Mirador

DESCA

INFORME

#01

Derecho a la salud

MIRADOR DESCA

Este informe forma parte de una serie de publicaciones digitales del Mirador DESCA y fue realizado por Manuela Abrahan, Magdalena Gutiérrez y Margarita Navarrete, del Área de Estudios, de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), y por Sharon Katzkowicz, Gustavo Méndez y Jimena Pandolfi, de la Unidad de Métodos y Acceso a Datos (UMAD) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

miradordesca.uy

I. Introducción

Cada 10 de diciembre se celebra en todo el mundo el Día de los Derechos Humanos cuya Declaración Universal fue aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Por segundo año consecutivo, la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 y su impacto sobre los derechos humanos merecen este 10 de diciembre una mención especial. Por esta razón, el Informe #1 de la serie Mirador DESCA publicado en el marco de la conmemoración del Día de los Derechos Humanos, está dedicado al derecho a la salud que ha estado en el centro del debate público y de las preocupaciones del Estado, las organizaciones sociales, la academia, los organismos internacionales y la sociedad toda.

El Mirador DESCA es un proyecto conjunto del Área de Estudios de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y la Unidad de Métodos y Acceso a Datos (UMAD) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (FCS-UDELAR). El objetivo del Mirador DESCA es presentar información sobre los compromisos asumidos por Uruguay en materia de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) y hacer un seguimiento de los avances y brechas respecto a poblaciones vulnerables.

En este primer documento se aborda en forma específica la normativa relevante, las principales instituciones y algunos datos clave para contextualizar la realización del derecho a la salud en Uruguay. Se aborda brevemente la crisis sanitaria y sus impactos sobre algunas poblaciones, así como el efecto de las medidas dispuestas para mitigarla.

II. Los DESCA

Los DESCA reúnen los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el ámbito del sistema universal de protección de derechos (ONU, Consejo de Derechos Humanos y comités especializados), junto con los derechos ambientales, que se agregan en el ámbito del sistema regional de protección de los derechos humanos (OEA, CIDH, Corte IDH, Relatoría DESCA). Este reconocimiento supone abordar los derechos humanos en el marco del compromiso con las generaciones futuras y la protección del ambiente para garantizar su sostenibilidad.

En Uruguay los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales se introdujeron en la Constitución de 1934. Como describe Gros Espiell (2003), "Las Constituciones anteriores, siguiendo la tradición constitucional del liberalismo, se habían limitado a declarar el deber del Estado de proteger ciertos derechos innatos del individuo, como la libertad, la igualdad, etcétera. La Carta del 34, aparte de ciertas ampliaciones de los textos anteriores, e inspirándose en las Constituciones de la postguerra europea, incluyó un conjunto de normas que reconocen derechos de contenido económico y social, respecto de los cuales el Estado no asume ya una actitud pasiva –reconociendo al individuo solo una facultad de hacer–, sino que, por el contrario, declara derechos que implican para el Estado el deber de brindar o de dar a los individuos determinado apoyo económico o social, definiendo también la actitud que el Estado debe asumir frente a la familia, la maternidad, la enseñanza, el trabajo, la vivienda, el derecho obrero, la propiedad intelectual, la riqueza artística e histórica del país, los monopolios, los sindicatos, la huelga y los funcionarios públicos" [1]. La mayoría de estos derechos se mantuvieron en la Constitución de 1967 actualmente vigente, que incorporó algunos agregados de las constituciones de 1942 y 1952. En general se mantuvieron las redacciones anteriores, y su interpretación literal es en varios casos contradictoria con el dinamismo del derecho internacional en materia de derechos humanos. Por ello mismo requieren técnicas de armonización y ponderación para su aplicación jurídica (Risso Ferrand: 2017) [2]. El marco normativo de los derechos humanos seleccionados en el desarrollo del Mirador DESCA integra los derechos del llamado bloque de constitucionalidad, así como su desarrollo legislativo.

III. Derecho a la salud

El derecho a la salud fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en 1966. El artículo 12 del PIDESC instituye "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó en mayo de 2000 la Observación General 14 sobre el derecho a la salud. Las observaciones generales sirven para aclarar la naturaleza y el contenido de los derechos individuales y las obligaciones de los Estados parte (o sea, de aquellos que han ratificado los instrumentos correspondientes).

El reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano no quiere decir que el Estado pueda atender todas las causas de la mala salud de las personas, pues algunas están fuera de su alcance. Debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud [3]. En relación con las limitaciones a la libertad individual que están permitidas para proteger el derecho a la salud de la población, tema central en la era COVID-19 a la hora de evaluar la acción estatal y la protección de los derechos humanos, el Comité entiende que estas deberán ser proporcionales a la gravedad de la situación y ser las menos restrictivas de las limitaciones previstas y su duración deberá estar acotada y sujeta a revisión.

Una mirada completa al derecho a la salud debe incluir no solo una revisión de la normativa que lo regula y los indicadores de resultados de realización del derecho, sino también aspectos como la revisión del esfuerzo fiscal, las condiciones institucionales, y la participación y empoderamiento de la población.

IV. Principal normativa del derecho a la salud[1]

Las bases normativas del derecho a la salud en Uruguay se componen de las obligaciones que el Estado va asumiendo a medida que ratifica legalmente los instrumentos del sistema internacional de derechos humanos, las normas contenidas en la Constitución de la República y las leyes nacionales vigentes.

Normativa internacional

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 consagra el derecho a la salud en el artículo 25 y la Declaración Americana de Derechos Humanos hace lo propio en 1966 en el artículo 11. Ese mismo año, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce en el artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El desarrollo más detallado del derecho a la salud a nivel universal se debe al trabajo del Comité DESC y sus Observaciones Generales 14 y 22 y a nivel interamericano al artículo 10 del Protocolo de San Salvador. Ambos brindan un marco conceptual, dimensiones y parámetros que deben ser considerados por los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones, siendo una orientación fundamental para la elaboración de normas y políticas públicas, así como para las instituciones y organizaciones que se dedican al monitoreo del derecho a la salud. A estos instrumentos generales se han ido incorporando otros, tanto en el sistema universal como en el interamericano, con disposiciones vinculadas al derecho a la salud que apuntan a la situación de poblaciones vulnerables como las mujeres (1979 a nivel universal y 1994 a nivel interamericano), los niños, niñas y adolescentes (1989), las personas con discapacidad (2006) o las personas adultas mayores (1991 a nivel universal y 2015 a nivel interamericano) y a situaciones de vulnerabilidad a las que estamos expuestas todas las personas, como la discriminación étnico-racial (1965), la migración (1990) o la privación de libertad (1984, 2002 y 2015 a nivel universal, y 2008 a nivel interamericano).

Paralelamente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) avanzó en la elaboración de convenios que buscan que los países aprueben leyes para proteger los derechos vinculados a la salud de las personas en los ámbitos laborales. Entre otras, se destacan: en 1969 el Convenio 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, en 1974 el Convenio 139 sobre el cáncer profesional, en 1977 el Convenio 148 sobre el medio ambiente de trabajo

1. Por más detalles de la normativa referente al derecho a la salud, ver miradordesca.uy

(contaminación del aire, ruido y vibraciones), en 1981 el Convenio 155 sobre seguridad social y salud de los trabajadores, en 1985 el Convenio 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, en 1988 el Convenio 167 sobre seguridad y salud en la construcción, en 1995 el Convenio 176 sobre seguridad y salud en las minas y en 2001 el Convenio 184 sobre la seguridad y la salud en la agricultura.

