Ministerio de SALUD

Autoridades Ministerio de Salud Pública

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

Dra. Cristina Lustemberg
Subsecretaria de Salud Pública

Dr. Jorge Quian
Director General de la Salud

Dra. Raquel Rosa
Subdirectora de la Dirección General de la Salud

Sr. Humberto Ruocco
Director General de Secretaría

Ec. Arturo Echevarría
Junta Nacional de Salud

Dra. Adriana Bescia
Dirección General de Coordinación

Comité Coordinador **Primera Etapa** 2015

Dra. Raquel Rosa. DIGESA
Dr. Wilson Benia. DIGESA
Dra. Ima León. DIGESA
Dr. Ec. Marcelo Setaro. DIGESE
Lic. Pol. Martín Rodríguez. DIGECOOR
Lic. Com. Sandra Moresino. Depto. de Comunicación y Salud
Ec. Ida Oreggionni. JUNASA
Dra. Jahel Vidal. Asesora Ministro
Lic. Nora D`Oliveira. Adjunta Subsecretaria

Colaboraron en la redacción del Documento Final OSN 2020

Dr. Winston Abascal
Dr. Rafael Aguirre
Dra. Lucía Alonso
Dr. Marcelo Barbato
Dr. Gerardo Barrios
Dr. Wilson Benia
Lic. T. S. Carla Bellini
Lic. Psic. Agustín Bergeret
Lic. Nut. Isabel Bove
Dra. Susana Cabrera
Educ. DD. HH. Estela de Armas
Dra. Lucía Delgado
Lic. Psic. Denisse Dogmanas
Lic. Psic. Nora D`Oliveira
Lic. Psic. Cristina Espasandín
Lic. T. S. Ingrid Gabrielzyk
TRM Ana Gatti
Dra. Andrea Ghione
Dr. Mario Godino
Dr. Félix González
Dra. Silvia Graña
Dra. Cristina Grela
Dra. Susana Grumbaum
Dra. Yeni Hortoneda
Dr. Juan Lacuague
Mag. Agustín Lapetina
Dra. Mariela Larrandaburu
Dra. Ima León
Dr. Ariel Montalbán
Lic. Com. Sandra Moresino
Lic. Nut. Ximena Moratorio
Dra. Clara Niz
Ec. Ida Oreggioni
Dra. Irene Petit
Dra. Gabriela Píriz
Ec. Gabriela Pradere
Dr. Jorge Quian
Dra. María José Rodríguez
Lic. Pol. Martín Rodríguez
Dra. Norma Rodríguez
Dra. Claudia Romero Oronoz
Dra. Gabriela Amaya
Dra. Raquel Rosa
Dr. Ítalo Savio
Dr. Pol. Marcelo Setaro
Dr. Enrique Soto
Lic. Soc. Alejandra Toledo
Dra. Giselle Tomasso
Dra. Jahel Vidal
Dra. Ana Visconti

Edición y publicación

Departamento de Comunicación y Salud

Fotografía

Pablo La Rosa
Jessica Frías

Contenido

Prólogo autoridades ministeriales — pág. **8**

Prólogo representante de OPS/OMS — pág. **12**

Siglas — pág. **16**

Objetivos y metas sanitarias centrados en las personas, la perspectiva de derechos y los determinantes sociales — pág. **18**

Objetivos Sanitarios Nacionales, Objetivos Estratégicos y sus dimensiones operativas — pág. **22**

Matriz integradora de Objetivos Sanitarios Nacionales, Objetivos Estrtégicos y Metas Sanitarias 2020 — pág. **28**

Opciones de intervenciones para el logro de los resultados esperados — pág. **35**

Objetivo Estratégico 1
Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo. — pág. **36**

Consumo de tabaco
Propuesta de intervención — pág. **39**

Nutrición, alimentación saludable y actividad física
Propuesta de intervención — pág. **42**

Sustancias psicoativas
Propuesta de intervención — pág. **46**

Objetivo Estratégico 2
Disminuir carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad pág. **48**

Enfermedades no transmisibles prevalentes
Propuesta de intervención – *Cáncer* pág. **51**
Propuesta de intervención – *Enfermedades cardiovasculares, diabetes y respiratorias* pág. **52**
Mortalidad infantil neonatal y prematuridad
Propuesta de intervención pág. **57**
Morbimortalidad por VIH Sida
Propuesta de intervención pág. **59**
Violencia basada en el género y generaciones
Propuesta de intervención pág. **60**
Suicidios
Propuesta de intervención pág. **62**
Siniestralidad vial
Propuesta de intervención pág. **64**

Objetivo Estratégico 3
Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida pág. **66**

Embarazo en la adolescencia
Propuesta de intervención pág. **69**
Humanización del parto y césareas
Propuesta de intervención pág. **72**
Transmisión vertical de sífilis y VIH
Propuesta de intervención pág. **74**
Desarrollo en la primera infancia
Propuesta de intervención pág. **76**
Discapacidad en el curso de la vida
Propuesta de intervención pág. **78**
Cuidados paliativos
Propuesta de intervención pág. **80**

Objetivo Estratégico 4
Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud. pág. **82**

Brechas de calidad y seguridad del paciente
Propuesta de intervención pág. **84**

Objetivo Estratégico 5
Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas pág. **86**

Sistema de servicios y salud
Propuesta de intervención pág. **88**

Anexo 1
Aspectos metodológicos: Proceso y participación pág. **90**

Anexo 2
Caracterización de los problemas críticos priorizados pág. **96**

Consumo de tabaco pág. **99**
Alimentación saludable pág. **100**
Nutrición en la primera infancia pág. **112**
Sedentarismo y actividad física pág. **120**
Sustancias psicoactivas pág. **128**

Enfermedades no transmisibles pág. **132**
Mortalidad infantil neonatal y prematuridad pág. **150**
Morbimortalidad por VIH Sida pág. **154**
Violencia basada en el género y generaciones pág. **166**
Siniestralidad vial pág. **178**
Suicidios pág. **182**

Embarazo en la adolescencia pág. **186**
Humanización del parto y cesáreas pág. **194**
Transmisión vertical de sífilis y VIH pág. **200**
Desarrollo en la primera infancia pág. **214**
Discapacidad en el curso de la vida pág. **220**
Cuidados paliativos pág. **236**

Brechas de calidad y seguridad del paciente pág. **240**

Sistema de servicios y salud pág. **250**

Bibliografía consultada por áreas temáticas pág. **270**

Anexo 3
Participantes en las distintas etapas del proceso de definición de los OSN pág. **286**

Anexo 4
Normativa vigente vinculada a los Objetivos Sanitarios Nacionales pág. **304**

Prólogo
autoridades ministeriales

En la última década, Uruguay ha realizado importantes avances en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. El compromiso asumido al inicio de este período de gobierno, se basó en la definición de siete lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud Pública para el período 2015-2020, en el marco de políticas explicitas vinculadas, entre otras, a la definición de objetivos y metas sanitarias que permitieran profundizar la implementación de la reforma. Entre los restantes lineamientos estratégicos, se encuentran generar e informar sobre indicadores de calidad de la gestión asistencial de las instituciones de salud; el diseño y desarrollo de un potente sistema de información en salud; la formulación de una política de comunicación no solo orientada a la promoción de la salud sino además a la promoción del derecho a participar de usuarios del sistema; el fortalecimiento del rol de rectoría del MSP para el mejor cumplimiento de sus funciones esenciales; la modernización y racionalización de la infraestructura y los equipamientos a efectos de estimular la complementación de recursos y una política en materia de recursos humanos orientada a su mejor desempeño, distribución territorial y disminución de inequidades retributivas.

La reducción de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna, la baja incidencia de enfermedades inmunoprevenibles y desnutrición, evidencian con claridad el impacto de las acciones desarrolladas en décadas recientes, dirigidas en particular a la población más vulnerable. Estos resultados están relacionados con acciones sanitarias y también con políticas públicas intersectoriales más amplias, destinadas a continuar disminuyendo las inequidades existentes en nuestra sociedad, particularmente las territoriales, de género e intergeneracionales.

Enfrentamos como Sector Salud, sin lugar a dudas enormes desafíos. La transformación demoepidemiológica del país nos obliga a buscar estrategias eficaces y eficientes dirigidas a la prevención y control de los eventos sanitarios de mayor prevalencia, tal es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Son también desafíos significativos, otros eventos de importancia, como es el trabajo en primera infancia, infancia y adolescencia, el persistente alto índice de embarazo adolescente, las lesiones (accidentales o intencionales), el consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas, la violencia de género y generaciones, los derechos en salud sexual y reproductiva y los problemas relacionados con la salud mental. Estos eventos determinan no solamente una carga significativa de morbimortalidad, sino que también tienen un enorme impacto social por ser generadores de mortalidad prematura o de discapacidad significativa.

Las líneas estratégicas planteadas están comprendidas en el presente documento bajo la forma de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) previstos para el período 2015-2020. Como resultado de un intenso trabajo interdireccional e intersectorial, se identificaron 15 problemas prioritarios a abordar en este período. En este marco, fueron identificados cinco objeti-

vos estratégicos que engloban los problemas identificados desde diversas dimensiones del sistema y en cada uno de ellos se estableció un diagnóstico de situación definiéndose los resultados esperados a alcanzar. A esos efectos cada uno de esos objetivos y metas será monitorizado mediante indicadores especialmente identificados a ese fin.

Las metas propuestas son sin lugar a dudas ambiciosas, porque siempre fijarse metas determina un compromiso que requiere reorientar recursos y estímulos, para establecer una relación entre buenas prácticas en materia de calidad de atención de los prestadores y el cumplimiento de dichos objetivos.

