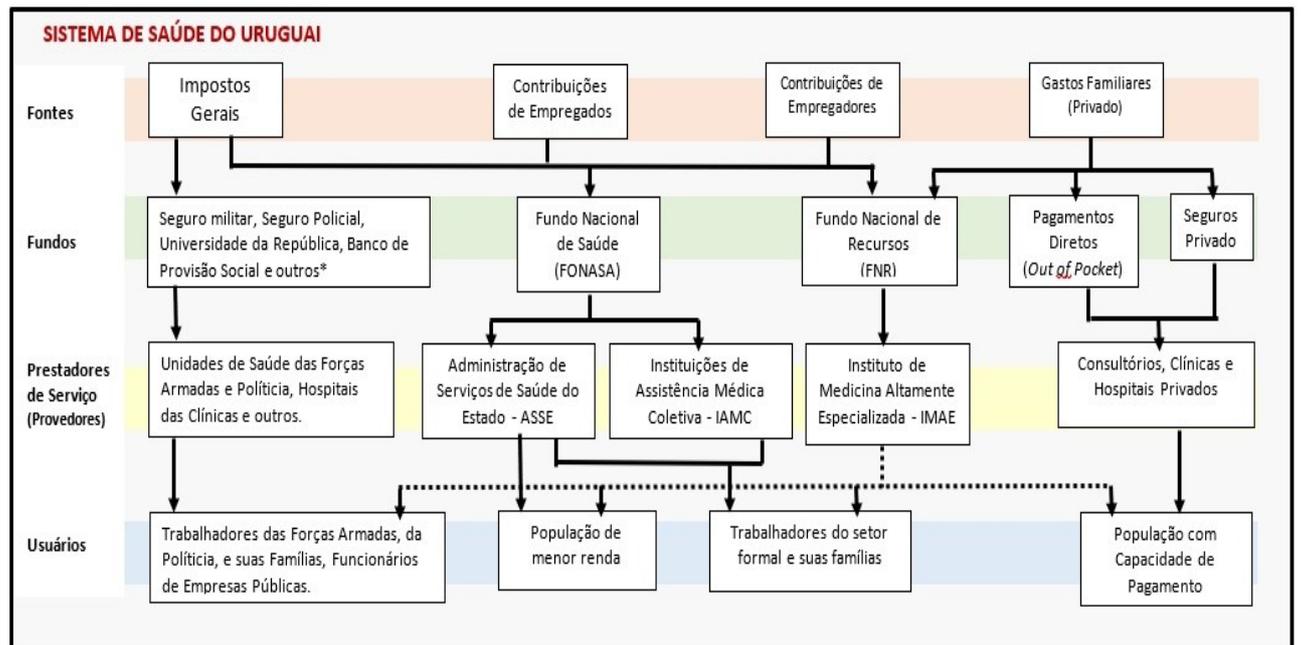
2011).

Segundo Antía et al

A partir de 2004, o Uruguai retoma o caminho do crescimento econômico até o presente, reconhecendo anos excepcionais para seu patrono histórico. Nesse sentido, no período 2005-2012 houve um aumento sustentado do PIB de 5,8% cumulativamente anual (MEF 2012). Neste contexto econômico e social, a coalizão de esquerda Frente Amplio, assume pela primeira vez o governo nacional (2005-2010) e é reeleito para um segundo período (2010-2015). Em termos gerais, é correto dizer que o governo de esquerda melhorou o padrão redistributivo através da implementação de um conjunto de reformas setoriais, muitas delas na área social principalmente (ANTÍA et al, p.16, 2013).

Como fruto da reforma, o SNIS se estrutura, conforme fluxograma de Aran e Laca (2011) em contribuições financeiras para o fluxo do sistema, as fontes sendo estas variáveis como impostos gerais, contribuições de empregados com trabalho fixo e regular, contribuições de empregadores e o grupo familiar privado que contribui de forma direta para o recebimento da prestação de serviço. Estas fontes ficam sobre organização do FONASA, do qual é responsável por fazer a distribuição para cada setor específico, seja prestadores públicos e privados.

Figura 1: Fluxograma do Sistema de Saúde do Uruguai



Fonte: adaptação de ARAN; LACA, 2011.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela importância de caracterizar o sistema de saúde uruguaio, descrevendo os principais aspectos do sistema, podendo assim estar contribuindo com novas pesquisas, voltadas para o âmbito de sistemas de saúde, e melhor compreensão do nosso próprio sistema de saúde

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Caracterizar o tipo de Sistema de Saúde desenvolvido no Uruguai

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar como estão organizados os componentes do Sistema de Saúde do Uruguai;
- Descrever como está organizada a rede de serviços de saúde;
- Discutir o enquadramento do sistema de saúde do Uruguai na tipologia prevalente na literatura.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Caracteriza-se como um estudo qualitativo, de natureza exploratória-descritiva, do tipo estudo de caso.

Segundo Gehardt e Silveira (2009) o estudo qualitativo está vinculado à ação da descrição, buscando explicações em volta de um determinado fenômeno. Indo de encontro a resultados autênticos pelo investigador e levantamento de pressupostos que tendem a gerar explicações entre o mundo natural e o social através de dados empíricos.

O método adotado foi o estudo de caso, onde, de acordo com GIL (2002), esse método é caracterizado pelo aprofundamento do objeto de estudo, a fim de conhecê-lo de forma abrangente.

A abordagem utilizada foi do tipo qualitativa. Esse tipo de abordagem visa explicar a inter-relação dinâmica entre sujeitos e fenômenos. A análise de fenômenos, segundo Minayo (1994), a consideração de significados, sentidos, princípios, valores, hábitos, costumes e tradições são características dessa pesquisa. É um tipo de abordagem que se centra nas questões subjetivas.

5.2 Local e período do estudo

Conforme dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o Uruguai possui uma população total de aproximadamente 3.360.854 de habitantes, sendo que 94,4% destes residem em áreas urbanas. Montevideu é a capital nacional, e é a cidade mais habitada com aproximadamente 1,5 milhão de pessoas. Outros municípios com grande concentração populacional são: Salto (93.420), Paysandú (84.160) e Las Piedras (66.100).

O país apresenta algumas condições demográficas/sociais semelhantes a países europeus, com bons indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que está em 0,87 que é elevado de acordo com a avaliação da Organização das Nações Unidas (ONU).

Em termos de alfabetização apenas 2,1% dos habitantes com mais de 15 anos de idade são analfabetos, uma parcela de apenas 5% da população é considerada subnutrida e a taxa de mortalidade infantil é de 13 para cada 1.000 nascidos vivos.

5.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de análise documental e revisão de literatura.

Na análise documental, os dados foram levantados a partir de Documentos e normas, a chamada literatura “*gris*”, a partir de análise documental de legislação uruguaia sobre saúde e documentos do Ministério da Saúde uruguaio;

A análise documental consiste em uma pesquisa com materiais que ainda não tiveram um tratamento analítico apurado ou não foram editados. Em si, uso de documentos tende a trazer uma riqueza de informações, de uso rotineiro nas ciências humanas e sociais, cuja estrutura carrega a aproximação do objetivo de estudo com a contextualização social, econômica, política e cultural de uma sociedade. Procura subsidiar a pesquisa com informações inerentes de outras fontes confiáveis como: documentos fotográficos, relatórios, protocolos, documentos históricos, diários, gravações, correspondências, entre outros.