Normativa nacional

La Constitución de la República incorporó ya en 1918 el artículo que habilitaría que los derechos reconocidos en los tratados de derechos humanos ratificados por el Estado uruguayo se incorporaran con jerarquía constitucional al ordenamiento jurídico nacional. La lista de derechos y sus dimensiones adquirieron así un estatus dinámico. En 1944 se fortalece esta noción con la incorporación del artículo 332, que establece que la ausencia de reglamentación de los derechos fundamentales no exime al Estado de la obligación de garantizarlos.[2]

2. Desde la Constitución de 1830 y con sucesivas reformulaciones, se establece que los "habitantes" –en las primeras versiones "del Estado", actualmente "de la República"–"tienen derecho" a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad, y se establece que solo el interés general puede limitar este derecho.

En la Constitución de 1934 se incorpora el artículo 44, que establece la obligación del Estado de proveer gratuitamente prestaciones de salud a las personas carentes de recursos o con recursos insuficientes. La reforma constitucional de 1996 incluye el derecho al agua y el saneamiento en el artículo 47. Se establece que el agua es un recurso natural esencial para la vida y que el acceso al agua potable y al saneamiento constituyen derechos humanos fundamentales. Asimismo, se declara como principio que la prestación del servicio de agua potable y saneamiento deberá hacerse anteponiendo las razones de orden social a las de orden económico y, por tanto, el Estado será el prestador exclusivo.

El marco legal del derecho a la salud comienza a plasmarse tempranamente en Uruguay; primero con la ley 3724, promulgada el 7 de noviembre de 1910, por la que se crea la Asistencia Pública Nacional, que representó un importante hito en el derecho a la asistencia sanitaria de las personas más vulnerables. Hasta entonces, la protección social y la atención sanitaria de los sectores más vulnerables era provista mayoritariamente por instituciones caritativas, como, por ejemplo, la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, creada en 1889. En 1932 se aprobó la Ley 9202 de Salud Pública, que sigue vigente y está centrada

en el rol del Ministerio de Salud Pública como organismo rector de las políticas de salud, la regulación de las profesiones médicas y de todas las actividades vinculadas a la salud. Esta norma, hija de su tiempo, impone a las personas obligaciones con respecto a la salud, pero en su artículo 10 establece que el Ministerio velará por el cumplimiento de los compromisos que emanen de los acuerdos internacionales, una norma muy antigua y acorde con el enfoque de la salud pública que primaba en nuestra Constitución, y que se ha ido complementando con la aprobación de otras leyes que actualizan los compromisos internacionales y el desarrollo de los derechos humanos.

En el año 1992 se aprobó la ley 16343, que crea el Fondo Nacional de Recursos y faculta al Poder Ejecutivo a instalar y poner en funcionamiento institutos de medicina altamente especializada destinados al diagnóstico y el tratamiento de las afecciones que así lo requieran. Estos institutos están regidos por el Ministerio de Salud Pública.

En los inicios de este siglo se aprobaron leyes que priorizaron la salud de las mujeres y la salud sexual y reproductiva, fundamentalmente orientadas a la prevención de cánceres genito-mamarios (ley 17242) y al acompañamiento en el preparto, parto y nacimiento (ley 17386). Más recientemente, ese desarrollo legislativo continuó con la ley 18426 sobre Salud Sexual y Reproductiva, que establece la obligación de promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios con ese fin; la ley 18987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, que garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo con lo establecido en el capítulo I de la ley 18426. Por último, la ley 19167 de Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida por la que el Estado queda obligado a garantizar que las técnicas de reproducción humana asistida se incluyan entre las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y a promover la prevención de la infertilidad combatiendo las enfermedades que la puedan dejar como secuela, así como la incidencia de otros factores que la causen.

En cuanto al sistema de salud en general, durante 2007 y 2008 se aprobaron una serie de leyes complementarias que crean y regulan el funcionamiento del

Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)[3]. Se trata de las leyes 18131 de Creación del Fondo Nacional de Salud, 18211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, 18335 sobre Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios del Sistema de Salud. Las normas que orientan el SNIS establecen el derecho de todos los habitantes residentes en el país a la protección de la salud. Se trata de la primera norma que plantea expresamente que la salud es un derecho de las personas. Tanto la Constitución vigente como la Ley de Salud Pública tenían un enfoque higienista, que establecía obligaciones de las personas, por los riesgos que la conducta individual puede implicar para la salud pública en general.

Por último, deben mencionarse otras normas que reafirman el marco garantista e incorporan los estándares internacionales de derechos humanos en la normativa nacional:

- Ley 18250 del año 2008, que en su artículo 9 establece que una situación de irregularidad migratoria en ningún caso impedirá que la persona tenga libre acceso a los establecimientos de salud a cargo del Estado.
- Ley 18256 del año 2008, que establece la protección del derecho a un ambiente libre de humo de tabaco y su consumo, y establece como objetivo el disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Ley 18473 del año 2009, que regula la voluntad anticipada en materia de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales, y reconoce el derecho a oponerse anticipadamente a la aplicación de tratamientos que prolonguen su vida, si así lo manifiestan en forma apta, voluntaria, consciente y libre.
- Ley 19529 del año 2017 sobre salud mental, de reciente aprobación y aún en vías de implementación, que tiene como cometido garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de los usuarios de los servicios de salud mental en el marco del SNIS. Se establece que sus disposiciones son de orden público e interés social.

3. Se omite en esta sección la ley de Descentralización de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) Ley 18161. Ver en este informe la descripción de la institucionalidad del derecho a la salud.

V. Institucionalidad y políticas públicas[4]

El Ministerio de Salud Púbica (MSP) es el organismo rector en materia de salud en Uruguay. En 2007 se creó el SNIS con el objetivo de asegurar que todas las personas tengan atención en salud, sin discriminación. La ley de creación del SNIS reconoce el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país. La dirección del SNIS corresponde al MSP a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), órgano encargado de la coordinación con los diferentes prestadores de salud, que establece, entre otros aspectos, los niveles y estándares de los servicios que se deben ofrecer. La JUNASA es un órgano colegiado de siete integrantes con potestad decisoria en lo que tiene que ver con el Seguro Nacional de Salud (SNS). Está integrada por representantes del Poder Ejecutivo (dos por el MSP y uno por el Ministerio de Economía y Finanzas), otro del Banco de Previsión Social, así como un representante de los prestadores integrales de salud, instituciones de asistencia médica colectiva y seguros integrales. También la integra un representante de los trabajadores de los prestadores y un representante de los usuarios de la salud pública y privada. El SNIS se estructura en dos grandes subsistemas: el público y el privado. El principal prestador de salud del subsistema público es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), un servicio descentralizado en el ámbito del MSP (ley 18161). En el subsistema privado existen dos tipos de prestadores: las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) sin fines de lucro y los Seguros Integrales Privados. Por otra parte, el SNIS incorpora también a prestadores de salud parciales entre los cuales se destacan las Emergencias Móviles, así como otras instituciones que ofrecen atención no integral de salud.