Nuestro compromiso con la salud de los uruguayos y uruguayas nos obliga a exigirnos estos logros. Este compromiso recae sobre todos los integrantes del sistema, cualquiera sea el rol que ocupan en él; quienes ocupamos cargos en la rectoría del sistema, quienes se desempeñan en los prestadores de salud, integrantes de los equipos de salud de todo el país y usuarios. No es posible trabajar para el logro de estos objetivos sin el compromiso de todos. Continuemos avanzando por un sistema de salud, en el que todo ciudadano tenga garantizado el acceso a un conjunto cada vez más amplio de prestaciones sanitarias, con énfasis en la calidad de la atención, privilegiando su carácter humanitario, en la que cada uno aporte según sus ingresos y reciba los cuidados de salud de acuerdo a sus necesidades.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

Dra. Cristina Lustemberg
Subsecretaria de Salud Pública

Prólogo
representante de OPS/OMS

El propósito de la presente publicación es sistematizar el proceso de generación de resultados concretos y medibles a través de indicadores con base a quince prioridades sanitarias que responden al perfil sanitario en Uruguay.

Destacamos sus fundamentos en los determinantes sociales de la salud y traducción concreta en cuatro objetivos sanitarios nacionales destinados a: mejorar la situación de salud, disminuir las desigualdades, mejorar la calidad de los procesos asistenciales y generar condiciones favorables en la atención de salud.

Nos complace evidenciar la concordancia del proceso con la "Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud" que los Estados Miembro de la OPS/OMS suscribieron en 2014.

En primer lugar, la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) define las políticas públicas en salud del Sistema Nacional Integrado en Salud (SNIS) mediante los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) que harán posible ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades así como fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

En segundo lugar, la ASN ha asumido un compromiso muy relevante pues sus Objetivos Sanitarios Nacionales cuentan con Metas Sanitarias al año 2020. El proceso fue dinámico y participativo con el sustento de técnicos y actores involucrados que, con base en los problemas prioritarios en el campo de la salud han identificado los determinantes, con metas a alcanzar, las áreas de intervención y las líneas posibles de acción.

En tercer lugar, la lógica de trabajar a favor de Objetivos Sanitarios Nacionales genera de por sí una respuesta a la fragmentación de la rectoría en programas verticales, que han buscado cambios parciales y focalizados en diferentes parcelas de la realidad. El actual desafío es impulsar conjuntamente líneas de acción sinérgicas desde diferentes ámbitos de la rectoría como oportunidad para implantar una dinámica de intervención compleja y creativa, interdisciplinaria y articulada con la prestación de servicios de salud.

La definición de objetivos sanitarios y objetivos estratégicos vinculados a los mismos contribuirá al fortalecimiento de la rectoría del MSP, armonizando los esfuerzos de sus diferentes estamentos internos y facilitando el cumplimiento de la Funciones Esenciales de Salud Pública. Los OSN 2020 pueden oficiar como hoja de ruta general, organizando la tarea de todos los actores con una mirada nacional pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión ni las particularidades del nivel local y el territorio.

Finalmente, consideramos que los cambios a los que convocan los OSN 2020 pueden ser generadores de un nuevo impulso sanitario, contribuir a la gobernanza del SNIS e instalar usinas de ideas y cursos de acción que mejoren la salud de las personas y las comunidades, de modo objetivable y traducible en indicadores. Brindan, asimismo, una oportunidad de articular las políticas en salud con el llamado realizado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el Objetivo 3 de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

En la última década la Representación de OPS/OMS en Uruguay ha transitado la rica experiencia de brindar acompañamiento y distintas formas de cooperación técnica al proceso de consolidación del SNIS definiendo sus prioridades estratégicas, su seguimiento y su evaluación.

En tal sentido, renovamos el compromiso de continuar y profundizar ese camino acumulado a partir de elaborar en conjunto con la autoridad sanitaria, la Universidad y otros actores sociales la Estrategia de Cooperación Técnica 2017 – 2020 que recoja los mejores desarrollos previos estableciendo una amplia ronda de consultas a los protagonistas claves para una priorización programática acorde con las necesidades y expectativas para garantizar el derecho a la salud de los uruguayos.

Giovanni Escalante
Representante OPS/OMS en Uruguay

Siglas

ACO	Anticonceptivos orales
ACORN	Acute Care of at-Risk Newborns
ACR	Análisis causa-raíz (seguridad del paciente)
ACV	Accidente cerebrovascular
AMFE	Análisis modal de falla y efectos (seguridad del paciente)
AMS	Asamblea mundial de Salud
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ARV	Antirretrovirales
AVD	Años de vida perdidos por discapacidad
AVISA	Años de vida saludables perdidos
AVP	Años de vida perdidos
B-HCG	Subunidad Beta hormona gonadotropina coriónica
BIRADS IV-V	Breast Imaging and reporting Data System (uso en mamografías)
BPA	Buenas prácticas de alimentación
BPN	Bajo peso al nacer
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CD	Clostridium dificcile
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
CHSCV	Comisión Honoraria Salud Cardiovascular
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad
CIIH	Comité Infecciones Intrahospitalarias
CIPU	Centro Industrial de Panaderos
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CMCT-OMS	Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.
CNHD	Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad
CNV	Certificado Nacido Vivo
COSEPA	Comisión Seguridad del Paciente
CP	Cuidados paliativos
ECMO	Oxigenación por membrana Extracorpórea
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
EMSE	Encuesta Mundial de Salud en Escolares
ENDIS	Encuesta Nacional Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos de Eventos Adversos (España)
ENT	Enfermedades no trasmisibles
EO	Enfermedades oportunistas
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EP	Equipo de proximidad
EPN	Equipo de primer nivel
ESPNA	Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención
FTM	Formulario terapéutico de medicamentos
GABA	Guías de alimentación basadas en alimentos
HC	Historia clínica
HCE-O	Historia clínica electrónica oncológica
IAAS	Infecciones asociadas a la atención de la salud
IAE	Intento de autoeliminación
IIH	Infecciones Intrahospitalarias
INACAL	Instituto Nacional de Calidad
INAU	Instituto del Niño y Adolescente Uruguay
INCA	Instituto Nacional del Cáncer
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
ITS	Infección transmisión sexual
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
JND	Junta Nacional de Drogas
LM	Leche materna
LE	Listas de espera
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NV	Nacidos vivos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODH	Obesos, diabéticos, hipertensos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PAP	Prueba Papanicolaou
PCD	Personas con discapacidad
PCDT	Programa conductores detección positiva de drogas en el tránsito
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud. Catálogo de prestaciones
PNA	Primer Nivel de Atención
PNPNE	Personas Públicas No Estatales
PNPNL	Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PPCCU	Programa Prevención de Cáncer del Cuello Uterino
PRONADIS	Programa Nacional de Discapacidad
PUP	Productos ultraprocesados
RNC	Registro Nacional de Cáncer
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SANEA	Sistema Articulado de Notificación de Eventos Adversos
SAOS	Síndrome de apnea obstructiva del sueño
SC	Sífilis congénita
SERENAR	Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo Neuropsicológico
SIDA	Síndrome inmunodeficiencia adquirida
SIP	Sistema Informático Perinatal
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
SIPPCCU	Sistema de Información del Programa de Prevención de Cáncer Cuello Uterino
SIRPA	Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
SND	Secretaría Nacional de Drogas
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TARV	Terapia antirretroviral
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TFE	Tetrafluoroetileno
TICs	Tecnologías de la Información y Comunicación
TV	Transmisión vertical
UAT	Unidad de Atención Temprana
UCC	Uruguay Crece Contigo
UPP	Úlceras por presión
VBGG	Violencia basada en género y generaciones
VCT	Valor calórico total
VD	Violencia doméstica
VHB	Virus hepatitis B
VHC	Virus hepatitis C
VIH	Virus inmunodeficiencia humana

***Aclaración:** Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como del masculino en conjunto o alternadamente.

Las metas e indicadores de seguimiento y monitoreo de los Objetivos Sanitarios Nacionales se procesarán analizando los diferenciales de género entre varones y mujeres, en todos los casos en que las fuentes de datos lo permitan.

Objetivos y metas sanitarias centrados en **las personas,** la perspectiva de **derechos** y los determinantes **sociales**

Entender la ***salud como derecho humano*** implica asumir de manera explícita un conjunto de responsabilidades inherentes al Estado uruguayo en su condición de garante. Significa actuar conforme a tres obligaciones concretas, todas ellas orientadas a garantizar las condiciones para alcanzar una vida saludable:

- La obligación de definir y liderar políticas intersectoriales en materia de salud, estimulando la participación e involucramiento de los usuarios, de los trabajadores y de la sociedad toda en mejorar estilos de vida y disminuir riesgos para la salud.
- La obligación de promover la adopción de distintas medidas legislativas, administrativas, judiciales, programáticas y presupuestarias, que determinen que las instituciones vinculadas al proceso salud-enfermedad brinden el mejor nivel de calidad posible en la atención integral a la salud física y mental.
- La obligación de proteger, lo que implica que el Estado impida que terceros interfieran, violentando o dificultando el goce del derecho a la salud.

Siendo el derecho a la salud un derecho inclusivo, la obligación del Estado no se circunscribe a la atención sanitaria, sino que incluye los factores determinantes que contribuyen a que las personas puedan tener una vida saludable.

Esto hace que el abogar por la defensa del derecho a la salud involucre el cumplimiento de otros derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, en la medida que sus violaciones e incumplimientos repercuten de forma directa y negativa sobre la salud y bienestar de las personas.

Por lo tanto, aquello que la sociedad debe proporcionar para garantizar una buena salud incluye aspectos vinculados a la atención a la salud propiamente dicha, así como aspectos vinculados a las condiciones y medio ambiente donde desarrolla su vida: agua, saneamiento, alimentos, nutrición, vivienda, condiciones y medio ambiente de trabajo, educación e información sobre salud, entre otros.

A nivel sectorial, la incorporación de la perspectiva de derechos en el ejercicio de la rectoría del Sistema de Salud -en un sentido amplio- implica adoptarla como marco que oriente el diseño, la implementación, evaluación y control de las distintas acciones de política sanitaria y de salud colectiva.