Inicialmente, para o desenvolvimento desse trabalho, foi realizado um levantamento bibliográfico, onde foram reunidas as principais obras a respeito do tema de interesse. O método adotado foi o estudo de caso, onde, de acordo com GIL (2002), esse método é caracterizado pelo aprofundamento do objeto de estudo, a fim de conhecê-lo de forma abrangente.

A abordagem utilizada foi do tipo qualitativa. Esse tipo de abordagem visa explicar a inter-relação dinâmica entre sujeitos e fenômenos. A análise de fenômenos, segundo Minayo (1994), a consideração de significados, sentidos, princípios, valores, hábitos, costumes e tradições são características dessa pesquisa. É um tipo de abordagem que se centra nas questões subjetivas.

5.4 Como se dará o levantamento documental

A análise documental consiste em uma pesquisa com materiais que ainda não tiveram um tratamento analítico apurado ou não foram editados.

Em si, o uso de documentos tende a trazer uma riqueza de informações, de uso rotineiro nas ciências humanas e sociais, cuja estrutura carrega a aproximação do objetivo de estudo com a contextualização social, econômica, política e cultural de uma sociedade.

5.5 Procedimento de análise dos dados

Seguindo a definição de componente dos sistemas de Saúde como descritos por Giovanella e Lobato (2012), **os dados foram compilados no quadro abaixo**

Quadro 1: Componentes dos Sistemas de Saúde a serem analisados no levantamento bibliográfico

COMPONENTE DO SISTEMA	O QUE SERÁ BUSCADO	FONTE	
		Artigos	Documentos
Atenção Primária	Qual o papel da Atenção Primária no Sistema de Saúde? Como está organizada?	Sim	Sim
Financiamento	Qual o formato do financiamento e fontes?	Sim	Sim
Força de Trabalho	Como se descreve a suficiência de profissionais, a formação e as categorias mais importantes?	Sim	Sim
Cobertura	Qual o nível de cobertura populacional do sistema e o tipo de acesso (universal ou segmentado)?	Sim	Sim
Rede de Serviços	Como está organizada a rede de serviços?	Sim	Sim
Tecnologias	Como é relatado o desenvolvimento tecnológico do sistema e a forma de inserção do país no Complexo Produtivo da Saúde?	Sim	Sim
Insumos	Como é apresentada a garantia ou não de assistência farmacêutica?	Sim	Sim
Organização/Gestão	Qual é a subdivisão administrativa e o formato de organização/gestão do sistema?	Sim	Sim
Tipificação	Como a literatura classifica o sistema uruguaio no tocante à tipologia clássica (sistemas universais, seguros sociais, e sistemas de assistência social) ?	Sim	

Fonte: Adaptação de Giovanella; Lobato, 2012.

As análises dos documentos foram realizadas através de observações sistemáticas e assistemáticas. Segundo Gerhardt et al. (2009), o tipo de observação sistemática, permite ao pesquisador maior precisão e exatidão na

investigação e análise de aspectos imprescindíveis à obtenção de dados fundamentais, para o desenvolvimento da pesquisa. Pois, é indispensável a elaboração prévia de um planejamento para a sua efetiva execução.

O tipo de observação assistemática permite ao pesquisador maior liberdade no momento de sua execução, sem perder de vista a manifestação e atuação dos fenômenos e o controle das informações adquiridas. Nesse sentido, não será viável planejamentos prévios de quaisquer naturezas.

5.6 Procedimentos Éticos

Por se tratar de um estudo de caso, cuja fonte de dados é de domínio público e de livre acesso, o presente estudo não necessitará de apreciação por parte do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos

6 RESULTADOS

6.1 Atenção Primária

O Uruguai apresenta características das abordagens de atenção primária à saúde nas políticas nacionais de saúde, tais como prioridade para atenção primária à saúde nas políticas de saúde e com a proposta de ser base de um sistema universal de saúde. Possui uma equipe multiprofissional composta por: médico da família ou generalista, enfermeiro, parteira, pediatra e ginecologista visitante, dessa forma constitui-se a equipe básica da *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (ASSE) (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2016; GIOVANELLA et. al, 2021)

Quase todos os países da América do sul incorporaram, exceto o Uruguai, agentes comunitários de saúde como integrantes oficiais das equipes multiprofissionais, pagos ou voluntários. Sobre o tempo de atendimento estabelecido oficialmente, nesse país, há controle das listas de espera para consultas em atenção primária à saúde e atenção especializada, que podem ser monitoradas e publicadas por meio de sistemas de informação. As consultas em especialidades básicas devem ser realizadas em até 24 horas, e as especializadas, em até 30 dias (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2016).

Uma vez que uma concepção ampliada de atenção primária à saúde está definida nas políticas nacionais dos países da região, algumas características da prestação poderiam indicar seu grau de implementação como a definição da função de filtro, de tempos máximos de espera e cobertura populacional. Na maior parte dos casos, a atenção primária à saúde é afirmada como porta de entrada preferencial e filtro para a atenção especializada (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2016).

Decorrente do processo de mudanças que ocorreu ao longo dos anos no setor de saúde, o modelo de cuidado teve como uma de suas bases fundamentais a estratégia de atenção primária à saúde (APS) e a priorização do Primeiro Nível de Atenção (PNA). Nesse nível, a abordagem do processo de doença em saúde tem uma relação próxima com aspectos sociais e culturais de indivíduos, famílias e comunidades (HARISPE et.al, 2020).

Para HARISPE et.al, sobre os trabalhos em equipe na atenção primária:

O Trabalho em equipe e com redes institucionais e organizações é inevitável e requer habilidades de relacionamento, negociação e articulação. A complexidade organizacional é alta e envolve uso de

estratégias que permitam resolver com eficiência a gestão dos recursos distribuídos em um amplo território. Os Profissionais de saúde se integraram dentro de sua formação acadêmica a aquisição de conhecimento e ferramentas para realizar essas abordagens, sem ser exclusivo de uma profissão. Isso pode dificultar a atribuição de funções na equipe para um ou outro (HARISPE et.al, 2020, p. 21-22).

Em estudo realizado recentemente por Harispe, Cavalleri e León (2020), mostraram alguns resultados sobre a atenção primária, onde descrevem que a amplitude das atividades que as enfermeiras universitárias podem realizar no PNA e a incorporação dos conceitos da APS, reafirma a importância desta profissão como integrante da equipe de saúde para promover a mudança de modelo de atenção proposto pelo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Em relação ao modelo de cuidado, a Atenção Primária da Saúde (APS) é concebida como estratégia para reorganização do sistema de saúde, isso permanece incorporada na Lei de criação do SNIS sob o título de "Rede de cuidados de saúde" em que define a organização do sistema de cuidado na saúde. É organizada em redes por níveis de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários e a complexidade dos benefícios (SOLLAZZO; BERTERRETCHE, 2010).

Através da reforma, destaca-se a capacidade de "reitoria" da autoridade sanitária e dentro dele sua capacidade de "condução" entendida como a capacidade do MSP de formular, organizar e direcionar a implementação da política nacional de saúde (SOLLAZZO; BETERRECHETCHE, 2010).