El SNIS tiene dos fuentes principales de financiamiento: presupuesto público y el SNS, que es financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuyos principales recursos son los aportes de los trabajadores y empleadores, tanto del sector público como del privado; los aportes de pasivos y el de los seguros integrales. El Banco de Previsión Social (BPS) es el organismo recaudador y el que efectiviza el pago a las entidades prestadoras. Otra fuente de financiamiento es el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que brinda cobertura financiera universal a procedimientos de alta complejidad, a dispositivos y medicamentos de alto costo a todas las personas radicadas en el país con cobertura de salud por el SNIS. Las personas acceden a la cobertura del SNIS a través del empleo formal o la jubilación y sus hijos/as menores de 18 años y personas depen-

4. Por más detalles de la institucionalidad y las políticas públicas referidas al derecho a la salud, ver miradordesca.uy.

dientes del beneficiario/a, así como a los cónyuges y/o concubinos/as quedan amparados por esa cobertura. También acceden las personas titulares de algunos tipos de empresas. Mediante sus aportes a la seguridad social, las personas pueden optar por los servicios de ASSE o de las IAMC sin restricciones. Los Seguros Integrales Privados pueden establecer mecanismos específicos para la admisión de los usuarios, así como pagos adicionales. Quienes no accedan a los servicios de salud a través de sus aportes a la seguridad social, pueden hacerlo a la cobertura gratuita en ASSE o bien a través del pago de servicios a los prestadores privados. Las personas extranjeras no residentes tienen derecho a la atención sanitaria de emergencia, sin que sea un obstáculo estar en situación irregular. Las personas usuarias y trabajadoras de la salud participan en la estructura del SNIS; tienen representantes electos en el directorio de la JUNASA, en ASSE y en los consejos consultivos y asesores de los prestadores de salud.

Al margen del SNIS existen dos importantes prestadores de salud que brindan cobertura a militares, policías y a sus familias. En el caso del Ministerio de Defensa Nacional (MDN), la dependencia responsable es la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA). En tanto, en el Ministerio del Interior, es la Dirección Nacional de la Sanidad Policial (DNSSP).

Principales planes y programas

El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios/as todas las instituciones acreditadas como prestadores integrales del SNIS. El PIAS incluye las prestaciones y programas que todo prestador, público o privado, está obligado a brindar. El catálogo de prestaciones se actualiza periódicamente. Los prestadores deben brindar información adecuada acerca de los costos para acceder a determinados servicios; están obligados a publicar los precios de las tasas moderadoras para distintos tipos de consultas, tiques de medicamentos, técnicas de diagnóstico, tratamientos y especialidades. El sistema prevé un espectro de prestadores mixto a los que la persona usuaria asegurada puede elegir su filiación.

El MSP coordina los programas de salud colectiva, en base a metas de salud. Están organizados en áreas y programas:

Área Programática	**Programa**	**Otras**
Nutrición	Adultos mayores	Discapacidad y rehabilitación
Salud de adolescencia y juventud	Control de cáncer	Epidemiología
Enfermedades No transmisibles	Control del tabaco	
ITS-VIH/SIDA	Cuidados paliativos	
Salud mental	Salud bucal	
Salud sexual y reproductiva	Violencia basada en género y generaciones	

Participación y acceso a la justicia

El derecho a la salud en Uruguay ha avanzado en el reconocimiento universal de sus titulares, y se ha incorporado paulatinamente al SNIS a las personas y grupos por edades, ingresos u otras categorías. Este reconocimiento universal refiere a los contenidos esenciales o los rasgos principales del derecho a la salud: todas las personas deben tener cobertura de atención sanitaria, acceso a los medicamentos y tratamientos adecuados, continuos, oportunos y de calidad. El SNIS prevé varios mecanismos de participación nacional, departamental y local a través de la JUNASA, integrada por representantes de las instituciones, trabajadores y usuarios. En el contexto de la emergencia sanitaria por la COVID-19 se habilitaron mecanismos de comunicación a través de página web, redes, aplicaciones, para que los usuarios se puedan contactar. En particular, el Departamento de Atención al Usuario del MSP recibe denuncias o reclamos que no hayan sido respondidos en el centro de salud correspondiente o no satisfagan al usuario. La presentación de demandas ante el Poder Judicial por posibles daños inminentes se ha incrementado en estos últimos años. La Clínica de Litigio Estratégico de la Facultad de Derecho de la UdelaR ha patrocinado a personas de bajos recursos para presentar acciones de amparo ante el MSP o el FNR, basadas en el reconocimiento constitucional del derecho a la salud. Por esta vía judicial se lograron avances en el acceso a prestaciones. Desde el inicio de sus funciones en 2012 la INDDHH recibe consultas y denuncias sobre el derecho a la salud, en los casos en que un organismo público puede provocar, por acción u omisión, daños directos a los habitantes del país, sean personas, comunidades o grupos.

La INDDHH ha logrado a través de buenos oficios llegar a soluciones satisfactorias entre las partes denunciantes y organismos públicos, a partir de la constatación de situaciones de vulneración de derechos, sea por dificultades en la aplicación de la normativa, problemas de gestión o dificultades del Estado para cumplir con sus obligaciones (por ejemplo: acceso a la historia clínica, atención de mujeres embarazadas en el contexto de la COVID-19, atención en salud mental, situaciones de discriminación, etcétera). Las resoluciones que aprueba el Consejo Directivo de la INDDHH se encuentran en los informes anuales que se presentan periódicamente a la Asamblea General, y que están disponibles en la página web http://www.inddhh.gub.uy

VI) Esfuerzo económico

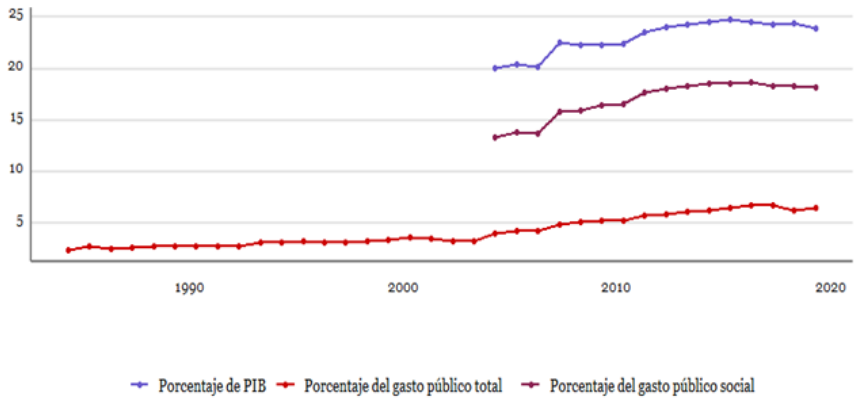
La normativa internacional y nacional sobre derechos humanos establece la obligación de la progresividad, la no regresividad y el uso máximo de los recursos disponibles. Si bien la medición de estas obligaciones desde el punto de vista estrictamente económico no es sencilla, parece razonable asumir que la evolución del gasto público debe evitar regresiones. A su vez, dado que en lo que concierne a la mayoría de los derechos la universalidad aún no está garantizada, tendencialmente el gasto debería aumentar.