Puntualmente, la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU establece que tanto la **atención sanitaria como los servicios básicos** deben ser **disponibles, accesibles, aceptables ética y culturalmente y de calidad.** Específicamente para los servicios de salud esto implica:

- Contar con un número de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud, adecuados a las necesidades sanitarias, desde una lógica de Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, física y económicamente, sin discriminación y garantizando el acceso a la información y en especial a su historia clínica.
- Que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos, incorporando la cultura de servicio y solidaridad, sensible a los requisitos de género y ciclo de vida, integrando en la práctica los principios de la ética, comprendiendo el relacionamiento con usuarios y con el conjunto de los integrantes del equipo de salud.
- Que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean de calidad, con el personal en programas de capacitación y evaluación continua, orientados a generar buenas prácticas

El sentido de definir **Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN)** es la producción de resultados concretos y medibles que beneficien a la población, objetivados por un conjunto de indicadores.

Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.

Asimismo se buscará reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo modificables, fortaleciendo al mismo tiempo sus capacidades para tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas para su pleno desarrollo.

Los esfuerzos por una atención integral de calidad homogénea, implican fortalecer los servicios públicos y privados de salud en el marco del proceso de complementación y coordinación del SNIS.

Esto supone abatir inequidades aún existentes, a la vez que potenciar la capacidad de resolución en especial del primer nivel de atención, con la utilización adecuada de recursos mejorando la satisfacción de los usuarios.
El MSP ha fijado cuatro grandes objetivos sanitarios que pone a consideración del conjunto de actores de la salud.

Objetivos Sanitarios Nacionales

1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

A partir de la identificación de los principales problemas para la salud de las personas, se ha desarrollado el proceso para determinar estos cuatro grandes pilares, la definición de objetivos estratégicos en torno a cada uno de ellos y la fijación de metas concretas a alcanzar, con sus correspondientes indicadores de desempeño (ver Anexo 1. Metodología).

Para la priorización de los problemas sanitarios a abordar se ha valorado su magnitud y relevancia en la realidad nacional, así como su vulnerabilidad respecto a las acciones que se propongan modificarlos. Asimismo, se tuvo presente las áreas relevantes planteadas por el plan de gobierno y los compromisos internacionales asumidos por el país. De este modo se construyó una nómina inicial de problemas críticos sobre los que se ha estado trabajando.

Problemas críticos

1. Embarazo no deseado en adolescentes.
2. Prematurez y bajo peso al nacer.
3. Elevado índice de cesáreas.
4. Transmisión vertical de sífilis y VIH.
5. Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.
6. Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.
7. Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica.
8. Morbimortalidad por cáncer.
9. Morbimortalidad por VIH/Sida.
10. Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.
11. Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral.
12. Violencia de género y generaciones.
13. Dificultades de acceso a servicios para personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables.
14. Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas.
15. Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.

La caracterización de estos problemas priorizados y los fundamentos de su selección se desarrollan en otro apartado (Anexo 2). Debe señalarse que otros temas relevantes como los vinculados al campo de la salud bucal, la salud ocular, determinantes sociales, etc., tendrán un abordaje transversal con relación a los problemas priorizados, en el marco del proceso hacia los OSN 2020.

Estas definiciones ofician como hoja de ruta general, que organizará la tarea de todos los actores con una mirada nacional pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión (regional, departamental y local) ni la intersectorialidad. Es un desafío de la política de salud que, apoyada en los logros de estos años de recuperación y transformación del sistema sanitario, identifica un futuro posible, alcanzable, donde la salud de la población sea la base de una vida en sociedad plena.

Objetivos Sanitarios Nacionales, Objetivos Estratégicos y sus **dimensiones operativas**

Los OSN definidos por el Gabinete requieren diferentes niveles de mediación operativa. La primera implica especificar Objetivos Estratégicos, que por la amplitud de sus impactos contribuyan al avance de los cuatro grandes Objetivos Sanitarios Nacionales. La formulación de los mismos se presenta en el Cuadro 1. Buscan articular las diferentes propuestas planteadas por los equipos técnicos y analizadas en la Consulta Pública entre el 27 de mayo y el 3 de junio de 2015 y con los Directores Departamentales de Salud el 25 de setiembre de 2015. (Ver Anexo 1. Metodología)

Objetivos Estratégicos

Cuadro **01** **Formulación de los Objetivos Estratégicos. Uruguay. 2015–2020**

1.	2.	3.	4.	5.
Favorecer estilos de vida y entornos **saludables** y disminuir los factores de riesgo.	**Disminuir** la carga prematura y evitable de **morbi-mortalidad** y **discapacidad**.	**Mejorar** el **acceso** y la **atención** de salud en el curso de la vida.	**Construir** una **cultura** institucional de **calidad y seguridad** en atención de salud.	**Avanzar** hacia un sistema de atención centrado en las **necesidades** sanitarias de las **personas.**

Los avances en el logro de los Objetivos Estratégicos permitirán, en forma sinérgica, la concreción progresiva de los Objetivos Sanitarios Nacionales.

Se presenta a continuación la agrupación de los avances que se pretenden lograr en la situación sanitaria del país, definidos a partir del análisis de los problemas priorizados. Se expresan como **resultados** a alcanzar y se proponen **metas** en cada uno.

Objetivo Estratégico 1.

Favorecer estilos de vida y entornos **saludables** y disminuir los factores de riesgo.

Resultados esperados:

1.1 Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.

1.2 Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física.

1.3 Reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.

1.4 Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población.

1.5 Reducción de la prevalencia de los usos problemáticos de alcohol en la población.

1.6 Reducción de la prevalencia de riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente, joven y adulta.

1.7 Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por parte de los profesionales de la salud y uso adecuado por parte de los usuarios.

Objetivo Estratégico 2.

Disminuir la carga prematura y evitable de **morbi-mortalidad** y **discapacidad**.

Resultados esperados:

2.1 Reducción de la carga de morbimortalidad de las ENT prevalentes.

- **2.**1.1 Reducción de mortalidad precoz por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.
- **2.**1.2 Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial.
- **2.**1.3 Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.
- **2.**1.4 Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes.
- **2.**1.5 Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

2.2 Disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal enfatizando las causas vinculadas a la prematurez.

2.3 Reducción de la morbimortalidad por VIH Sida.

2.4 Disminución de la morbi-mortalidad vinculada a la violencia basada en género y generaciones.

2.5 Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.

2.6 Disminución de la incidencia de suicidios.

Objetivo Estratégico 3.

Mejorar el **acceso** y la **atención** de salud en el curso de la vida.

Resultados esperados:

3.1 Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad–paternidad en adolescentes.

3.2 Humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas.

3.3 Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH.

3.4 Reducción de la prematurez a expensas del componente prevenible.

3.5 Disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.

3.6 Disminución de las discapacidades prevenibles y mayor acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud, con énfasis en los adultos mayores vulnerables.

3.7 Asistencia paliativa continua y de calidad, asegurada a todos los pacientes que deban recibirla y a sus familiares, en todas las etapas de la vida y en todo el territorio nacional.

Objetivo Estratégico 4.

Construir una **cultura** institucional de **calidad y seguridad** en atención de salud.

Resultados esperados:

4.1 Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: mejores cuidados por parte del equipo de salud, control de las IAAS y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas.

4.2 Implementación de la política nacional de comportamientos seguros.

4.3 Implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua.

4.4 Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso.

4.5 Vigilancia de las IAAS con datos auditados.

4.6 Incorporación de buenas prácticas con base en el conocimiento sistematizado, en diferentes áreas de atención.

Objetivo Estratégico 5.

Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las **necesidades** sanitarias de las **personas.**

Resultados esperados:

5.1 Mejora de los vínculos médico–paciente y equipos de salud–usuarios.

5.2 Fortalecimiento y resolutividad del primer nivel de atención potenciando el rol del médico tratante o de referencia, junto al equipo de salud del primer nivel.

Matriz integradora de Objetivos Sanitarios Nacionales, Objetivos Estratégicos y Metas Sanitarias 2020

Objetivos Sanitarios Nacionales

ONS 1 — **Alcanzar mejoras** en la situación de salud de la **población**.

ONS 2 — **Disminuir** las **desigualdades** en el derecho a la salud.

ONS 3 — **Mejorar** la calidad de los **procesos asistenciales** de salud.

ONS 4 — **Generar** las condiciones para que las personas tengan una **experiencia positiva** en la atención de su salud.

Objetivos Estratégicos

Objetivo Estratégico	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
1. Favorecer estilos de vida y entornos **saludables** y disminuir los factores de riesgo.	1.1 **Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.**	Disminuir al menos un 20% los fumadores actuales en la población de 15 años y más. Aumentar el número de instituciones con cumplimiento de la normativa vinculada a espacios libres de humo.	**22.2%** (ECH - INE. 2014) **91.4%** (Programa Control Tabaco. MSP. 2014)
	1.2 **Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física.**	Ejecutar Plan Intersectorial de Alimentación Saludable y Actividad Física.	En proceso.
	1.3 **Reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.**	Disminuir la anemia moderada a 5% de niños de 6 a 23 m. Disminuir el retraso de crecimiento a 3% de niños de 2 a 4 años.	**8.1%** (Encuesta MSP-MIDES-RUANDI-UNICEF. 2011) **4.4%** (ENDIS. 2015)
	1.4 **Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población.**	Detener el aumento del sobrepeso y la obesidad en todas las etapas del curso de vida.	**<2 a. 9.6% 2-4 a. 11.3%** (ENDIS. 2015) **13-15 a. 27.2%** (EMSE. 2012) **15-64 a. 58,5%** (ENFRENT 2013)
	1.5 **Reducción de la prevalencia de los usos problemáticos de alcohol en la población.**	Avanzar en los procesos de mejora en la regulación del consumo de alcohol, en el marco de la comisión creada en la Presidencia de la República.	En proceso.
	1.6 **Reducción de la prevalencia de riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente, joven y adulta.**	Aumentar la percepción de riesgo sobre consumo de cannabis.	**16,6%** (Encuesta Estudiantes. JND. 2011)
	1.7 **Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por parte de los profesionales de la salud, y uso adecuado por parte de la población.**	Implementar un proceso normativo tendiente a aumentar el uso racional de psicofármacos.	En proceso.