Em relação à operacionalização das políticas:

Foram gerados mecanismos que favorecem sua implementação, como os "Programas Benefícios" abrangentes e metas de cuidado. No entanto, devemos ter em mente que tal como expressa por vários autores um problema comum é a ideia de que políticas enunciadas por lei ou descritas em documentos formais do governo serão imediatamente implementadas (SOLLAZZO; BETERRECHETCHE, 2010, p. 9).

Segundo Giovanella e colaboradores (2021, p. 19), a APS foi valorizada como estratégia de enfrentamento à COVID-19. Os autores resumizam:

Los servicios de APS en el territorio han ido retomando funciones en la detección de casos, seguimiento y control de contactos e información a la comunidad, lo que ha permitido que 87% de los casos confirmados por laboratorio se resuelvan a nivel comunitario. Ese cambio permitió la optimización de las capacidades territoriales del

SNIS contribuyendo con los planes de detecciones aleatorias en la comunidad.

6.2 Financiamento

Segundo Solazzo (2011), o seguro saúde do Uruguai é financiado por meio de um Único Fundo Público e Obrigatório, o Fundo Nacional de Saúde (FONASA), ao qual contribuem os beneficiários do SNIS, reunindo todas as contribuições da seguridade social. Esse fundo é administrado centralmente pelo Conselho Nacional de Saúde (JUNASA), órgão desconcentrado do Ministério da Saúde Pública envolvendo usuários, profissionais de saúde e prestadores de. A JUNASA compra serviços das instituições de crédito integral, públicas e privadas, por meio da assinatura de contrato de gestão.

Para Vaitsman, Ribeiro e Motta (2019) essa unificação do fundo da saúde na FONASA foi ponto central na Reforma da Saúde, pois permitiu a ampliação da cobertura do sistema de seguros e uma administração mais equânime dos recursos, considerando que os contribuintes viabilizam a ASSE para os não contribuintes.

Está reunido em um único fundo, o Fonasa, recursos de famílias com diferentes níveis de renda, empresas e o Estado; diversas gerações, compensação de riscos; e contribuições progressivas, isto é, além da equidade, é promovida a redistribuição de renda (VAITSMAN; RIBEIRO; MOTTA, 2019, p558)

Os usuários contribuem para o fundo de acordo com a renda e há livre escolha do provedor pelos usuários. O provedor é obrigado a fornecer cobertura abrangente através de uma cesta básica de benefícios. Essas instituições compõem o Sistema Integrado e recebem do FONASA um capital ajustado por gênero e idade, bem como metas associadas ao cumprimento dos objetivos de benefício (SOLLAZO, 2011).

Em países com maior grau de centralização, em especial o Uruguai, a execução financeira é realizada desde o nível central diversos países aboliram o copagamento para os serviços de atenção primária à saúde. O Uruguai mantém copagamento para algumas classes de segurados ou tipos de serviços. (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2016)

Giovanella e colaboradores (2021, p.10) apontam que a reforma sanitária de 2007 promoveu a ampliação dos gastos com a saúde:

La reforma amplió coberturas y impulsó el financiamiento solidario del sistema de salud con una inversión del 6,6% del PBI, un gasto del bolsillo menor al 20% y crecimiento del financiamiento público (51% en 2005 – 70,8% en 2017, Cuadro 1), en un constante esfuerzo por la reducción de las barreras de acceso a los servicios.

Quando se observa no quadro de indicadores de gastos em saúde, observa-se que houver crescimento do percentual de gastos em relação ao PIB, embora pequeno. O que realmente foi expressivo foi o crescimento do seguro social, pois a criação da JUNASA como contratante da ASSE (público) e da IAMC (privado) ampliou a cobertura de segurados. Observa-se, como consequência, a ampliação do gasto público, por conta do crescimento do seguro social, e a redução do percentual de participação dos planos privados (Seguros Voluntários). Estes planos privados, cujo percentual reduziu, são aqueles que funcionam em paralelo, separadamente, em relação ao asseguamento da IAMC (prestador privado – seguro público). Também houve redução do Out-of-pocket ou gasto direto do bolso, o que representa a maior inserção da população em algum tipo de asseguamento.

Quadro 2 – Indicadores de Gastos em Saúde

Indicadores de Gastos em Saúde	2006	2010	2019
Gastos Correntes em Saúde (CHE) como % Produto Interno Bruto (GDP)	8	8	9
Seguro Voluntário de Saúde (VHI) como % dos Gastos Correntes em Saúde (CHE)	28	19	10
Out-of-pocket (OOPS) como % dos Gastos Correntes em Saúde (CHE)	24	20	15
Seguro Social de Saúde (SHI) como % dos Gastos Correntes em Saúde (CHE)	22	27	49
Gastos Públicos em Saúde (GGHE-D) como % Gastos Correntes em Saúde (CHE)	48	60	67

Fonte: Global Health Expenditure Database - OMS

No Uruguai, as contribuições financeiras representam 5% da remuneração paga, com as seguintes particularidades: empregadores de propriedade única rural, se optarem por cobertura de saúde subsidiada, eles contribuirão 45% da cota mútua e aqueles que têm filhos menores dependentes ou adultos com deficiência contribuirão 60% do valor da taxa mútua (ARAN, 2011).

Os proprietários de propriedade única que não têm mais do que um trabalhador subordinado e estar atualizado com suas contribuições para o sistema de seguridade

social, eles vão realizar apenas contribuições pessoais e patronais para o FONASA, (9,5% ou 11%) em um valor base de cálculo para direito para a cobertura de você e seus filhos menores de 18 anos (ARAN, 2011).

Os trabalhadores contribuem com percentual de seus salários: 6% dos trabalhadores com salários mensais e 3% daqueles trabalhadores de baixa renda, independentemente se eles têm filhos ou não (ARAN, 2011).

Modos de contribuições ao FONASA pelos trabalhadores:

Quadro 3: Contribuição em porcentagem da renda mensal do trabalhador uruguaio para o SNIS:

Contribuição em porcentagem % da renda mensal	Grupo de Trabalhadores
6%	Trabalhadores cuja renda mensal excede o limite mínimo (mais de 2,5 salários mínimos uruguaios) com menores de 18 anos ou acima desta idade com uma deficiência
4,5%	Trabalhadores cuja renda mensal excede um limite mínimo e não ter filhos dependentes
3%	Trabalhadores de menor renda independentemente de ter filhos ou não
5%	Patrões/ Empresas.

Fonte: adaptação de COSTAS, 2016.

As mudanças que ocorreram nos três eixos: no cuidado, na gestão e no financiamento, dessa forma ficou permitiu a implantação do SNIS (Sistema Nacional de Saúde Integrada), Seguro Nacional de Saúde (FONASA) e a descentralização da ASSE (COSTAS, 2016).

6.3 Força de Trabalho

A disponibilidade, a formação e os vínculos dos profissionais da atenção primária à saúde para o sistema público de saúde representam um dos grandes desafios para a implementação dos novos modelos. Como estratégia de enfrentamento desse problema, nove países da América do Sul, incluindo o Uruguai, mantêm cooperação com Cuba, principalmente para a provisão de médicos para a atenção primária à saúde (GIOVANELLA; ALMEIDA 2016).