El gasto público es la inversión de recursos financieros que realiza el Estado para cumplir con sus funciones esenciales, tales como ofrecer a sus ciudadanos ciertos bienes y servicios públicos. Para medir el esfuerzo económico que realiza el Estado en materia de salud, se presentan en esta sección cuatro indicadores: prioridad macroeconómica, prioridad fiscal, prioridad en el gasto público social y gasto público per cápita.

La prioridad macroeconómica mide el porcentaje que representa el gasto público en salud en relación con el Producto Interno Bruto (PIB). Este indicador permite observar la relevancia del gasto en términos del producto generado por el país, es decir, según la dimensión de su economía. La prioridad fiscal mide el peso del gasto público en salud en relación con el gasto público total, lo que refleja la prioridad asignada a la salud de acuerdo con el gasto total del Estado. El indicador de prioridad en el gasto público social refleja el peso que tiene el gasto en salud en el conjunto del esfuerzo económico que realiza el Estado en la provisión de bienestar y protección ante riesgos sociales.

En el Gráfico I es posible observar que entre 1985 y 2004 el gasto público en salud se mantuvo relativamente estable con respecto al PIB: osciló entre un mínimo de 2,4% en 1985 y un máximo de 3,6% en 2001. A partir de 2005 se ve una tendencia al aumento del porcentaje del gasto público en salud en relación con el PIB: entre 2004 y 2020 incrementó más del 100% en un contexto de crecimiento económico y de expansión del gasto público. La evolución del porcentaje del gasto público en salud en relación con el gasto público total y al gasto público social entre 2005 y 2020 pone en evidencia una pauta similar. El porcentaje del gasto en salud sobre el gasto público y el gasto público social aumentó en el período considerado, con una leve caída a partir de 2018. Estos porcentajes pasan de 13,4% a 18,2% y de 20,1% a 23,9% entre 2005 y 2020 respectivamente. En 2008 se observa un salto en ambos indicadores, que refleja un aumento del gasto público en salud sobre el gasto público total de 16% y sobre el gasto público social de 12%. Este sensible aumento está asociado a la implementación de la reforma del sistema de salud en 2007.

Gráfico I. Evolución del porcentaje del gasto público en salud en relación con el PBI, gasto público total y gasto público social.



Fuente: UMAD con base en DINEM - MIDES / MIDES-MEF-OPP

El gasto público per cápita es una medida del esfuerzo que realiza el Estado para otorgar mayor bienestar a la población y es un indicador que asume el supuesto de que el gasto se distribuye por igual entre todos los habitantes. El gasto público anual per cápita en salud aumentó 114% entre 1990 y 2000. Entre 2001 y 2004, los años de la última gran crisis económica y social que atravesó el país, se observa una disminución del gasto per cápita en salud. A partir de 2005 comienza a aumentar nuevamente de forma sostenida y marcada hasta 2018, período en el que acumuló un crecimiento de casi 300%. En 2018 el gasto anual per cápita ascendió a USD 525 [4].

VI) Resultados

Los indicadores de resultados miden los logros individuales y colectivos que reflejan el estado de disfrute de los derechos humanos por la población. Son indicadores de realización efectiva del derecho y pretenden acercarse a la evaluación de los resultados de los esfuerzos del Estado para cumplir con los compromisos asumidos.

Los DESCA son inherentes a todas las personas en virtud de su condición humana y son por definición universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. Teniendo presente las dificultades para medir su cumplimiento que se derivan del carácter interdependiente y multidimensional de los derechos humanos, en esta sección se presentan algunos indicadores de resultados del derecho a la salud con el objetivo de reflejar su evolución y algunas brechas concernientes a su realización efectiva. Visibilizar las brechas persigue el objetivo de identificar qué falta para cumplir el objetivo de que nadie quede atrás en la realización efectiva de los derechos. Los indicadores surgen de una base de datos consolidada a partir de fuentes nacionales e internacionales, que prioriza los registros periódicos del Sistema Estadístico Nacional (SEN).

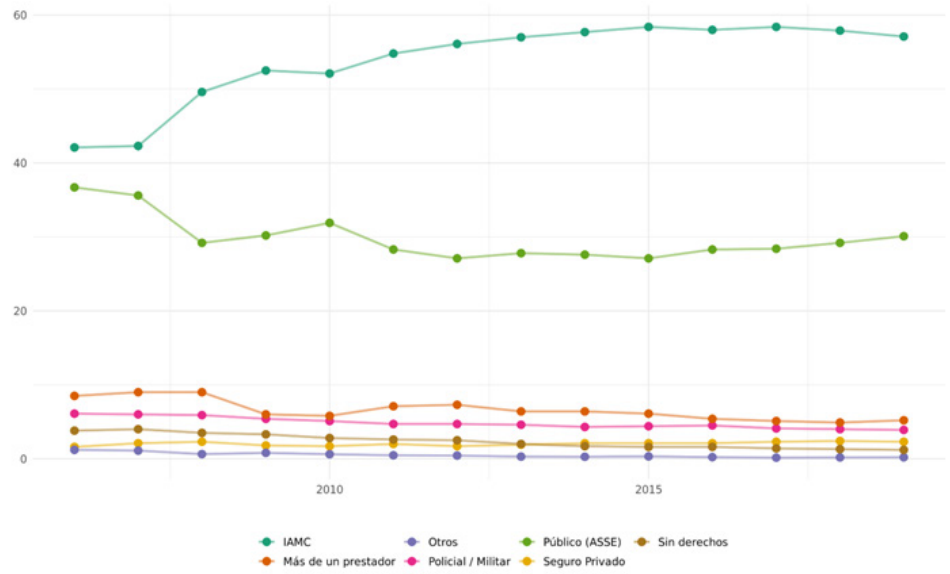
Cobertura integral de salud

Los Estados deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de salud. Estos deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación alguna. Poseer cobertura vigente en alguna institución prestadora del sistema de salud es un primer indicador de la disponibilidad y accesibilidad del derecho a la salud de la población. La cobertura de salud en Uruguay es universal, ya que quienes no acceden a la cobertura por su vínculo formal con el mercado de trabajo (o el de un familiar), pueden hacerlo a través del prestador público (ASSE). Más allá de los aspectos formales, la información proveniente de la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE), indica que casi la totalidad de la población (más del 99%) tenía en 2019 acceso a alguna institución que presta un servicio integral de salud. La gran mayoría de la población (94,9%) se encuentra comprendida en las instituciones que forman parte del SNIS y un 3,9% accede a partir de otros prestadores dependientes de la DNSFFAA o la DNSSP.