Objetivo Estratégico	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de base (fuente de datos)
2. Disminuir la carga **prematura** y evitable de **morbi-mortalidad** y **discapacidad.**	**2.1 Reducción de la carga de morbimortalidad de las ENT prevalentes.**		
	2.1.1 Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras.	Reducir las muertes por cáncer en menores de 70 años en un 4%.	**122,54/**100.000 hab. (Quinquenio 2009 -2013. CHLCC)
	2.1.2 Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial.	Aumentar la captación precoz de hipertensos. Disminuir la proporción de egresos hospitalarios por complicaciones de la hipertensión arterial.	**39.3%** (% de hipertensos 15-64a. diagnosticados y/o tratados) (ENFRENT 2013) Egresos por complicaciones de HTA **347,89/** 100.000 hab.
	2.1.3 Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.	Disminuir la mortalidad proporcional por cardiopatía isquémica entre los 30 y los 69 años. Disminuir la mortalidad proporcional por ACV entre los 30 y los 69 años.	**6.93%** (EV. MSP. 2014) **5.04%** (EV. MSP. 2014)
	2.1.4 Disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes.	Aumentar la captación precoz de diabéticos. Disminuir las complicaciones vasculares y/o neurológicas de la diabetes.	**49.8%** (% de diabéticos 15 -64 a. diagnosticados y/o tratados) (ENFRENT 2013) Egresos por complicaciones crónicas de diabetes **26,93/**100.000 hab.
	2.1.5 Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	Implementar un *Plan Integral de Atención al EPOC.*	Pautas de tratamiento circunscriptas al ámbito académico.
	2.2 Disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal enfatizando las causas vinculadas a la prematurez.	Consolidar una tendencia decreciente de la mortalidad infantil neonatal.	**Quinquenio 2010-2014** **5,12**/1000 NV (EV. MSP 2014)
	2.3 Reducción de la morbi-mortalidad por VIH/sida.	Reducir un 30% la tasa de mortalidad por sida. Disminuir un 15% la incidencia de VIH. Aumentar a 90% la tasa de personas con VIH diagnosticadas. Aumentar la cobertura de TARV en personas con VIH.	**5.3/**100.000 hab. (EV. MSP 2014) **987** casos/año (DEVISA. MSP.2014) **70-75%** (Spectrum. ONUSIDA. 2014) **40%** (Spectrum. ONUSIDA. 2014)

Objetivo Estratégico	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
2. Disminuir la carga **prematura** y evitable de **morbi-mortalidad** y **discapacidad.**	**2.4 Disminución de la morbi-mortalidad vinculada a la violencia basada en género y generaciones.**	Ejecutar el *Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional.*	Plan de Acción aprobado en inicios de ejecución.
	2.5 Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.	Disminuir un 30% la mortalidad por siniestralidad vial. Implementar a través del SINATRAN un Registro Nacional de Lesionados a partir de la atención prehospitalaria.	**15.6/**100.000 hab. (SINATRAN. 2014)
	2.6 Disminución de la incidencia de suicidios.	Implementar un *Plan de prevención de suicidios.*	**17.4**/100.000 Hab. (EV. MSP 2014)

Objetivo Estratégico	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
3. Mejorar el **acceso** y la **atención** de salud en el curso de la vida.	3.1 **Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad–paternidad en adolescentes.**	Disminuir la TFE a 48,0/1.000 mujeres de 15 a 19 años. Disminuir a 22% la reiteración del embarazo en mujeres adolescentes entre 15 y 19 años.	**58.2**/1.000 mujeres de 15 a 19 años (EV. MSP 2013) **26.7%** (EV. SIP.MSP 2014)
	3.2 **Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas.**	Reducir un 10% las cesáreas evitables. Aumentar un 20% las mujeres nulíparas que recibieron preparación para el parto.	Tasa de cesáreas: **44.3%** Tasa de cesáreas evitables: **17.9%** (EV. SIP. MSP 2014) **55%** (SIP. MSP 2014)
	3.3 **Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH.**	Reducir la tasa de incidencia de SC a menos de 0,5/1000 nacimientos. Mantener la tasa de transmisión vertical de VIH en menos de 2%.	**2.3**/1.000 NV (Auditoría SC. Áreas ITS-VIH Sida y SSR. 2014) **2.9%.** (SIP. Áreas ITS- VIH Sida y SSR. 2014)
	3.4 **Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible.**	Implementar un sistema de auditoría del 100% de los nacimientos prematuros.	En proceso.
	3.5 **Disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.**	Disponer de una línea de base sobre la frecuencia de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años. Implementar un Plan de acción para la disminución de las alteraciones del desarrollo.	En proceso.
	3.6 **Disminución de las discapacidades prevenibles y mayor acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud con énfasis en los adultos mayores vulnerables.**	Diseñar y ejecutar un *Plan de accesibilidad para las personas con discapacidad en los servicios de salud.* Diseñar y ejecutar un *Plan de prevención de la discapacidad.* Implementar un *protocolo de acción para mejorar la accesibilidad* de personas con obesidad mórbida, en los prestadores del SNIS.	En proceso.
	3.7 **Asistencia paliativa continua y de calidad, asegurada a todos los pacientes que deban recibirla y a sus familiares, en todas las etapas de la vida y en todo el territorio nacional.**	Alcanzar el 40% de cobertura de la población blanco como promedio en todo el país.	**25%** (Área Cuidados Paliativos. MSP. 2014)

Objetivo estratégico	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
4. Construir una cultura institucional de **calidad y seguridad** en atención de salud.	4.1 **Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: mejores cuidados por parte del equipo de salud, control de las IAAS y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas.**	Alcanzar el 95% de las instituciones con internación, con COSEPA y CIIH funcionando según protocolo.	CIIH: **69%** COSEPA: **77%**
	4.2 **Implementación de la política nacional de comportamientos seguros.**	Lograr el 80% de las instituciones prestadoras con acuerdo de comportamiento implementado.	**15%** (DECASEPA. MSP. 2014)
	4.3 **Implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua.**	Alcanzar el 80% de las instituciones con autoevaluación realizada.	**66%** (DECASEPA. MSP. 2014)
	4.4 **Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso.**	Obtener la línea de base de UPP, y descender el porcentaje de UPP en el SNIS. Implementar el reporte de caídas con daño en internación, y descender el índice de caídas con daño en internación, en el SNIS.	En proceso.
	4.5 **Vigilancia de las IAAS con datos auditados.**	Implementar la auditoría del 100% de las bacteriemias reportadas.	En proceso.
	4.6 **Incorporación de buenas prácticas con base en el conocimiento sistematizado, en diferentes áreas de atención.**	Alcanzar el 60% de los prestadores integrales del SNIS acreditados y/o reacreditados en buenas prácticas.	En construcción.
5. Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las **necesidades** sanitarias de las **personas.**	5.1 **Mejora de los vínculos médico–paciente y equipos de salud–usuarios.**	Incorporar los temas de buenas prácticas y uso racional de los recursos en salud como elemento de calidad en la agenda de los ámbitos de participación social.	En proceso.
	5.2 **Fortalecimiento y resolutividad del primer nivel de atención potenciando el rol del médico tratante o de referencia junto al equipo de salud del primer nivel.**	Inclusión de indicadores en el componente variable de los contratos de gestión con las instituciones del SNIS.	En proceso.

Opciones de **intervenciones** para el logro de los **resultados esperados**

A fin de identificar las mejores alternativas de intervención para alcanzar los resultados esperados, es relevante conocer el entramado causal que subyace a los problemas priorizados y tener una clara caracterización de los mismos (Anexo 1).

Asimismo, es relevante disponer de una amplia gama de herramientas de intervención que, actuando en forma sinérgica, permita construir las diversas opciones de política y de acciones desde el organismo rector para el logro de los objetivos sanitarios nacionales.

Objetivo
Estratégico

1.

Favorecer estilos de vida y entornos **saludables** y disminuir los factores de riesgo

Consumo de **tabaco**

Propuesta de intervención

Área de intervención **1**
Continuar y profundizar aplicación Convenio Marco de la OMS

Líneas de acción:
Se presentan siguiendo el articulado del CMCT-OMS:

1.1 Puesta en funcionamiento de un mecanismo de coordinación multisectorial, integrado por distintos organismos públicos y privados, sociedades científicas y ONG vinculados al control del tabaquismo en Uruguay. (Art. 5.2)

1.2 Uruguay tiene la decisión política de avanzar en los mecanismos que permitan evitar la interferencia de la industria tabacalera con las políticas de control de tabaco. Para ello se prevé:

1.2.1 Establecer una manual de procedimientos dirigido a los distintos funcionarios de gobierno, de acuerdo a lo establecido en las directrices del art. 5.3 del CMCT-OMS.

1.3 Analizar una Estrategia Nacional de Impuestos al tabaco, en concordancia con las Directrices del art. 6 del CMCT-OMS.

1.4 Uruguay ha avanzado en forma sustancial en la implementación de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, la medida cuenta con gran aceptación y cumplimiento por parte de la población. (Art. 8)
Se propone promover avances en las siguientes áreas 100% libres de humo de tabaco:

- Hoteles
- Exteriores de escuelas y centros de salud
- Automóviles. Vinculado a presencia de niños.

1.5 Desarrollo de una propuesta normativa dirigida a avanzar en la regulación de los elementos que aumentan la atractividad de los productos de tabaco.(Art. 9)

1.6 Avanzar en los procesos necesarios para llegar al empaquetado plano de los productos de tabaco.(Art. 11) Esto incluirá:

1.6.1 Proceso de análisis y discusión con los distintos actores involucrados.

1.6.2 Recolección de información y evidencia.

1.6.3 Estudio cualitativo para evaluar impacto de empaquetado plano en distintos grupos poblacionales, tanto en lo referido a la atractividad del producto como a la percepción de riesgo.