Os Recursos Humanos em Saúde (RHS) são o recurso essencial de qualquer sistema de saúde. Sua formação, distribuição, educação e treinamento são determinantes chaves na definição do acesso da população a serviços de saúde de qualidade em tempo hábil (URUGUAY, 2018).

Quanto à formação de RHS, a Universidade da República é o ator principal nesta tarefa, e tem autonomia acadêmica consagrada em sua Lei Orgânica. Cumprindo o duplo papel de treinador e regulador, uma vez que determina a quantidade e o perfil dos profissionais, o país também conta com instituições privadas, regulamentadas pelo Ministério da Educação e Cultura. Neste quesito o MSP tem um impacto sobre a quantidade ou definições de padrões de qualidade dos recursos que ele forma, vinculando-se às necessidades da reforma sanitária em curso (URUGUAY, 2018).

A partir de 2007, começou-se a criar espaços e insumos para a discussão e implementação de políticas de RHS e especificamente em 2010 o tema RH foi definido politicamente e programaticamente como uma das prioridades para trabalhar a partir do MSP (URUGUAY, 2018).

Sobre a distribuição de profissionais da saúde, em 2017, foram registrados 16.268 médicos, 6.176 licenças em enfermagem e 23.606 auxiliares de enfermagem, para uma população de aproximadamente 3.440.157 habitantes (HARISPE; CAVALLERI; LEÓN, 2020).

A amplitude das atividades que as enfermeiras universitárias podem realizar no PNA e a incorporação dos conceitos da APS, reafirma a importância desta profissão como integrante da equipe de saúde para promover a mudança de modelo de atenção proposto pelo SNIS (HARISPE; CAVALLERI; LEÓN, p.25, 2020).

Nesse sentido, três momentos podem ser distinguidos na construção de seu papel sobre o tema RHS: de 2005 a 2009 focou na criação de sistemas de informação; de 2010 a 2015 destaca-se a geração de institucionalidade para o desenvolvimento de políticas específico, e a partir de 2015 é enquadrado na consolidação e aprofundamento dos processos, especialmente gerando ferramentas para avaliação de políticas (URUGUAY, 2018).

6.4 Cobertura

Quanto ao primeiro dos objetivos macro da reforma, pode-se dizer que o processo de implementação do SNIS gerou uma renda contínua de setores, ou seja, um financiamento contínuo, amplos a população para FONASA e maiores níveis de solidariedade no financiamento. A incorporação mais significativa foi a de pessoas menores de 18 anos ou mais com alguma deficiência, que adquiriram cobertura

médica que eles não tinham antes, a partir das contribuições de um de seus pais (ANTÍA; CASTILLO; FUENTES; MIDAGLIA, 2013).

O observatório ibero-americano, com fontes da OPAS (2016), caracteriza a cobertura Uruguai nas seguintes proporções:

1. O Sistema Nacional de Saúde Integrado (SNIS) é composto por um setor público e um setor privado. O principal provedor de serviços públicos é a Administração Estadual de Serviços de Saúde (ASSE), que possui uma rede de estabelecimentos de cobertura nacional em que atende cerca de 37% da população, basicamente pessoas com recursos limitados e sem cobertura previdenciária.

2 As intervenções de alta complexidade e alto custo são realizadas nos Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que são hospitais ou clínicas especializadas, que podem ser de origem pública ou privada.

3 A prestação de serviços privados é dominada pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), que são associações de profissionais privados sem fins lucrativos que oferecem atendimento abrangente a 56% dos uruguaios, beneficiários da previdência social. A maioria dessas instituições possui unidades de atendimento próprias. Essas instituições também atuam como seguro voluntário para a população com capacidade de pagamento.

4 As IAMC estão agrupadas em associações de instituições de saúde privadas sem fins lucrativos, como a Federação Médica do Interior (FEMI), a União da Mutualidade do Uruguai (UMU) e a Plenária da IAMC. O ASSE e o IAMC recebem pagamentos per capita do FONASA de acordo com o risco da população coberta e as metas de assistência estabelecidas pelo MSP.

O setor privado também possui o chamado Seguro Privado, que são empresas privadas lucrativas que prestam assistência em troca do pagamento de prêmios cujo valor depende do nível de risco do segurado. Esses seguros cobrem cerca de 2% da população (OPAS, 2016).

Para apresentar a situação do setor de saúde no Uruguai antes da aprovação do SNIS no ano de 2008, pode-se dizer que até 2006, a cobertura na atenção, considerando por um lado Montevideu e, por outro, o interior do país, indicou que na capital do país, 38,4% das pessoas foram atendidas por algumas das instituições públicas disponíveis, e os 57,6% restantes foram atendidos em instituições privadas. No entanto, ao olhar para os dados para o interior do país, nota-se que essa relação é invertida, com 59,2% das pessoas atendidas no sistema público, e 38,3% em instituições privadas (FUENTES, 2011).

Enquanto a ASSE é a única responsável pelo cuidado da população mais carente, é difícil remover totalmente o estigma do “cuidado com os pobres”. Ao mesmo tempo, se o desafio de transformar esta instituição, o polo, não é tomado politicamente, o público assim continuará a se consolidar com um espaço de assistência, que, como contrapartida terá um polo contributivo com a presença de provedores privados sem fins de lucro, que será cada vez mais atomizado (ANTÍA; CASTILLO; FUENTES; MIDAGLIA, p.14, 2013).

6.5 Rede de Serviços

No âmbito da regulação de serviços, cabe à JUNASA, órgão descentralizado do Ministério de Saúde Pública, administrar o Seguro Nacional de Saúde e monitorar os prestadores integrais do SNIS, com os quais são estabelecidos contratos de gestão. Regulação sanitária exercida pelo Ministério de Saúde Pública (MSP) compartilhada pela Divisão de Epidemiologia e a Divisão de Avaliação Sanitária (PEREIRA, et.al, 2012).

Segundo o autor

O sistema de saúde do Uruguai possui 105 hospitais, 56 dos quais públicos, 48 privados e um universitário. A maioria dos hospitais particulares é de propriedade da IAMC. Em 2008, o número de leitos disponíveis era de 11 132, 272 incluindo leitos para asilos e lares para pessoas com deficiência mental. Serviços são voltados para programas de saúde à crianças, adolescentes e adultos, programas com temas como violência baseada em gênero, nutrição, controle do tabaco, saúde sexual e reprodutiva, controle do câncer, cuidados paliativos, saúde bucal e mental e reabilitação (ARAN; LACA, 2011, p.270- 271).

Os profissionais que atuam na atenção básica são dependentes dos municípios e possuem diversos links de trabalho. Apenas uma parte dos profissionais de saúde são funcionários públicos, cerca de 50% a menos (URUGUAY, 2013).

6.6 Tecnologias

Em 2005, na 58ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi aprovada a resolução sobre saúde eletrônico, onde pela primeira vez a OMS reconheceu a contribuição que para a saúde e a gestão de os sistemas de saúde implicam a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC), entendendo-a como uma oportunidade única para o desenvolvimento da saúde pública (YACOBAZZO, 2018).