Desde la creación del SNIS en 2007 el nivel de cobertura de los distintos prestadores tuvo importantes transformaciones. En particular, se registró un significativo aumento del acceso a la salud a través de las

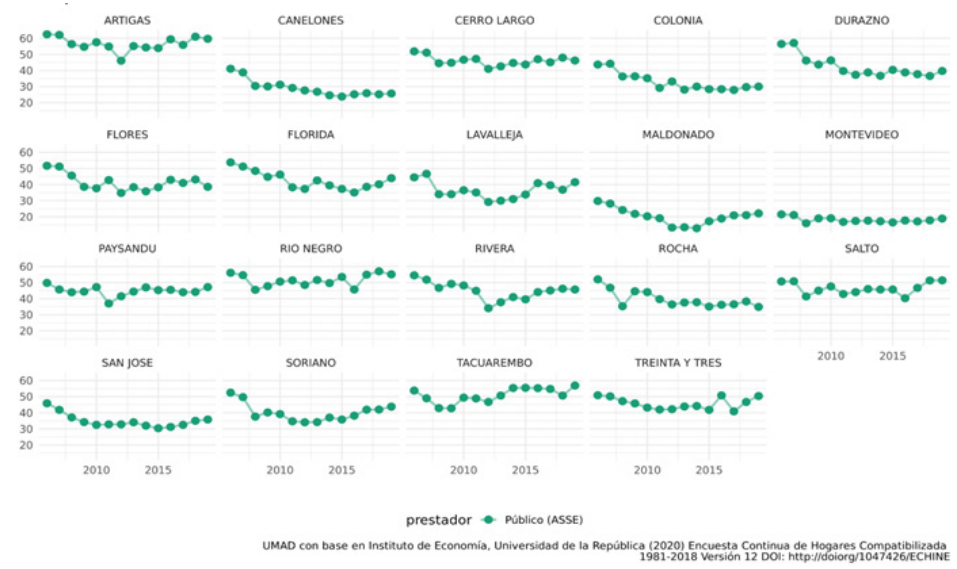
IAMC en detrimento del sistema de ASSE y los prestadores dependientes de la DNSFFAA o la DNSSP. La cobertura del SNIS y del resto de los prestadores que componen el sistema de salud presenta importantes diferencias según zonas geográficas, grupos poblacionales y niveles de ingreso de los hogares. La cobertura del sistema público de ASSE es significativamente mayor en los departamentos ubicados al norte del país que en los de la región sur (Gráfico III). Mientras que tres quintos de la población residente en Artigas se atiende en esta institución, solo lo hace un quinto de quienes viven en Montevideo. En contraposición, la cobertura de las IAMC es más extensa en los departamentos del sur del país.

Gráfico II. Porcentaje de personas según institución prestadora en la cual declaran tener cobertura vigente. Total país(2006-2019)



Fuente: UMAD con base Instituto de Economía, Universidad de la República (2020) Encuesta Continua de Hogares Compatibilizada 1981-2018 Versión 12 DOI: http://doiorg/1047426/ECHINE

Gráfico III. Porcentaje de personas cuya institución prestadora de salud es ASSE según departamento. Total país (2006-2019)



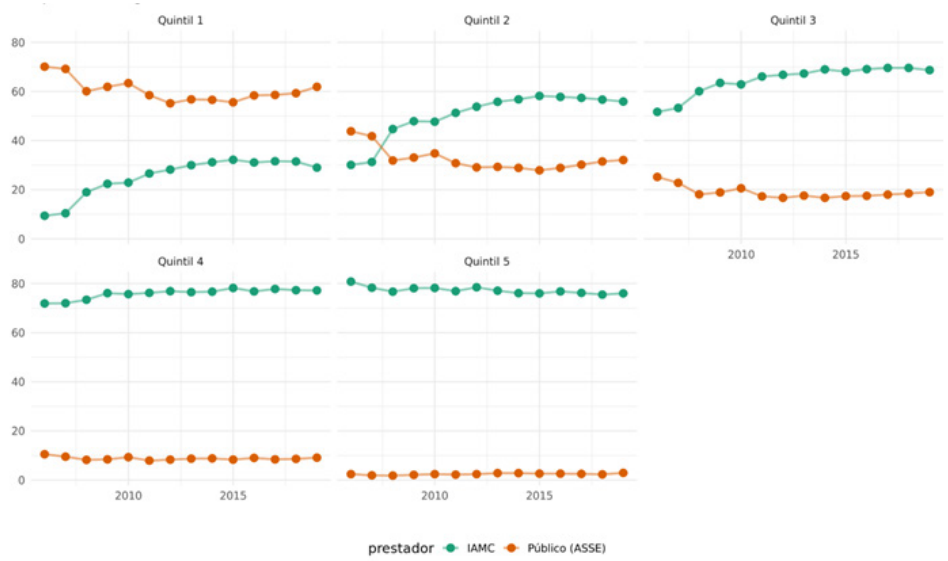
Fuente: UMAD con base en Instituto de Economía, Universidad de la República (2020) Encuesta Continua de Hogares Compatibilizada 1981-2018 Versión 12 DOI: http://doiorg/1047426/ECHINE

La distribución de personas según la institución prestadora de salud en la que se atienden y el nivel de ingresos de los hogares también se ha transformado de modo significativo a partir de la creación del SNIS. En todos los quintiles de ingresos hubo migración de ASSE a las IAMC, aunque el fenómeno fue más marcado en los sectores medios. Desde 2007 a la fecha, una importante proporción de trabajadores/as formales, con cónyuges y menores a cargo, ha accedido a la atención de salud en mutualistas. Se destaca el aumento de los usuarios de IAMC entre los menores de 18 años. La proporción de personas de esa franja

etaria en este subsistema ha aumentado más de 30 puntos porcentuales entre 2007 y 2019 [5].

El sistema público de ASSE brinda cobertura a una importante cantidad de la población de menores ingresos. Más de dos tercios de quienes residen en los hogares del primer quintil de la distribución de ingresos poseían en 2019 este tipo de cobertura. La cobertura de la población afrodescendiente también es brindada por ASSE en mayor proporción que entre la población no afrodescendiente (48,8% y 28,11% respectivamente en 2019) [6].

Gráfico IV. Porcentaje de personas según institución prestadora en la cual tienen cobertura vigente y quintil de ingreso. Total país(2006-2019)



Fuente: UMAD con base Instituto de Economía, Universidad de la República (2020) Encuesta Continua de Hogares Compatibilizada 1981-2018 Versión 12 DOI: http://doiorg/1047426/ECHINE

Tener acceso a un prestador de salud es condición necesaria pero no suficiente para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de la población en esta materia. Estas instituciones deben proveer servicios de calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. En el siguiente apartado se analizan algunos indicadores de los resultados alcanzados en materia de disponibilidad de equipos médicos, acceso a tratamientos, medicación, entre otros parámetros de disponibilidad y calidad de la prestación en relación con la COVID-19.

Por otra parte, la satisfacción de los usuarios con los prestadores de salud también es un indicador de la calidad de los servicios disponibles. En este sentido, el nivel de satisfacción con la disponibilidad de agenda para la consulta médica, los tiempos de espera en sala, la disponibilidad de medicamentos y las facilidades para la realización de trámites y gestiones presenta diferencias según el tipo de prestador, de acuerdo con el Informe de Encuesta Nacional de Primer Nivel de Atención publicado por el MSP (2017). Los seguros médicos, seguidos por las IAMC, presentan los niveles más altos de satisfacción de las personas usuarias. Por su parte, quienes se atienden en ASSE son los que más conocen los consejos consultivos de las instituciones de salud. No obstante, la población usuaria de centros privados declara en mayor medida que sus prestadores les han brindado información sobre sus derechos y obligaciones [7].