1.6.4 Evaluar el desarrollo de una propuesta normativa plausible y basada en el conocimiento sistematizado para la aprobación del empaquetado plano.

1.7 Contribuir a la concientización del público mediante la formación, educación y una política comunicacional.(Art. 12)

1.7.1 Diseñar un plan de comunicación

1.8 Estrategia Nacional de Vigilancia y Fiscalización (art. 20.2):

1.8.1 Puesta en funcionamiento del Sistema Informático de Fiscalización del cumplimiento de la normativa de control de tabaco.

1.8.2 Capacitación de los inspectores.

1.8.3 Desarrollo de un manual de procedimiento de fiscalización.

1.8.4 Evaluación.

1.9 Estrategia Nacional de Evaluación de Impacto de las Políticas (art. 20.3):

1.9.1 Estudio de costos de la epidemia de tabaquismo. Uruguay cuenta ya con un estudio de carga de la enfermedad, y La realización del estudio de costos permitirá saber el peso económico que la epidemia tiene sobre el sistema de salud y de la seguridad social.

Área de intervención **2**
Estrategia nacional para promover cesación de consumo de tabaco

Líneas de acción:

2.1 Diagnóstico y consejo breve en PNA y en cualquier contacto con los servicios de salud.

2.2 Acercar el consejo y tratamiento a poblaciones específicas (bajos recursos, jóvenes embarazadas, profesionales y usuarios de salud mental, población privada de libertad, equipos de salud en general y ámbitos laborales que presentan mayores prevalencias de consumo de tabaco).

2.3 Acceso a tratamiento especializado en todos los servicios de salud fomentando la integración público-privada.

2.4 Actualizar guía de cesación de tabaquismo.

2.5 Difundir el ABC del abordaje de cesación de tabaquismo entre los médicos del primer nivel.

2.6 Promover la cesación del consumo de tabaco, con énfasis en poblaciones especiales como embarazadas.

2.7 Promover el acceso a policlínicas especializadas de cesación del tabaquismo como referencia.

2.8 Establecer una coordinación efectiva con los prestadores de salud, orientada a la formación del equipo de salud y evaluación de impacto (JUNASA-ASSE).

Área de intervención **3**
Eliminación del comercio ilícito de los productos del tabaco

Líneas de acción:

3.1 Instalación y capacitación de comisión interinstitucional con la finalidad de la aplicación del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos del tabaco. (ley N.º 19.259). Evaluar ampliación de la comisión a otros organismos vinculados al área de control de tabaco.

3.2 Aplicación del art. 5.3 del Convenio Marco en el contexto de la comisión para la Implementación del protocolo.

3.3 Creación de centro de información. Seguimiento y localización. (Art. 8) (Art.9)

3.3.1 Mantenimiento de registros.

3.4 Registros de licencias. (Art. 6) Sistema de control para:

3.4.1 Elaboración de productos del tabaco y equipos de fabricación.

3.4.2 Importación o exportación de productos del tabaco y equipos de fabricación. (Art. 6 .1 del Protocolo)

3.4.3 Venta al por menor de productos de tabaco.

3.4.4 Cultivo comercial de tabaco.

3.4.5 Transporte de cantidades comerciales o equipos de fabricación.

3.4.6 Ventas al por mayor, intermediación, almacenamiento o distribución. (Art. 6.2 del Protocolo)

3.4.7 Implementación, Centro de Información. (Art. 6.3) (Art. 8)

3.4.8 Diligencia debida.

3.5 Ventas por Internet u otras formas vinculadas a las nuevas tecnologías. (Art. 11)

3.6 Reglamentación en zonas francas y tránsito internacional. (Art. 12)

3.7 Infracciones. Análisis del alcance de la normativa vigente. Iniciativas legislativas. (Parte IV)

Nutrición, alimentación **saludable** y actividad **física**

Propuesta de intervención

Área de intervención **4**
Elaboración, aprobación, publicación de guías y normas para una alimentación saludable y adecuada actividad física.

Líneas de acción:

4.1 Actualización de guías alimentarias y guías de actividad física para:
- a. La población en general
- b. Grupos según ciclo de vida, con participación de socios estratégicos.
  - ✓ Mujer embarazada y en lactancia,
  - ✓ incluyendo la valoración nutricional
  - ✓ Niña/os en edad preescolar
  - ✓ Niña/os en edad escolar
  - ✓ Adolescentes
  - ✓ Población adulta
  - ✓ Población de adultos mayores.
- c. Personas con patologías seleccionadas.

4.2 Publicación de la Norma de lactancia materna.

4.3 Publicación de las guías de:
- i. Alimentación complementaria
- ii. Prescripción de sucedáneos de la leche materna
- iii. Evaluación del crecimiento para menores de 5 años.

4.4 Revisión y publicación de la Guía de Prevención de deficiencia de hierro.

4.5 Diseño, aprobación y publicación de la Guía para el abordaje interdisciplinario (tratamiento y seguimiento) de niños con déficit nutricional.

Área de intervención **5**
Capacitación para la promoción de la nutrición y la adopción de una alimentación saludable y adecuada actividad física.

Líneas de acción:

5.1 Capacitación de los equipos de salud y responsables en las siguientes áreas:
- i. El manejo de la prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro (Suplementación con micronutrientes, clampeo oportuno del cordón, dieta rica en hierro, *screening* adecuado).
- ii. Lactancia y alimentación complementaria.
- iii. La evaluación del crecimiento del niño menor de 5 años.
- iv. El abordaje interdisciplinario del tratamiento y seguimiento de niños con déficit nutricional.
- v. La mejora del crecimiento intrauterino. Protocolo de atención nutricional de la mujer embarazada. Consejería y valoración nutricional. Atención diferenciada para las mujeres con bajo peso y obesidad.
- vi. Alimentación y actividad física para la población en general (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) y para personas con: obesidad; diabetes; enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, ACV); hipertensión arterial; cáncer y osteoporosis.
- vii. Alimentación y actividad física para adultos mayores y personas con discapacidad, incluyendo personal de casas de reposo, acompañantes, etcétera.

5.2 Coordinación intersectorial para la capacitación de directores, maestros y personal que desarrolla tareas en servicios de alimentación escolar de centros enseñanza (escuelas y liceos) públicos y privados, en el fomento de la alimentación saludable en cumplimiento de la ley 19.140.

5.3 Coordinación con el INDA, con el apoyo de UCC y el Sistema de Cuidados del MIDES, de la capacitación de los equipos interdisciplinarios de los centros de educación inicial (CAIF, INAU y privados) en el marco del CCEPI para el fomento de la lactancia, alimentación complementaria, dieta saludable y actividad física en cumplimiento de la ley 19.140.

5.4 Sensibilización en alimentación saludable y actividad física para:
- i. Cocineros, chefs, gastrónomos para unir los beneficios de una alimentación saludable a la defensa de la cultura culinaria con un enfoque de género.
- ii. Profesores de educación física, directores técnicos, entrenadores de baby fútbol para que sean facilitadores para la creación de entornos de alimentación saludables.

5.5 Promoción de la incorporación curricular de la temática en las facultades de Medicina y Enfermería, Escuela de Parteras e ISEF, incluyendo contenidos de alimentación saludable y actividad física.

Área de intervención **6**
Difusión de prácticas de alimentación saludable y de actividad física en la población.

6.1 Diseño intersectorial de estrategias de comunicación dirigidas a la población en general para alcanzar una alimentación más saludable y mayor actividad física.

6.2 Difusión en:

6.2.1 Los medios masivos
- ✓ Radio y TV.
- ✓ Redes sociales.
- ✓ Buses.
- ✓ Calle.
- ✓ Espectáculos públicos.
- ✓ Telefonía móvil.
- ✓ Plan Ceibal y Plan Ibirapitá.

6.2.2 Instituciones:
- ✓ Servicios de salud públicos y privados.
- ✓ Escuelas públicas y privadas.
- ✓ Liceos públicos, privados y centros de UTU.
- ✓ Instituciones de larga estadía (residencias u hogares de ancianos, "casas de salud").
- ✓ Eventos científicos.

Área de intervención **7**
Políticas públicas de modificación del entorno que favorezcan la adopción de hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de la actividad física

Líneas de acción:

En el entorno de los centros educativos

7.1 Fortalecimiento de los sistemas de fiscalización y control de la aplicación de la actual ley 19.140 con participación activa de las Direcciones Departamentales de Salud.

7.2 Valorar el envío al parlamento de un artículo complementario a la ley 19.140 de alimentación saludable en centros educativos, que restrinja la comercialización dentro de los mismos, de alimentos que no cumplan con los criterios establecidos por el MSP.

7.3 Actualización de los criterios para la definición de alimentos recomendados por el MSP y sus formas de identificación.

7.4 Diseño, implementación y certificación de Buenas prácticas de alimentación en centros educativos de Primaria, Secundaria y UTU.

En el entorno de los servicios de atención infantil (CAIF, jardines infantiles públicos y privados)

7.5 Diseño, implementación y certificación de Buenas prácticas de alimentación en los servicios de atención infantil.
- i. Definición de BPA de alimentación en los servicios de atención infantil.
- ii. Estímulos para el cumplimiento de las BPA en los servicios de atención infantil.
- iii. Preparación de los cursos de capacitación y de los materiales.
- iv. Sistema de evaluación de la acreditación de BPA en los servicios de atención infantil.

En el entorno de los servicios de salud

7.6 Fortalecimiento de las buenas prácticas de alimentación para la mujer embarazada y el niño pequeño en los servicios de salud.
- i. Incorporación del hierro polimaltosado al FTM.
- ii. Fiscalización del abastecimiento en los servicios públicos y privados de diferentes formulaciones de hierro medicamentoso, en forma imprescindible el hierro polimaltosado.
- iii. Acreditación y reacreditación de los servicios de salud en BPA como criterio de calidad. (Ref. Línea de acción 73.1)
- iv. Incentivo para la creación de centros de recolección departamentales de leche humana.