No Uruguai, não há agências externas, empresas privadas, ONGs que se encarregam de avaliar tecnologias no país. De acordo com a estrutura do sistema, essa responsabilidade é do Ministério de Saúde. Como já mencionado, uma das chaves para a reforma é fortalecer o Ministério da Saúde, fazendo-o retomar as competências conferidas por lei, reduzindo a lacuna gerada pelas reformas da década de 1990 (URUGUAY, 2013).

Nessa ideia de abordagem, visa, por um lado, racionalizar o acesso, quando se justifica o uso da tecnologia presente no país, onde é produzido pelo subsetor público ou pelo subsetor privado associado, para promover critérios de avaliação que tenham mesmo formato na região uruguaia (URUGUAY, 2013)

Atualmente se está implementando no Uruguai, o prontuário eletrônico nacional do paciente (HCEN), onde cada prestador de serviços de saúde está obrigado a registrar um prontuário eletrônico do paciente (HCE) e ao intercâmbio dos dados clínicos das pessoas que atendem, conforme dispõe a lei (YACOBAZZO, 2018).

O artigo 20 da Lei nº 18.335 dispõem:

É responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar segurança aos prontuários eletrônicos e determinar os formulários e procedimentos para a administração e custódia das chaves de acesso e outras técnicas utilizadas. O Poder Executivo determinará critérios mínimos obrigatórios de uniforme para prontuários de todos os serviços de saúde (YACOBAZZO, p. 3, 2018).

Segundo YACOBAZZO p. 3, este decreto regulamenta as disposições da Lei nº 19.355, no artigo 466 do qual dá poder ao executivo para determinar os mecanismos de troca de dados clínicos para fins de cuidado através do Sistema HCEN, a fim de garantir o direito à proteção da saúde e acesso a redes integradas de serviços de saúde, de acordo com o disposto na Lei nº 18.211.

No Uruguai, o HCEN visa melhorar a acessibilidade das informações para prestadores públicos e privados, facilitando a harmonização da prestação de Serviços de saúde que visam melhorar equidade e eficiência. Simultaneamente, a articulação dos componentes do EH centrado no usuário em cada um dos provedores facilita a integração vertical de serviços contribuindo para a continuidade de assistência (GHIGLIA, p.216 ,2019).

A tecnologia pode ser uma forma de servir um modelo de assistência social, onde o lucro de quem controla as instalações, mas poucas pessoas se beneficiam. Em particular em casos que são orientados a patologias com prevalência muito baixa ou a tecnologias com poucos resultados de saúde, mas apresentando preços muito altos, como às vezes acontece com os medicamentos (URUGUAY, 2020).

Por outro lado, o uso de tecnologias inovadoras pode ser um instrumento poderoso (nunca o único), para expandir um modelo de atenção integral, para desenvolver estratégias de prevenção e promoção, para aumentar a capacidade de resolução do primeiro nível de atenção e conseguir uma articulação mais eficiente com o segundo e terceiro nível (URUGUAY, 2020).

6.7 Insumos

Com o decorrer dos anos com o novo modelo de saúde a partir de 2007, houve um acréscimo de interesse na implantação de várias estratégias ligadas aos insumos, como a centralização de aquisição de contratos públicos, diversificação das modalidades de compras de vacinas, evidências científicas para a tomada de decisão no âmbito de um amplo consenso e criação de mecanismos alternativos para o financiamento de medicamentos de alto custo, e o convênio de ações com outros países da região (URUGUAY, 2013).

Segundo Giovanella, sobre insumos, a autora indica que:

Os insumos são todos os tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde. Incluem equipamentos, medicamentos e suprimentos para exames diagnósticos. A maioria dos sistemas de saúde tem pouca interferência sobre a produção de insumos, em geral sob controle de indústrias multinacionais privadas, o que faz desta uma área de muitos conflitos. A indústria tem interesse em vender cada vez mais produtos, nem sempre de eficácia comprovada, e usa os

profissionais como intermediários privilegiados para isso (GIOVANELLA 2012. p,105).

Ainda sobre a regulação desses processos, a autora indica que em países com sistemas mais desenvolvidos e avançados possuem uma regulação mais rígida em relação às utilizações dos insumos na saúde. Adota-se protocolos que limitam o uso indiscriminado de procedimentos na saúde, dessa forma têm um maior controle na distribuição dos insumos para o sistema de saúde da população.

O Programa de uso compassivo é uma autorização emitida pela agência reguladora para que a indústria execute determinado programa assistencial, fornecendo medicamentos novos, promissores e ainda sem registros na Agência. O programa também permite que a empresa seja autorizada a importar medicamentos não registrados no país, que tratam doenças raras e graves (URUGUAI, 2021).

Medicamentos, vacinas e vários dispositivos médicos são insuficientes transcendentais no processo de cuidado e apresentam um impacto perceptível no financiamento do sistema. Portanto, desde o início da reforma, no âmbito do fortalecimento da liderança do MSP, foram estabelecidas as diretrizes e procedimentos gerais para garantir sua disponibilidade e financiamento para incorporação ao SNIS (URUGUAI,2013, p. 5).

O Acesso Expandido é um programa de disponibilização de medicamentos novos em estudo clínico em fase III, que ainda não tem registro na agência reguladora ou não é disponível comercialmente no país. Esta modalidade é voltada para o grupo de pacientes portadores de doenças debilitantes graves que ameacem a vida sem alternativa terapêutica satisfatória (URUGUAI, 2021).

Para estes dois tipos de programas no âmbito farmacêutico, atualmente no Uruguai dispõem de ambos.

Em relação a comercialização de insumos na saúde na categoria de medicamentos e produtos médicos, Mosegui e Antoñanzas em seu artigo sobre a “Normatização de programas de acesso expandido e uso compassivo de medicamentos na América do Sul”, comentam que:

O Uruguai comercializa somente medicamentos e produtos médicos importados que estejam registrados. Excepcionalmente, o Ministério da Saúde pode autorizar um paciente, com uma prescrição específica, sob responsabilidade de um médico, a importar um

produto não registrado, quando não haja similar terapêutico circulando no mercado uruguaio. A instrução 13 221-008, de 2013, faz menção ao uso compassivo no regulamento de Ensaio Clínicos Controlados do Mercosul de 1996, ao citar estudos de fase I, que devem ser realizados em voluntários sãos, com algumas exceções. Tais exceções talvez sejam pacientes doentes, em uso compassivo de medicamentos. Há uma nota de 2013 na legislação uruguaia que menciona o uso estendido na definição de farmacovigilância, retirada de um documento do Mercosul (MOSEGUI; ANTOÑANZAS, 2019, p.4).

Discutindo um pouco mais sobre insumos na saúde, é importante destacar o processo da biotecnologia nos países, da qual tem importante papel para a atualização de tratamentos e melhoria da população.

A biotecnologia é uma área que visa desenvolver produtos e processos biológicos com a ajuda da ciência e da tecnologia. A Organização das Nações Unidas (ONU), classifica como “qualquer aplicação tecnológica que utiliza sistemas biológicos, organismos vivos, ou seres derivados, para fabricar ou modificar produtos ou processos para utilização específica” (ONU, p.7, 2012).