Esperanza de vida, mortalidad y salud materno-infantil

Los esfuerzos que realiza el Estado para transformar sus compromisos en materia de derechos humanos deben materializarse, entre otras cosas, en mejores condiciones de salud de la población. Estas se pueden expresar como ausencia de enfermedad, acceso a tratamiento y cura, así como en el mayor bienestar psico-físico posible y el desarrollo del potencial humano. La evolución de las tasas de mortalidad, la esperanza de vida y los indicadores de salud materno-infantil constituyen información clave a la hora de evaluar los resultados de estos esfuerzos. La tasa de mortalidad mide la frecuencia de las defunciones respecto a la población total en un período determinado. Indica el número de muertes por cada 1.000 habitantes durante un año determinado. En los últimos años este indicador se ha mantenido relativamente constante en el país. Es importante señalar que las tasas brutas de mortalidad pueden variar en función de la estructura de edades de la población. En particular, este indicador puede verse afectado por el envejecimiento general de la población en el país y sus valores deben ser analizados junto con otros indicadores demográficos y de condiciones de salud de la población [8].

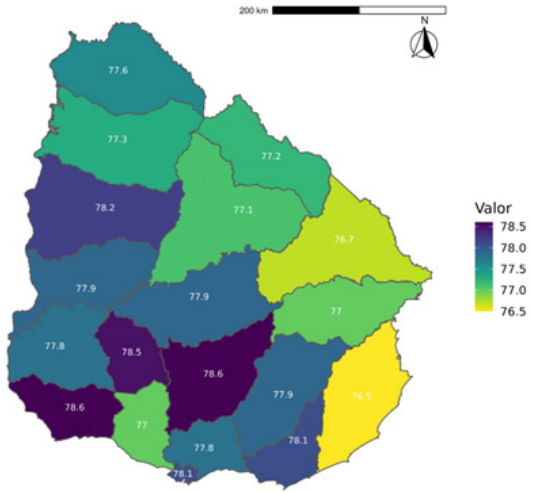
La incidencia de las diferentes causas de mortalidad ha cambiado durante los últimos años. Han caído las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades como VIH-SIDA, pero han aumentado las tasas de mortalidad por cáncer,

enfermedades del sistema respiratorio y los suicidios. Este hecho da cuenta de significativos avances en materia de atención, tratamiento y cura de algunas enfermedades específicas, a la vez que plantea importantes desafíos en otros casos. El aumento constante de las tasas de suicidio desde el año 2014 es una importante señal de alarma sobre las necesidades de atención en salud mental de la población [9].

La esperanza de vida es el número medio de años que les queda por vivir a los sobrevivientes de una cohorte de edad. Es una medida hipotética porque se basa en las tasas de mortalidad actuales, pero las tasas de mortalidad reales cambian durante el transcurso de la vida de una persona. La esperanza de vida de cada persona cambia según envejece y a medida que cambian las tendencias de mortalidad. La esperanza de vida al nacer representa un buen indicador de las condiciones de salud actuales. Este valor ha mejorado de modo constante en los últimos años: pasó de los 77,1 años en 2014 a los 77,9 años en 2019 [10].

A pesar de las mejoras observadas en los últimos años, las condiciones de vida de la población presentan importantes desigualdades territoriales. Estas se expresan en una menor esperanza de vida en la región este y norte del país que en los departamentos ubicados al suroeste (Mapa I).

Mapa I. Esperanza de vida al nacer según departamento. Total país(2019)



Fuente: UMAD con base en Observatorio Territorio Uruguay - OPP con base en Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Salud Pública (MSP)

Los indicadores de salud materna, nutrición y condiciones de vida en la primera infancia son centrales para evaluar resultados del desarrollo del potencial humano de la población. La tasa de mortalidad materna y de mortalidad infantil son dos indicadores de síntesis de los resultados de la atención a las mujeres embarazadas y a niños/as recién nacidos. La tasa de mortalidad infantil mide la cantidad anual de defunciones de menores en determinado rango etario cada 1.000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad de menores de cinco años, de menores de un año, así como de mortalidad neonatal (0 a 27 días) y posneonatal (28 a 364 días) han mejorado de forma constante desde el año 2000 en el país [11]. Otro aspecto en el que Uruguay ha avanzado significativamente en los últimos años es en la reducción del embarazo adolescente. El porcentaje de nacimientos de madres adolescentes (de 19 o menos años) en relación con el total de nacimientos anuales pasó de 17,9% en 2013 a 9,9% en 2020 [12].

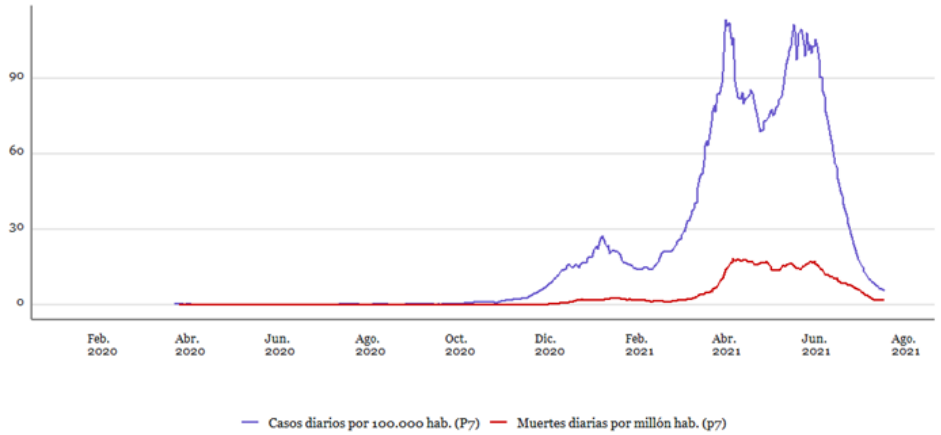
En tanto, el indicador de mortalidad materna mide el número de mujeres que fallecen en un año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto por cada 100.000 nacidos vivos ese mismo año. Este indicador sufrió importantes variaciones desde el año 2000 y una mejora constante desde el año 2015. Sin embargo, durante 2020 se registró un aumento significativo de muertes maternas en proporción a la cantidad de nacidos vivos [13]. Este hecho pudo haber sido el resultado de un empeoramiento de las condiciones de acceso a la atención de salud en el contexto de la emergencia sanitaria por la COVID-19.

VIII. La salud y la COVID-19

El 13 de marzo de 2020 se detectó el primer caso de COVID-19 en Uruguay y el gobierno nacional decretó el estado de emergencia sanitaria implementando importantes medidas de restricción de la movilidad, aunque sin apelar a confinamientos obligatorios. Durante buena parte del año 2020 Uruguay logró contener adecuadamente la pandemia y retrasó el impacto de la primera ola de la enfermedad. Hacia finales del año 2020, el número de contagios, hospitalizaciones y muertes por COVID-19 comenzó a aumentar, limitando la eficacia de la estrategia de testeo, rastreo y aislamiento (TETRIS), lo que llevó al gobierno nacional a tomar nuevas medidas de restricción de la movilidad, que se habían flexibilizado a mediados del año. La mayor incidencia de la enfermedad ocurrió entre los meses de marzo y junio del año 2021, en los que Uruguay se ubicó entre los países de con mayor número de contagios y muertes diarias del mundo en relación con su población. Al 24 de noviembre de 2021, Uruguay registra 6.116 muertes por COVID-19 [13]. A partir de julio de 2021 descendieron los contagios y muertes diarias, en buena medida producto del avance del proceso de inmunización. Para ese entonces, un 65% de la población ya había recibido dos dosis de la vacuna anti COVID-19. En noviembre de 2021 este porcentaje asciende al 75% y una cantidad importante (37%) cuenta con una tercera dosis de refuerzo [14]. El avance de la vacunación y la reducción de los casos positivos diarios permitieron flexibilizar las medidas de restricción de la movilidad.