En el entorno de los hogares con mujeres embarazadas y niños pequeños con inseguridad alimentaria

7.7 Articulación interinstitucional para el diseño de un Sistema de respuesta oportuna ante la inseguridad alimentaria en los hogares con mujeres embarazadas y niños pequeños.
- i. Establecimiento de criterios para la detección y prestación oportuna ante situaciones de inseguridad alimentaria, emergencias y riesgo nutricional.
- ii. Unificación de las modalidades mejorando la calidad de la prestación.
- iii. Fortalecimiento e implementación del seguimiento y evaluación de las prestaciones brindadas a la población.

7.8 Articulación con los servicios de salud, centros de atención a la primera infancia y programas de proximidad, de atención directa y territorial.

7.9 Acciones de prevención de la contaminación ambiental que incidan en la biodisponibilidad de los nutrientes.

En entornos de centros urbanos:

7.10 Propuestas para la instalación en centros urbanos de facilidades para la actividad física.

- **i.** Facilidades para el transporte activo, como caminar y andar en bicicleta de forma segura.
- **ii.** Creación de circuitos aeróbicos.
- **iii.** Fomento de instalaciones deportivas y recreativas que ofrezcan oportunidades para hacer actividad física.

En entornos de ámbitos laborales:

7.11 Promover la creación de ambientes laborales que incentiven, protejan y apoyen la lactancia.

7.12 Contribuir a la mejora de la legislación sobre licencias parentales.

Respecto a los alimentos industrializados

7.13 Etiquetado general de los alimentos industrializados. (Ref. Líneas de acción 7.2 y 7.3 con manejo de criterios comunes)

- **i.** Convocatoria a la comisión específica de etiquetado para la discusión y evaluación de diferentes alternativas (advertencias, semáforo, etc.).
- **ii.** Definición de criterios para considerar a los productos con exceso de calorías, azúcares, sodio y grasas saturadas, en un proceso gradual y en sintonía con los procesos regionales.
- **iii.** Elaboración de propuestas de inclusión del rotulado del frente del envase.
- **iv.** Elaboración de decreto u ordenanza ministerial según corresponda.

7.14 Establecimiento de políticas progresivas de supresión de grasas trans de origen industrial 2015-2020. Convocatoria a un grupo técnico para la discusión y evaluación de metas para la eliminación de grasas trans.

7.15 Establecimiento de metas y de un plan de reducción de la sal/sodio en los procesos de la industria de alimentos según los topes acordados en el MERCOSUR.

7.16 Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños y adolescentes.

Área de intervención **8**
Control, monitoreo y evaluación

8.1 Sistematización de la información recibida a través de las metas asistenciales para conocer:

- **i.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil a los 4 meses, 18 meses y 4 años; en la mujer previa a la gestación y durante el embarazo.
- **ii.** Prevalencia de anemia.

8.2 Impulso y articulación de las siguientes encuestas poblacionales:

- **i.** Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS).
- **ii.** Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (15 a 64 años).
- **iii.** Encuesta Mundial de Salud en Estudiantes (13 a 15 años liceos públicos y privados).
- **iv.** Encuesta de Gastos e Ingresos.
- **v.** Encuesta sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia (usuarios de servicios de salud públicos y privados < 2 años).

8.3 Propuesta e implementación por la ANEP de un sistema de vigilancia incorporado al proyecto Gurí para conocer la situación de los escolares y adolescentes.

8.4 Trabajo con el Congreso de Intendentes a efectos de que reoriente sus cuerpos inspectivos para el control de las normativas vinculadas a la alimentación.

8.5 Fiscalización del cumplimiento del Código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

8.6 Estimular los cursos y la emisión de certificados habilitantes de manipuladores de alimentos en las diferentes comunas.

Sustancias **psicoactivas**

Propuesta de intervención

Área de intervención **9**
Política pública desde el ámbito interinstitucional conformado, que aborde de forma integral la temática del alcohol y que disminuya los riesgos y daños asociados a sus distintos patrones de consumo.

Líneas de acción:

9.1 Desarrollar una estrategia para una regulación eficiente de la venta, publicidad, promoción y patrocinio del alcohol.

9.2 Desarrollar un plan para restringir la publicidad, promoción y patrocinio del alcohol.

9.3 Elaborar contenidos en conjunto con el MEC, ANEP y la SND para la formación específica de docentes sobre el manejo adecuado de la temática del alcohol y su mejor abordaje en la institución educativa y la comunidad.

9.4 Desarrollar una campaña de comunicación pública orientada a promover que los usuarios problemáticos de alcohol puedan tomar mayor conciencia de su situación y demandar ayuda de forma temprana y oportuna en el SNIS.

9.5 Aumentar la eficacia y efectividad del plan de fiscalizaciones con espirometrías en la vía pública.

9.6 Implementar y fiscalizar el cumplimiento de la ordenanza 485 del MSP para adolescentes.

9.7 Capacitación para el abordaje oportuno y el desarrollo de intervenciones breves desde el primer nivel de atención en salud.

9.8 Capacitar al personal de salud para lograr una mejor identificación temprana, derivación y abordaje de la problemática, así como en un mejor registro de las lesiones en donde el uso problemático del alcohol haya sido un factor contribuyente.

9.9 Incluir en las actuales prestaciones de salud mental del PIAS el abordaje integral de los usos problemáticos de alcohol, con el modo 3, asegurando la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

9.10 Desarrollar un protocolo de evaluación de la calidad de las prestaciones que se brindan en el SNIS para usuarios problemáticos de drogas.

Área de intervención **10**
Desarrollo de una política pública integral y eficiente sobre el cannabis, en el marco del cumplimiento de la ley 19.172 y de los decretos reglamentarios correspondientes (Decreto 120/2014 y Decreto 46/2015).

Líneas de acción:

10.1 Jerarquizar la participación del MSP en todas las instancias dispuestas según la ley 19.172 y los decretos correspondientes.

10.2 Desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación sobre los riesgos del uso de cannabis, especialmente dirigidas a la población adolescente y joven, en coordinación con otros actores gubernamentales.

10.3 Desarrollar una unidad especializada en el monitoreo y la evaluación de la ley 19.172 (artículo 42), fomentando especialmente el desarrollo de investigaciones sobre los diferentes efectos del cannabis para la salud integral de las personas.

Área de intervención **11**
Prestaciones especializadas para el tratamiento de las personas que presenten usos problemáticos de cannabis dentro del SNIS.

Líneas de acción:

11.1 Capacitar al personal de salud para lograr una mejor detección temprana, derivación y abordaje de la problemática, en conjunto con otros actores gubernamentales.

11.2 Desarrollar un protocolo de intervención con requisitos mínimos para el abordaje adecuado del tema en el Primer Nivel de Atención de Salud, orientado a la prevención y la percepción del riesgo.

11.3 Incluir en las actuales prestaciones de salud mental del PIAS, el abordaje integral de los usos problemáticos de cannabis, con el modo 3, asegurando la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

Área de intervención **12**
Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por los profesionales de la salud, y uso adecuado por los usuarios.

Líneas de acción:

12.1 Implementar una estrategia de formación profesional para los equipos de salud y estudiantes avanzados de Medicina y Enfermería sobre el uso y prescripción racional de psicofármacos y estupefacientes, en alianza con los ámbitos académicos.

12.2 Control institucional a través de la fiscalización del cumplimiento de la normativa.

12.3 Monitoreo a través de la receta electrónica.

Objetivo
Estratégico

2.

Disminuir la carga **prematura** y evitable de **morbimortalidad** y **discapacidad**

Enfermedades no transmisibles **prevalentes**

Propuesta de intervención

Cáncer

Área de intervención **13**

Prevención primaria del cáncer, con especial atención al cáncer de cuello uterino, los cánceres tabaco dependientes, de piel y colon.

Líneas de acción:

Se presentan siguiendo el articulado del CMCT-OMS:

13.1 Solicitar a los prestadores integrales públicos y privados un plan de acciones para proveer educación integral en salud sexual y reproductiva.

13.2 Promover la capacitación del equipo oncológico en el asesoramiento para el tratamiento de la dependencia del tabaco con especial atención al consumo en la mujer y de acuerdo a la guía nacional vigente para el abordaje del tabaquismo.

13.3 Capacitación de los equipos de salud del primer nivel de atención en la vacuna HPV. Analizar la utilización de cursos concursables desde la CHLCC. Los prestadores deberán asegurar la participación de sus equipos técnicos.

13.4 Implementar la vacunación contra el HPV en ámbito escolar, en niñas de 10 a 12 años.

13.5 Desarrollar campañas de comunicación poblacional referidas a la prevención del cáncer de piel y la exposición al sol, la prevención del cáncer de cuello uterino y la prevención del cáncer de colon.

Área de intervención **14**

Detección oportuna y seguimiento para el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, mama y colo-recto en todos los prestadores del Sistema de Salud y mejora del registro de las acciones realizadas.

Líneas de acción:

14.1 Solicitar a los prestadores públicos y privados la elaboración de un plan de acción para facilitar el acceso y proveer la consulta clínica integral en prevención de patología cervical y mamaria[1] y su registro en la historia clínica. El énfasis estará en los departamentos con mayor incidencia y mortalidad por cáncer.

14.2 Incluir la realización del fecatest inmunológico (en mayores de 50 años) en el Control de Salud Básico (ex Carné de Salud), además del PAP y la mamografía.

14.3 Incorporar al contrato de gestión con los prestadores integrales públicos y privados, en el marco del fortalecimiento de la resolutividad del Primer Nivel de Atención, un plan de seguimiento de los usuarios con fecatest positivo y de las mujeres con resultados de PAP patológico (dando cumplimiento a las ordenanzas 402 y 466 del MSP) y con resultados de mamografía de tamizaje Birads IV-V.