Para Monseguí et al (2020);

As primeiras empresas de biotecnologia no Uruguai surgiram nos anos 80, a partir de um programa público no qual cientistas e empreendedores realizaram micropropagação de culturas, inoculantes, reagentes e desenvolvimento de algumas drogas e reagentes recombinantes (BISANG; CAMPI; CESA, 2009). Em 2010, foi aprovado o Plano Estratégico de Ciência, Tecnologia e Inovação (PENCTI), que considerou a biotecnologia como uma das áreas prioritárias e promoveu o setor por meio de metas a serem concretizadas até 2020 (URUGUAY, 2012, p. 9).

No quadro a seguir, apresenta-se de forma adaptada à situação do Uruguai quanto às características das políticas de promoção em relação à política industrial, às parcerias de desenvolvimento produtivo e às políticas nacionais sobre os insumos em saúde.

País	Política industrial (PI) para o desenvolvimento de biológicos	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)	Políticas Nacionais de Medicamentos Biológicos (PNMB)
Uruguai	Predomínio de indústrias multinacionais, com um crescimento da produção	Incentivo ao desenvolvimento produtivo local por	Preocupação com acesso a medicamentos,

	nacional	meio de um plano estratégico	principalmente de alto custo
--	----------	------------------------------	------------------------------

Fonte: adaptação de Monseguí; Catão; Vianna, 2020.

Segundo Cechinel-Zanchett (2016, p.13), no Uruguai não foi identificada uma legislação específica para os medicamentos fitoterápicos. As ervas medicinais são definidas como plantas de uso popular no país, para utilização e comercialização localos produtos devem possuir em sua embalagem o nome popular e/ou científico, seu uso e indicações.

Ainda segundo dados do artigo da autora, com base em informações no estudo de Morale et.al , sobre a avaliação das interações farmacológicas das ervas medicinais no Uruguai, o estudo aponta que:

O uso de plantas medicinais faz parte de uma pequena categoria no país, representando cerca de 5% dos valores de vendas. Embora haja uma crescente tendência ao estilo de vida saudável e consumo de produtos naturais, os consumidores possuem certa desconfiança em relação à eficácia. (MORALE et al 2012, p. 6-21) *apud* ZANCHETT, 2016, p.12).

Sobre a preservação do conhecimento popular de plantas medicinais e fitoterápicos na região uruguaia, Zanchett (2016) em seu artigo denominado “Legislação e controle de qualidade de medicamentos fitoterápicos nos países do Mercosul”, cita:

Infelizmente, poucas pessoas possuem amplo conhecimento sobre as plantas medicinais, sendo importante preservar os conhecimentos culturais e o registro das informações sobre espécies que poderiam ser relevantes para o desenvolvimento de novos medicamentos (ZANCHETT, 2016, p.13).

6.8 Organização e Gestão

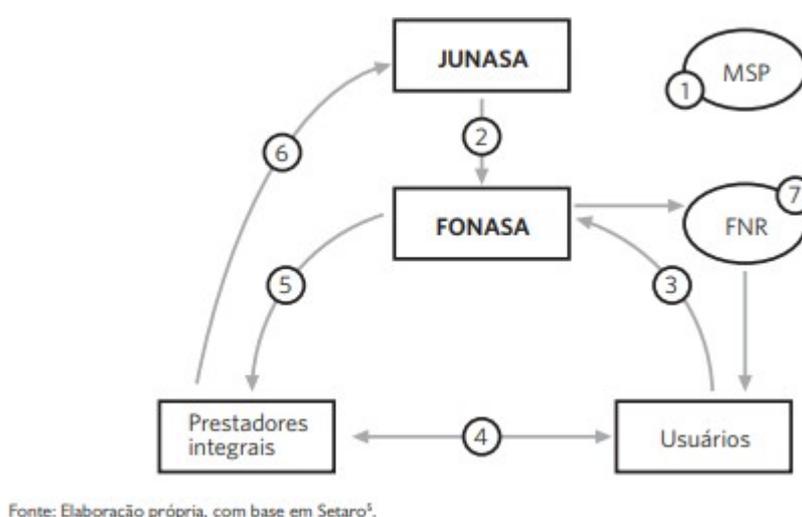
O Sistema Único de Saúde (SNIS) é coordenado em primeira instância pelo Ministério da Saúde Pública, que, segundo Rios (2013) citando a Lei 18.211/2007, tem as funções de, entre outras questões:

- Preparar as políticas e regulamentos;
- Registrar e capacitar os prestadores de serviços de saúde abrangentes que compõem o SNIS e os prestadores parciais com os quais contratar, através da JUNASA.
- Controlar a gestão sanitária, contábil e econômico-financeira de entidades;

- Aprovar programas abrangentes de benefícios de saúde que os provedores públicos e privados devem fornecer aos seus usuários que compõem o SNIS;
- Implementar e atualizar o Sistema Nacional de Informação e Vigilância Sanitária.
- Regular e desenvolver tecnologia médica e políticas de medicamentos;
- Desenhar uma política de promoção da saúde que será desenvolvida de acordo com os programas cujas ações vão realizar os serviços de saúde pública e privada.
- Promover a articulação com outros órgãos competentes.

Abaixo do Ministério está a JUNASA - Junta Nacional de Saúde – criada pela Lei 18.211/2007, composta por representantes do Ministério da Economia e Finanças (MEF), Banco de Previdência Social (BPS), usuários, trabalhadores e prestadores do sistema de saúde, e presidida pelo Ministério da Saúde Pública, com a função de administrar a contratação e pagamento de prestadores públicos e privados (VAITSMAN; RIBEIRO; MOTTA, 2019).

Figura 2: Relações Básicas de Condução do Sistema



Fonte: Vaitsman; Ribeiro; Motta, 2019.

A JUNASA administra a receita da FONASA, pagando os serviços prestados

pelo setor privado e pelo setor público.

Há, portanto, uma composição de um setor público e um setor privado. O setor público é composto por: Ministério de Saúde Pública (MPS); o Banco de Previsão Social (BPS); A Universidade De La República (através do Hospital de Clínicas); Ministério de Defesa Nacional e do Interior (Serviços de forças armadas e serviços policiais); Intendências Municipais; Banco de Seguros do Estado; e serviços de saúde de outras entidades públicas (SNIS, 2006).

O MSP tem a função reguladora do sistema de saúde no Uruguai, compartilhado com outros órgãos do Estado e, principalmente, com o Ministério da Economia. A APS é o primeiro nível de atenção descrito pelo SNIS e abrange um conjunto articulado de ações dirigidas às pessoas, famílias, comunidades, a promoção da saúde e prevenção de doenças (SNIS, 2006).

O principal prestador de serviços públicos é a Administração Estatal de Serviços de Saúde (ASSE), que dispõe de uma rede de estabelecimentos com cobertura nacional que atende cerca de 37% da população, basicamente pessoas com recursos limitados sem cobertura de segurança social. A Universidade da República, que dispõe de serviços nos três níveis de atenção do Hospital das Clínicas, apoia a ASSE nessa tarefa organizacional. As intervenções de alta complexidade e alto custo são realizadas nos Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que são hospitais ou clínicas especializadas que podem ser públicas ou privadas (ARAN; LACA, p.05, 2013).