A pesar de que aún se están realizando muchos estudios científicos y la evidencia dista de ser concluyente para dar respuestas definitivas, se ha documentado que la infección por SARS-CoV-2 genera patologías específicas posteriores a la infección, tales como neumonitis crónica, así como patologías no específicas, entre las que se destacan secuelas cardiovasculares, respiratorias y neuropsiquiátricas [15].

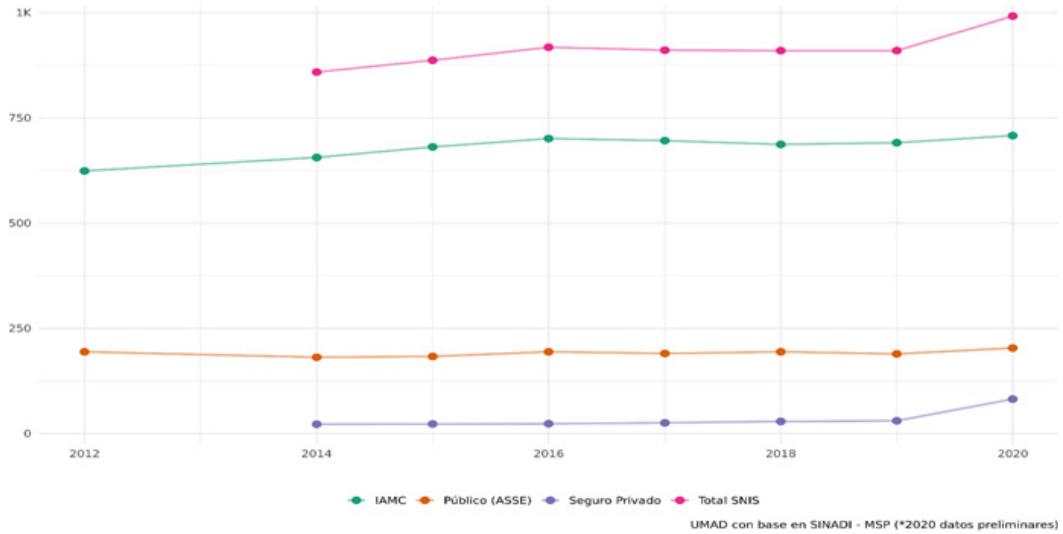
Gráfico V. COVID-19: Casos diarios cada 100.000 hab. y muertes por millón de habitantes (Promedios 7 días) 2020-2021



Fuente: UMAD - Observatorio COVIDUY con base en diversas fuentes https://observatoriocoviduy.org/datos.html

Además del impacto directo sobre las personas, la pandemia de la COVID-19 afectó el normal funcionamiento de los centros asistenciales, que se vieron obligados a adaptar las modalidades de atención ambulatoria y de cuidados de salud al contexto de pandemia. A mediados de marzo de 2020 la JUNASA adoptó una serie de medidas para orientar los recursos a la atención de la COVID-19 y contener la propagación de la enfermedad, las cuales apuntaron a minimizar la concurrencia de la población a los centros de salud, gracias a la atención en domicilio y la telemedicina para control y seguimiento [16].Los datos de la evolución de la ocupación de camas en cuidados intensivos e intermedios (CTI-CI) durante 2020 son consistentes con la focalización del sistema en la respuesta a la de COVID-19. En el promedio anual de los prestadores del SNIS, las camas de CTI-CI disponibles pasaron de 2,6 camas cada 10.000 habitantes en 2019 a 2,8 camas cada 10.000 habitantes en 2020. Aunque la dotación inicial y el aumento no fueron los mismos en todos los tipos de prestador, la disponibilidad de camas de CTI-CI aumentó en todos (Gráfico VI).

Gráfico VI. Promedio anual del número de camas propias disponibles en cti/ci (Prestadores SNIS) 2012-2020.



Los datos preliminares de 2020 sobre desempeño asistencial de los prestadores integrales de salud del SNIS indican que las principales prestaciones de salud se vieron afectadas, aunque existen variaciones entre los diferentes tipos de prestadores de salud del SNIS (Cuadro I). En 2020 descendieron el promedio de consultas médicas por usuario, las recetas de medicamentos y radiografías y las cirugías; empeoró la razón entre consultas urgentes y no urgentes (que es un indicador de calidad asociado a la prevención) y aumentó el índice de cesáreas. Un aspecto positivo en este contexto fue que siguió aumentando el porcentaje de captación de mujeres embarazadas en el primer trimestre de gestación.

Cuadro I. Indicadores de desempeño asistencial de prestadores del SNIS(2019 y 2020)

	Total SNIS*		Público (ASSE)		IAMC		Seguros Integrales Privados	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Promedio anual de consultas (urgentes y no urgentes) por usuario**	5.62	5.45	3.95	3.79	6.56	6.44	8.09	8.18
Promedio anual de consultas no urgentes por usuario	4.51	3.13	2.75	1.91	5.51	3.86	6.92	5.41
Promedio anual de consultas urgentes por usuario	1.11	0.88	1.20	0.96	1.05	0.82	1.17	0.84
Promedio anual de recetas de medicamentos expedidas en atención ambulatoria por usuario	15.14	14.70	13.90	12.77	16.02	16.07	13.45	13.48
Promedio anual de radiologías por usuario	0.41	0.31	0.35	0.26	0.45	0.35	0.56	0.41
Promedio anual de cirugías coordinadas por 1000 usuarios	37.84	29.39	25.11	18.73	44.35	35.09	70.98	60.95
Promedio anual de cirugías por 1000 usuarios	57.18	47.67	43.04	36.24	64.76	54.07	86.43	75.73
Promedio anual de cirugías urgentes por 1000 usuarios	19.33	18.28	17.94	17.51	20.41	18.98	15.45	14.78
Razón de consultas no urgentes / consultas urgentes	4.13	3.69	2.28	1.98	5.22	4.71	5.92	6.42
Porcentaje anual de embarazadas captadas en primer trimestre***	83.49	85.74	72.88	75.50	90.24	92.10	-	97.75
Índice de cesáreas***	45.17	46.72	33.12	35.54	52.85	54.00	-	53.12

* Promedio ponderado por cantidad de afiliados de cada tipo de prestador en base a SINADI-MSP.

** Los datos de 2020 incluyen las consultas por telemedicina. Por eso el total difiere de la sumatoria de consultas no urgentes y urgentes de ese año.