14.4 Incorporar al compromiso de gestión con los prestadores públicos y privados la obligatoriedad del ingreso de los resultados de PAP y de colposcopías, biopsias, estadio (clínico/patológico) y tratamientos realizados, a la base de datos del PPCCU (SIPCCU), dando cumplimiento a lo establecido por las ordenanzas 402 y 466 del MSP.

14.5 Incorporar al compromiso de gestión con los prestadores integrales públicos y privados la obligatoriedad de incorporar al Registro Nacional de Cáncer (a través de *software* de acceso web) los resultados los resultados de mamografías (dando cumplimiento a la ordenanza 402 del MSP), de biopsias, estadio (clínico/patológico) y los tratamientos realizados en las pacientes con mamografía BIRADS IV-V.

1. La consulta clínica integral en prevención de patología cervical y mamaria debe incluir al menos examen físico completo, realización de la toma de PAP o coordinación ágil de la misma, indicación de la mamografía y educación sexual con perspectiva de género y de derechos. Con el posterior seguimiento longitudinal según resultados.

14.6 Incorporar al compromiso de gestión con los prestadores integrales públicos y privados la obligatoriedad de incorporar al *software* de acceso web desarrollado por la CHLCC y el Programa Nacional de Cáncer Digestivo los resultados de fecatest, de videocolonoscopía, anatomía patológica, estadio (clínico/patológico) y tratamientos realizados a los usuarios con resultados de fecatest positivo.

14.7 Capacitación de los equipos de salud en la detección temprana de los cánceres de mama, cuello uterino y colo-recto. Analizar la utilización de cursos concursables desde la CHLCC.

Área de intervención **15**
Implantar la HCE-O en todos los prestadores según plan gradual, para evaluación y seguimiento de la calidad asistencial.

Líneas de acción:

15.1 Contribuir a completar el desarrollo de la HCEO, con la identificación e inclusión de los indicadores de calidad asistencial.

15.2 Contribuir a implantar la HCEO en todos los prestadores según plan gradual.

15.3 Poner en marcha la evaluación y seguimiento de la calidad asistencial a partir de la información registrada en la HCEO.

Área de intervención **16**
Nuevos estudios y tratamientos que hayan demostrado beneficio clínicamente significativo y resulten costo-efectivos.

Líneas de acción:

16.1 Análisis de factibilidad de la incorporación de los estudios y medicamentos de alto costo financiados por el FNR.

Área de Intervención **17**
Desarrollo de investigaciones oncológicas que contribuyan a identificar estrategias diagnósticas y terapéuticas que respondan a problemas relevantes, necesidades y características de nuestra población y nuestro Sistema de Salud.

Líneas de acción:

17.1 Contribuir al desarrollo de una Red de Centros de Investigación Oncológica integrando estructuras académicas y sanitarias del área privada y del área pública, particularmente las vinculadas a servicios universitarios, al Instituto Nacional del Cáncer y al Instituto Pasteur Montevideo.

Propuesta de intervención
Enfermedades cardiovasculares, diabetes y respiratorias

Área de intervención **18**
Monitoreo de la prevalencia de factores de riesgo para ENT en la población.

Línea de acción:

18.1 Implementar entre 2018 y 2019 una nueva Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para ENT con la metodología de Steps, similar a las ediciones anteriores.

Área de intervención **19**
Detección precoz y tratamiento adecuado de las personas con hipertensión arterial.

Líneas de acción:

19.1 Incluir en forma normatizada la medición de presión arterial en el primer contacto con el sistema de salud y su registro en la historia clínica.

19.2 Diseño de una guía de práctica clínica en HTA, adaptando ya existentes.

19.3 Manejo de pacientes con base a guía de práctica clínica.

19.4 Enfatizar la detección precoz de las complicaciones mediante un adecuado control con base a guía de práctica clínica.

19.5 Desarrollar un plan garantizado de registro institucional, seguimiento y atención continua de pacientes con riesgo cardiovascular, que permita un monitoreo de los controles realizados y la aparición de complicaciones.

Área de intervención **20**
Capacidad del sistema de salud para disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica (síndrome coronario agudo con ST sobre elevado).

Líneas de acción:

20.1 Implementar estrategias de comunicación periódicas que tiendan a la

sensibilización y conocimiento de la población respecto a los síntomas y la consulta temprana con énfasis en la perspectiva de género.

20.2 Capacitar y entrenar al equipo de salud en la detección precoz y oportuna del síndrome coronario agudo con ST elevado, con la finalidad de optimizar la reperfusión mecánica (angioplastia) o farmacológica (fibrinolítica) oportuna.

20.3 Introducir en la dinámica asistencial de las instituciones la lógica de línea de cuidado y gestión de casos, para optimizar la continuidad del proceso asistencial:
- diagnóstico oportuno,
- tratamiento temprano con revascularización oportuna,
- traslado en tiempo y forma según corresponda,
- asegurar la asignación de un médico al alta a efectos de realizar seguimiento y evitar la aparición de complicaciones y ocurrencias de nuevos eventos,
- promover adecuada rehabilitación (12 semanas al menos postevento).

20.4 Crear el Centro Coordinador Nacional con el cometido de:
- centralizar la información de los eventos,
- apoyo en línea de tratamiento en agudo (telemedicina) con fibrinolíticos.

Área de intervención **21**
Capacidad del sistema de salud para disminuir mortalidad, morbilidad y discapacidad por ataque cerebrovascular (ACV).

Líneas de acción:

21.1 Implementar estrategias de comunicación periódica que tiendan a la sensibilización y conocimiento de la población respecto a los síntomas y la consulta temprana con énfasis en la perspectiva de género y la incidencia diferencial en ambos sexos.

21.2 Difundir protocolo de primera atención de ACV para referencia oportuna a la unidad de ACV especializada.

21.3 Crear unidades regionales ACV en cantidad adecuada y con complementación de servicios (atendería el 90% de los casos de ACV).

21.4 Implementar el uso de trombolíticos en pacientes que lo requieran (10 a 20% de los ACV isquémicos).

21.5 Implementar la realización de trombectomía en pacientes que lo requieran (1 a 2%).

21.6 Universalizar el acceso a la rehabilitación postevento en forma precoz con abordaje interdisciplinario.

21.7 Definir un servicio de referencia en tratamiento de ACV para prestadores públicos y privados (Unidad de ACV del Centro Cardiovascular Universitario).

Área de intervención **22**
Capacidad del sistema de salud para disminuir complicaciones crónicas de la diabetes (nefropatía diabética, disminución de visión, amputaciones por macro y microangiopatía diabética).

Líneas de acción:

22.1 Detectar precozmente y tratar adecuadamente a las personas con diabetes, fortaleciendo las capacidades del Primer Nivel para la atención del diabético tipo 2.

22.1.1 Identificar a las personas con diabetes 2 a través del Control en Salud (carné de salud).

22.1.2 Manejo de pacientes con base en guías de práctica clínica.

22.1.3 Procurar un equipo mínimo referente (médico, enfermero y nutricionista) para la atención integral del paciente con diabetes tipo 2 estable.

22.1.4 Optimizar el recurso especializado (ej. diabetólogo/endocrinólogo) indicando consulta cuando esté recomendado según pautas, a efectos de disminuir demoras en la atención con los especialistas.

22.1.5 Asegurar el acceso a unidades especializadas en caso de:
- Diabetes tipo 1,
- Diabetes gestacional,
- Diabetes tipo 2 de difícil manejo.

22.1.6 Asegurar continuidad del proceso asistencial promoviendo adecuada referencia y contrarreferencia.

22.1.7 Educar a la persona con diabetes y su familia (automanejo, autocuidado).

22.2 Detectar precozmente las complicaciones.

22.2.1 Pie diabético (concentrar competencias creando unidades de pie diabético regionalizadas con integración público-privada de ser necesario).

22.2.2 Patología ocular (control según pauta y asegurar el acceso en tiempo y forma al oftalmólogo).

22.2.3 Universalizar el Programa de Salud Renal para prevenir y detectar precozmente la nefropatía diabética.

22.3 Capacitar el equipo de salud: médico, enfermero, nutricionista, especialistas.
- Capacitar en el uso de guías de práctica clínica.
- Capacitar en el manejo de pie diabético (Programa Paso a Paso - IDF).
- Capacitar para la prescripción responsable.

22.4 Desarrollar sistema de información institucional con base en la historia clínica electrónica
- Desarrollar un registro institucional de diabéticos en los prestadores de salud del SNIS, que permita un monitoreo de los controles realizados y la aparición de complicaciones.

Área de intervención **23**
Detección precoz de la patología respiratoria crónica.

Líneas de acción:

23.1 Aumentar la detección precoz de la EPOC.

23.1.1 Búsqueda de casos según pautas con anamnesis orientada a identificar a la población de riesgo (realizado por cualquier integrante del equipo de salud). Aplicación de cuestionario de evaluación de riesgo en mayores de 35 años:
- Tabaquismo.
- Tos.
- Expectoración.
- Disnea.

23.1.2 Estudio diagnóstico de confirmación en fumadores sintomáticos (3 ítems positivos) mediante espirometría.

23.1.3 Facilitar el acceso a la espirometría (en especial en centros periféricos públicos).

23.1.4 Capacitar al equipo de salud en tratamiento de EPOC.

23.2 Síndrome Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).

23.2.1 Búsqueda de casos en puntos clave con cuestionario validado: Control de Salud (Carné de salud).

23.2.2 Derivación a Unidades Especializadas en Sueño, propias de los prestadores o por convenios de complementación.

23.2.3 Accesibilidad al tratamiento, valoración de ajustes a FTM-PIAS (CPAP Continuous Positive Airway Pressure, insomnografía).

Mortalidad infantil neonatal y **prematuridad**

Propuesta de intervención

Área de intervención **24**
Planificación, captación precoz y control adecuado del embarazo.

Líneas de acción:

24.1 Campañas de educación sexual, de derechos sexuales y reproductivos, planificación responsable y deseada del embarazo.