Sobre a prestação de serviços privados, observa-se que:

A Prestação de serviços privados é dominada pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), que são associações profissionais privadas sem fins lucrativos que oferecem atendimento integral a 56% dos uruguaios, beneficiários da previdência social. A maioria dessas instituições possui unidades próprias de atendimento. Essas instituições também atuam como seguro voluntário para a população habilitada para o tipo de pagamento. Os IAMC estão agrupados em associações de estabelecimentos de saúde do setor privado sem fins lucrativos, como a Federação Médica do Interior (FEMI), a União da Sociedade Mútua do Uruguai (UMU) e o Plenário do IAMC (ARAN; LACA, p.05, 2013).

Ainda segundo o Sistema Nacional e Integral de Saúde (2006), o segundo nível está organizado para a atenção médica em regime hospitalar contínuo ou parcial, de diversos níveis de complexidade, onde inclui especialidades clínicas, cirúrgicas e odontológicas. O Setor privado é composto por Instituições de

Assistência médica coletiva (IAMC), instituições de Assistência Médica Particular que são empresas sem fins lucrativos; Institutos de medicina altamente especializada (IMAE) que são as empresas públicas ou privadas que realizam alguns procedimentos pagos.

Segundo Castiglioni:

O governo uruguaio em 2007 conseguiu aprovar a lei para a Descentralização da Administração dos Serviços em Saúde do Estado (ASSE) do Ministério da Saúde, com isso, criou-se o Fundo Nacional de Saúde (FONASA), dessa forma ficou centralizado as contribuições dos trabalhadores públicos e privados do país, e se estabeleceu o Seguro Nacional de Saúde (SNS) e a Junta Nacional de Saúde (JUNASA). (CASTIGLIONI. 2010. p,7)

. Ainda segundo a autora, nesse novo modelo, recentemente formado, pode-se optar entre o chamado mutual privado ou o sistema de salud pública e a contribuição para o sistema de saúde é feita de acordo com a renda dos trabalhadores, sua capacidade de pagamento e estrutura familiar.

Vaitsman, Ribeiro e Motta (2019, p557) enxergam a organização do Sistema em dois circuitos integrados, conforme figura 2, o maior é o que integra a JUNASA, FONASA e os dois grandes prestadores, ASSE e IAMC. O segundo circuito integra a JUNASA, FONASA e o Fundo Nacional de Recursos (FNR), criado na década de 1980, que “administra o financiamento para acesso a benefícios de baixa prevalência e alto custo para todos os habitantes do país.”

A Reforma também propôs um padrão mínimo de integralidade que deve ser cumprido por todos os prestadores, e de forma universal a todos os cidadãos, atendendo ao criado Plano Integral de Atendimento à Saúde PIAS, uma listagem de benefícios e de atendimentos, que integra tanto os serviços prestados pela ASSE e IAMC quanto os serviços financiados pela FNR. Apesar desse esforço e da ampliação de cobertura do SNIS, em relação ao período anterior à reforma, uma questão preocupante é a avaliação de que a prestação de serviços pelos provedores privados é de melhor qualidade que a dos prestadores públicos. A reforma também vem reduzindo os copagamentos, que haviam crescido ao ponto de restringer acesso desde a década de 1990 (VAITSMAN; RIBEIRO; MOTTA, 2019).

6.9 Tipificação do Sistema de Saúde Uruguaio

Se compararmos com a tipologia clássica europeia, o Uruguai tende a tipologia de **Assistência Social**, como já foi supracitado ao longo do estudo, por apresentar uma oferta específica para a população sem capacidade de contribuição ou pagamento (GIOVANELLA; LOBATO, 2012). Contudo, não responde ao perfil clássico deste modelo, já que integra a atenção aos mais vulneráveis com oferta aos contribuintes, definindo vários formatos de oferta do serviço de saúde em um único sistema, o que Almeida (2012) apresenta como um perfil de Sistema Segmentado, com ofertas distintas para segmentos populacionais distintos.

Porém, ao compararmos o SNIS ao debate de Sistemas Híbridos (VAITSMAN; RIBEIRO; MOTTA, 2019), aproximando assim da tipologia ocidental, com exceção ao modelo Norte Americano, observamos que o Uruguai participa do sistema “misto”, onde a integração de diferentes ofertas de um mesmo serviço partindo tanto de uma instância pública, quanto privada, cabendo assim o usuário ter livre escolha para o atendimento desejado, ao mesmo tempo em que o desenho atual representou uma construção incremental.

Se compararmos o desenho do sistema com a proposta de **Cobertura Universal da Saúde - CUS** (OMS, 2010; NORONHA, 2013; GIOVANELLA et. al., 2018), o sistema também não se adequa, considerando que no CUS uma característica marcante é a integração do chamado “pool” de financiamento que inclui seguro social, o recurso público e os sistemas privados de pré-pagamento, sob regulação do Estado. No SNIS, o Estado é gestor, regulador e financiador (através da FONASA), sendo o setor privado, vinculado às Instituições de Assistência Médica Coletiva – IAMC, vendedor de serviços ao governo, via FONASA. Contudo, o peso e a força da prestação de serviços via IAMC, institucionalizado no desenho do sistema, trazem a preocupação de que a concorrência com o setor privado aproxime o sistema de um desenho nos moldes do CUS, refém do interesse do setor econômico de prestação de serviços de saúde.

Um grande marco para o SNIS foi a inclusão da participação social dos usuários, sendo essa heterogênea, apresentando diferentes graus de formalização entre eles. Há participação de atores sociais em áreas específicas da política de saúde por meio de diversas comissões (BUGLIOLI, et.al, 2019).

O desafio de fortalecer e consolidar a governança e a gestão da saúde, que é um dos principais fatores para se avançar em um círculo virtuoso entre os níveis de decisão macro, médio e micro, bem como nas intervenções e respostas dos diversos atores às novas necessidades em saúde (BUGLIOLI, et.al, 2019).

7 CONCLUSÃO

Conhecer um sistema de saúde de um país, construído historicamente e pautado nos valores e cultura dos povos que compõem este país, não é simples. Por mais que os textos acadêmicos tragam aspectos do cotidiano pontuados pela análise teórica, a realidade não está contida no papel, ou mesmo em vídeos. Este estudo, portanto, buscou se aproximar do entendimento mais geral da tendência do desenho sistema de saúde no Uruguai. Para onde ele caminha? Para o mercado ou para o direito à saúde?

É nítido que a Reforma de 2007 do Sistema de Saúde no Uruguai foi um avanço com vários níveis de mudanças positivas para o país. Passando a desenvolver um sistema híbrido de saúde com novos modelos propostos para o financiamento, gestão e a assistência dos uruguaios. A adesão dessa forma de sistema atendeu todos os prestadores de serviços de forma satisfatória, uma vez que nenhum setor foi excluído, mas sim havendo uma junção de tudo que se tinha de forma isolada transferindo para um único sistema de gestão e organização.