*** Los datos del total SNIS 2019 incluyen IAMC y Público (ASSE).

Fuente: UMAD con base en SINADI-MSP (Datos preliminares 2020).

Por su parte, las medidas de restricción que buscaron amortiguar el aumento de los contagios con una disminución de la presencialidad en los centros de atención a la salud impactaron también en la evolución de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Sobre la base delos resultados de la Encuesta sobre Salud y Acceso a Cuidados Médicos, realizada entre el 13 de marzo y el 30 de mayo de 2020, un estudio [17] encontró que a partir de la pandemia por COVID-19 hubo un cambio sustancial en las consultas médicas: muchas fueron canceladas o reagendadas y las que se realizaron fueron a través de la telemedicina. A su vez, existió un alto porcentaje de análisis, procedimientos y tratamientos previstos o en curso que tuvieron que ser suspendidos o postergados. En particular, más del 75% de las niñas y niños menores de 12 años no pudo hacerse ningún estudio médico y más de la mitad retrasó alguna vacunación prevista.

En otro trabajo [18] se analizan los impactos que tuvo la pandemia de COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, derivados de una menor disponibilidad y dificultades de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención. De acuerdo con el citado estudio, si bien la telemedicina constituyó una herramienta potente en muchos ámbitos de la atención sanitaria, en materia de salud sexual y reproductiva no resulta adecuada. Entre los impactos identificados sobre los derechos sexuales y reproductivos se destacan dos. En primer lugar, el impacto que tiene la pandemia en el ejercicio del derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte. En este sentido, se destacan los riesgos por la propia infección, entre ellos el de tener un parto prematuro, los cambios en los sistemas de salud, que redujeron el número de controles durante el embarazo, y la vulneración del derecho al acompañamiento en el parto. En segundo lugar, la pandemia por COVID-19 afecta el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo por dos vías. Por un lado, las demoras para acceder a los servicios pueden dilatar las consultas y luego de las 12 semanas de gestación poner en riesgo la posibilidad de un aborto voluntario y, por otro, la consulta a través de la telemedicina disminuye las posibilidades de confidencialidad para las poblaciones más vulnerables [19].

Para finalizar, debe señalarse que la etapa más aguda de la pandemia de la COVID-19 en Uruguay se desarrolló durante el primer semestre de 2021, por lo que será necesario contar con datos actualizados de ese período para evaluar si su impacto negativo en la atención de la salud se profundizó. No obstante, aún sin contar con datos, los casi dos años de afectación al normal funcionamiento de la atención en salud en todas sus áreas, supone una alerta muy importante, particularmente por su carácter no compensable. Las consecuencias de diagnósticos tardíos, posposiciones de intervenciones quirúrgicas, discontinuidad o intermitencia en el seguimiento de patologías existentes o la no realización de controles periódicos preventivos, son elementos que hacen prever que la repercusión de la pandemia de la COVID-19 será duradero y se requerirá de esfuerzos extraordinarios para enfrentarlos.

IX. Comentarios finales

El Informe #1 de la serie Mirador DESCA está dedicado al derecho a la salud, asunto que se ha colocado en el centro del debate público y de las preocupaciones del Estado, las organizaciones sociales, la academia, los organismos internacionales y la sociedad toda, a causa de la crisis provocada por la COVID 19.

El Estado uruguayo reconoce y ratifica la normativa internacional sobre derechos humanos; ha legislado en consecuencia y cuenta con normas de perfil garantista. Los resultados ponen en evidencia una evolución positiva de varios indicadores, y brechas entre las poblaciones de bajos y altos ingresos, así como entre determinados grupos vulnerables y el resto de la población. A estas brechas preexistentes hay que sumar las que generó o profundizó la pandemia. La crisis asociada a la pandemia obligó al Estado uruguayo a tomar medidas que limitaron el ejercicio de algunos derechos en vistas de que el interés general indicaba que la salud pública era un bien a proteger prioritariamente. La crisis también plantea el desafío de implementar políticas públicas que apunten a no dejar a nadie atrás en el ejercicio de sus derechos. En este tipo de coyunturas se pone en evidencia la importancia de contemplar las brechas en el ejercicio de los derechos, estrategia adoptada por el Mirador DESCA para percibir los puntos desiguales de partida desde los que las personas enfrentan las crisis.

Notas

[1] Gros Espiel, Héctor (2003):*Evolución constitucional del Uruguay*. FCU, Montevideo, 3ª edición, pág. 81.
[2] Risso Ferrand, Martín (2017):*Guía para la Resolución de Casos de Derecho Constitucional y Derechos Humanos*. FCU, Montevideo, 1ª edición.
[3] Observación General N° 14/2000.
[4] UMAD en base a datos y estadísticas de CEPAL en base a la OPP.
[5] UMAD en base a Instituto de Economía, Universidad de la República (2020), Encuesta Continua de Hogares Compatibilizada 1981-2018 Versión 12 DOI: http://doiorg/1047426/ECHINE.
[6] UMAD en base a Instituto de Economía, Universidad de la República (2020), Encuesta Continua de Hogares Compatibilizada 1981-2018 Versión 12 DOI: http://doiorg/1047426/ECHINE.
[7] UMAD en base a Informe de Encuesta de Satisfacción PNA-MSP (2017).
[8] UMAD en base a Observatorio Territorio Uruguay - OPP en base a Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Salud Pública (MSP).
[9] UMAD en base a Estadísticas Vitales – MSP.
[10] UMAD en base a Estadísticas Vitales – MSP.
[11] UMAD en base a Estadísticas Vitales – MSP.
[12] UMAD en base aEstadísticas Vitales – MSP.
[13] UMAD - Observatorio Covid Uruguay.
[14] Monitor de datos de Vacunación Covid-19. Disponible en: https://monitor.uruguaysevacuna.gub.uy/. Consultado el 24 de noviembre de 2021.
[15] Grupo Asesor Científico Honorario (2021): "Informe. Impacto Secuelar en la salud de la epidemia por SARS-COV-2 en Uruguay". Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2021/GACH/INFORMES/post-no-covid.pdf. Consultado el 24 de noviembre del 2021.
[16] Ferre, Z., Gerstenblüth, M. González, C., Noboa, C. y Triunfo, P. (2021): "Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay", Revista Médica del Uruguay, 37(3), doi: 10.29193/RMU.37.3.6.
[17] Ferre, Z., Gerstenblüth, M. González, C., Noboa, C. y Triunfo, P. (2021):
"Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay." Revista Médica del Uruguay, 37(3), doi: 10.29193/RMU.37.3.6
[18] Briozzo, L., Nozar, F., Fiol, V., Stapf, C., Ben, S., Citrin, E., Greif, D., Gallino, V. (2020) "Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva." Revista Médica del Uruguay, 36(4), doi: https://doi.org/10.29193/RMU.36.4.12
[19] Briozzo, L., Nozar, F., Fiol, V., Stapf, C., Ben, S., Citrin, E., Greif, D., Gallino, V. (2020) "Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva", Revista Médica del Uruguay, 36(4), doi: https://doi.org/10.29193/RMU.36.4.12.

INFORME #01

Derecho a la salud

DICIEMBRE, 2021

MIRADOR DESCA

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

UMAD Unidad de Métodos y Acceso a Datos