Percebe-se com o decorrer da literatura que uma das estratégias priorizadas foram os aspectos da APS, tentando priorizar uma abrangência de assistência a população, desenvolvendo a promoção da saúde e os cuidados no primeiro nível de atenção. Também é perceptível que a reforma na saúde trouxe como positiva consequência o crescimento de estudos e pesquisas em saúde pública do país, onde observa-se uma lacuna de literatura sobre os sistemas uruguaios anteriores a reforma de 2007, principalmente com temáticas de gestão e tecnologias da saúde no país.

Observa-se que apesar de ser um país onde possui uma população relativamente pequena, com um IDH desenvolvido, entre os melhores da América Latina, com baixa taxa de desemprego, os processos de eficácia e eficiência na saúde ainda precisam ser significativamente ajustados.

Conclui-se que é possível, portanto, se houver necessidade de um rótulo, identificar o SNIS uruguaio como um sistema híbrido segmentado. E, embora o desenho de sistemas de saúde seja um debate em aberto, sempre pautado pelas disputas na sociedade, um dos pontos primordiais quando pensamos em sistema de saúde abrangente é a equidade, onde a oferta é realizada de acordo com as

necessidades do indivíduo, tornando assim um grande desafio de ser alcançado peloSNIS, onde a equidade está ocupada pela solidariedade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Reformas de Sistemas de Saúde. Em: GIOVANELLA, L. et al.orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz,2012. p. 25-1100.
- ANTÍA, F.; CASTLE, M.; FONTES, G.; MIDAGLIA . A renovação do sistema de proteção uruguaio. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideo, v. 22, n. 2, p. 145-185, 13 nov. 2018..
- ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica de Mexico*, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 265–274, 2011.
- BÁSCOLO E, HOUGHTON N, DEL RIEGO A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 42, 2018.
- BUGLIOLI M, DEAN A, ESPONDA F, et al. **El pago de los servicios de salud por parte del Seguro Nacional de Salud**. 2010. Disponível em: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma.pdf. Acesso em: 09 Dez. 2021
- CASTELLANO, ERNESTO. Uruguay: Um Caso de Bienestar de Partidos.**Revista Uruguaya de Ciencia Política**, cidade, n.9, p.112-113, 1996.
- CASTIGLIONI, R. **The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment Versus Maintenance 1973-1998**. [S. l.]: Routledge, 2005. p, 23-87.
- CECHINEL, A.; FONTANA, S. A. P.,; GIUSTINA K. P. D. ; PEREIRA, A. S. ; PRADO, S. S. Estudo/Análise Documental: Uma revisão Teórica e Metodológica. **Criar Educação**, Criciúma, v. 5, nº1, 2016.
- CONILL, E. M.; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife , nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2020.
- CUNHA, C. L. F. ; CARNUT, L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 7, p. 1478-1479, Jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Mar. 2021.
- FUENTES, G. , El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. **Rev. Urug. Cienc. Polít.**, Montevideo, v. 19, n. 1, p. 119-142, jan 201. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2010000100005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2021.

GERHARDT, T. E.; *et al.* **Estrutura do projeto de pesquisa**. Métodos de pesquisa 1.ed. Porto Alegre: [S. n.], 2009. p. 65-88. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/378720552/Metodos-de-Pesquisa-Gerhardt-e-Silveira-2009-UFRGS> . Acesso em: 31 jan. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: www.fc.unesp.br/Home/helber-freitas/tcci/gil_como_elaborar_projetos_de_pesquisa_-anto.pdf. Acesso em: 31 jan. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GIOVANELLA, LIGIA et al. Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p, 2-28, 2021.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F.D. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33,supl. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2021.

GIOVANELLA, L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June, 2018.

GHIGLIA, M. M. C.. Prontuário eletrônico: ferramenta para continuidade do atendimento. **Reverendo Méd. Urug.**, Montevideu , v. 35, n. 3, p. 107-123, setembro. 2019. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902019000300107&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2021

HARISPE, E.; CAVALLERI, F. ; LEON, I. Atividades profissionais de enfermagem no primeiro nível de equipes de atendimento no Uruguai. **Reverendo Méd. Urug.**, Montevideu , v. 36, n. 1, p. 44-64, março de 2020 . Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000100044&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 25 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (Uruguai). **Página inicial**. Montevideu: INE, 2021. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy>. Acesso em 10 mar. 2021.

MAGLUTA, Cynthia. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Riode Janeiro , v. 29, n. 9, p. 1912-1913, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900030&lng=en&nrm=iso. Acesso em :20 Mar. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social**. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREALE, Jorge; GONZÁLEZ, T.; GIMÉNEZ, A.; ALFONSO, M. C. Evaluación de las interacciones farmacológicas de las hierbas medicinales en Uruguay.

Biomedicina, Montevideu v. 7, n. 3, p. 6-21, 2012. Disponível em:

https://docplayer.es/3199811-Evaluacion-de-las-interacciones-farmacologicas-de-las-hierbas-medicinales-en-uruguay.html#tab_1_1_2. Acesso em: 30 maio 2021.

MOSEGUI GBG, ANTONANZAS F. Normatização de programas de acesso expandido e uso compassivo de medicamentos na América do Sul. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 43, p.43-57, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.57>. Acesso em: 30 abr. 2021

NORONHA, JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, May, 2013.

OLESKER D, GONZÁLEZ T. **La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud**. Montevideo,Uruguay. Ministerio de Salud Pública, 2005- 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Renovação da Atenção Primária nas Américas. Documento de posicionamento. Washington: Panamerican Health Organization, PAHO/WHO, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report**. Geneva: OMS, 2017.

OBSERVATÓRIO IBERO-AMERICANO DE POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE. **Página inicial**. [Rio de Janeiro: Fiocruz], 2020. Disponível em: oiapss.iciict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2. Acesso em jun. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Legislación sobreantibióticos en América Latina**. Washington D.C: OPAS, 2004. Disponível em:

<https://www.paho.org/es/documentos/legislacion-sobre-antibioticos-america-latina-2004>. Acesso em: 30 mar. 2021.

PEREIRA, A. M. M et al . Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, 2012.

RODRÍGUEZ A.M “Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud”. Montevideo: Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. 2011. Acessado em 23 de jul. de 2021.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2829-2840, 2011.

SELANES, R. Análisis y perspectivsa del processo de reforma del sistema nacional integrado de salud em Uruguay, com ênfasis em el financiamento de los

prestadores. **Universidad de la republica**, Uruguai. p, 9-150, 2009.

SENGUPTA, A. Universal Health Coverage: Beyond rhetoric. **Occasional Paper**, Ontário, n. 20, 2013.

URUGUAY, Gabinete Productivo. **Plan Sectorial Biotecnología**. Montevideu, Gaibinete Productivo, 2012. Disponível em:
https://www.miem.gub.uy/sites/default/files/plan_sectorial_biotecnologia.pdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal**. São Paulo, USP, Disponível em:
<https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth>. Acesso em: 10 de fev. 2021.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; MOTTA, J. I. J (orgs). **Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade**. Rio de Janeiro: Cebes, 2019. v132 660 p.

YACOBASSO, G.J. E ; RODRIGUEZ, M. J. V.; Prontuário eletrônico: confidencialidade e privacidade dos dados clínicos. **Reverendo Méd. Urug.**, Montevideu, v. 34, n. 4, p.102-119, dez. 2018. Disponível em:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902018000400102&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2021.