24.2 Profilaxis con ácido fólico pregestacional para disminuir malformaciones congénitas, estimulando la consulta preconcepcional.

24.3 Analizar la factibilidad de que el acceso a la profilaxis pregestacional completa con ácido fólico sea mediante el pago de un solo tique moderador por todo el tratamiento, que dura 12 meses como máximo. Analizar modalidad de cuponera.

24.4 Diseñar y difundir protocolo de atención a la embarazada con parto prematuro, según la presencia de factores de riesgo.

24.5 Inclusión de la ecografía estructural y la ecografía vaginal en el PIAS, y aplicación en las instituciones del decreto de fecha enero/2016.

Área de intervención **25**
Procesos de regionalización nacional perinatal con énfasis en la Red de Unidades de Cuidados Intensivos neonatales y adecuado traslado de la embarazada.

Líneas de acción:

25.1 Reglamentar y capacitar en el traslado de la embarazada mediante categorización del riesgo (Metodología ALSO).

25.2 Auditar los nacimientos de prematuros severos (causa justificada del nacimiento, nivel de complejidad donde se produjo el nacimiento). Auditorías internas y externas.

25.3 Identificar las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos en todo el territorio nacional.

25.4 Asegurar el acceso a las Unidades de CIN y pediátricos con base en convenios de complementación con base territorial.

Área de intervención **26**
Reglamentación y auditoría de la asistencia inmediata, reanimación, estabilización y traslado del prematuro.

Líneas de acción:

26.1 Implementar un sistema nacional regionalizado de traslado de recién nacido de alto riesgo con énfasis en el prematuro.

26.2 Capacitar efectores de salud en asistencia inmediata y reanimación neonatal (Metodología ALSO).

26.3 Capacitar a efectores de salud en estabilización neonatal (Se sugiere ACORN).

26.4 Capacitar a efectores de salud en traslado neonatal.

26.5 Establecer un grupo técnico de capacitadores.

26.6 Establecer un equipo de auditores calificados.

Área de intervención **27**
Auditoría de los traslados maternos y neonatales de riesgo y las condiciones, oportunidad y lugar del nacimiento del prematuro.

Líneas de acción:

27.1 Implementar un grupo de auditoría de traslados de prematuros severos.

27.2 Definir indicadores de calidad de las unidades de atención neonatal.

Área de intervención **28**
Competencias de la obstetra partera.

Líneas de acción:

28.1 Nuevo reglamento de ejercicio de la obstetra partera.

28.2 Vademécum propio para obstetra partera.

Área de intervención **29**
Regulación del funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos.

Líneas de acción:

29.1 Actualizar la normativa de funcionamiento de las unidades neonatales de cuidados críticos y asegurar su cumplimiento.

29.2 Supervisar el cumplimiento de normas de atención.

29.3 Acreditar las unidades neonatales de cuidados críticos respecto a su área física, equipamiento y tecnología.

29.4 Seleccionar y monitorear indicadores de calidad de asistencia: infección intrahospitalaria, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneana, retinopatía. (Se sugiere SIP Neonatal de internación).

29.5 Reglamentar que el prestador cumpla con el llenado de SIP de internación neonatal.

Área de intervención **30**
Regulación de la asistencia hospitalaria del recién nacido prematuro.

Líneas de acción:

30.1. Actualizar las normas de atención del prematuro.

30.2. Asegurar que los prestadores cumplan las normas de atención y la tecnología apropiada (óxido nítrico inhalatorio, ventilación de alta frecuencia, ECMO) según el cronograma establecido de acreditación.

Área de intervención **31**
Reglamentación del seguimiento del recién nacido prematuro promoviendo la continuidad asistencial Internación/Primer Nivel de Atención.

Líneas de acción:

Implementar pautas nacionales de seguimiento de prematuros.

31.1 Implementar el alta programada de prematuros de alto riesgo mediante equipos de enlace entre el medio intra y extrahospitalario, y equipos de seguimiento de alto riesgo en el primer nivel de atención. (Ref. Líneas de acción 53.1.3 y 56.2)

31.2 Promover la creación de dispositivos de seguimiento interdisciplinarios para prematuros severos, sostenidos por estrategias de complementación.

31.3 Actualizar el carné para control y seguimiento del niño/a incorporando curvas de crecimiento de niños prematuro según edad, y los controles específicos según su edad gestacional (SERENAR y otros actores).

Morbimortalidad por **VIH Sida**

Propuesta de intervención

Área de intervención **32**
Acceso al diagnóstico

Líneas de acción:

32.1 Campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS.

32.2 Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables.

32.2.1 Plan de capacitación dirigido a Directores Técnicos de laboratorios privados y de instituciones prestadoras de servicios de salud, en nuevos algoritmos diagnósticos. Coordinación con Laboratorio de Salud Pública.

32.2.2 Fiscalizar la implementación de algoritmos con base en pruebas rápidas en los laboratorios sin infraestructura para realizar otras pruebas de tamizaje, en servicios de salud alejados de laboratorios, en poblaciones de difícil captación y seguimiento (aplicación ordenanza 567/14).

32.2.3 Implementar espacios de testeo voluntario con consejería, en servicios de salud donde el usuario pueda concurrir por iniciativa personal. Coordinación con prestadores públicos y privados. Costo a cargo del prestador.

32.2.4 Realizar oferta de tamizaje de sífilis y VIH en el control de salud de cualquier persona (independientemente de edad, sexo, orientación sexual) según las pautas del MSP. Solicitar plan de sensibilización y capacitación a los DT de los prestadores, dirigido a su cuerpo médico, priorizando equipos de salud del primer nivel.

32.2.5 Implementar oferta de prueba diagnóstica en los sitios de consulta de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de otros programas estatales (JND), rondas rurales, etcétera.

32.2.6 Ofrecer el control de salud integral, que incluya oferta de tamizaje de sífilis y de VIH, vinculado al acceso y renovación de planes y/o beneficios sociales.

Área de intervención **33**
Acceso a atención de calidad a personas con VIH adoptando un modelo de atención de enfermedad crónica con características de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y libre de discriminación.
.

Líneas de acción:

33.1 Facilitar el acceso a la atención.

33.2 Generar el marco normativo desde la rectoría para la descentralización de la atención (elaboración de una ordenanza que defina roles de los diferentes niveles de atención, criterios de referencia-contrarreferencia, directivas para la distribución descentralizada de ARV, antimicrobianos para profilaxis y para acceso a exámenes paraclínicos).

33.2.1 Implementar un modelo de enfermedad crónica que incluya la dispensación prolongada de TARV. Fiscalizar la disponibilidad de fármacos en farmacias.

33.2.2 Regular las tasas moderadoras para órdenes y tiques de medicamentos y de exámenes de control (población linfocitaria, carga viral), en el marco de la línea general de avanzar en la regulación de los copagos en las prestaciones clave para el cumplimiento de los OSN.

33.2.3 Difundir las pautas de atención desde la rectoría para apoyo de los equipos de salud en territorio.

33.3 Generar mecanismos que faciliten la vinculación y retención en el proceso de atención integrando al contrato de gestión de las instituciones los requerimientos que se detallan en los siguientes numerales.

33.3.1 Utilizar el registro de seguimiento de pacientes con VIH como herramienta para la detección de personas diagnosticadas que no se vinculan a la atención, o que interrumpen el retiro de fármacos ARV , y generar mecanismos

de alerta a las instituciones asegurando el respeto por la confidencialidad en el manejo de la información.

33.3.2 Promover que las instituciones elaboren hojas de ruta para asegurar la captación de usuarios/as con diagnóstico de VIH para su seguimiento clínico.

33.4 Facilitación del acceso al TARV.

33.4.1 Diseñar e implementar estrategias para mejorar el acceso al TARV que aborden todos los obstáculos identificados:

33.4.1.1 Descenso de los costos, por compras conjuntas a través del Fondo Estratégico de OPS/OMS.

33.4.1.2 Revisión programada y periódica del FTM, con la dinámica habitual para todos los fármacos.

33.4.1.3 Eliminar barreras burocráticas al acceso al TARV cuando el tratamiento se ciñe al protocolo. Eliminar la condición de aprobación por parte de comités especiales o estructuras burocráticas similares, de los tratamientos de primera línea, de los prescriptos por indicación y/o supervisión de expertos.

33.4.2 Fiscalizar el cumplimiento de las pautas nacionales de TARV para los planes de inicio establecidos como preferenciales.

33.4.3 Fiscalizar la disponibilidad de ARV en las farmacias y detectar episodios de desabastecimiento.

Área de intervención **34**
Estrategias intersectoriales de promoción de salud y prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH.

Líneas de acción:

34.1 Asegurar la capacitación de los equipos docentes de educación primaria y educación media en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, en promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género con énfasis en prevención de ITS.

34.2 Facilitación del acceso a preservativos y geles, desmedicalización del condón, expendedores en lugares públicos. (Ref. Líneas de acción 39.2.2 y 39.2.6)

34.3 Estrategias de comunicación con énfasis en jóvenes y poblaciones clave.

34.4 Utilización de TIC para apoyo de la adherencia al TARV (mensajes de texto, recordatorios, etc.).

34.5 Promover la multiplicación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS. Implementar estrategia de acreditación. (Ref. Línea de acción 73.4).

Violencia basada en **género** y **generaciones**

Propuesta de intervención

Área de intervención **35**
Capacidad de respuesta del SNIS frente a las situaciones de VBGG en todo el país.

Áreas de intervención:

35.1 Optimizar el uso de los instrumentos y mecanismos para la detección precoz y el abordaje oportuno de situaciones de VBGG en el Primer Nivel de Atención.

35.2 Implementar instrumentos y mecanismos para la detección precoz y abordaje oportuno en servicios de emergencia de situaciones de VBGG (integrado a Meta Prestacional 1).

35.3 Creación de servicios de referencia departamentales para la asistencia a situaciones de alto riesgo de vida y/o de salud por VBGG.

35.4 Formación de una Red Nacional y Redes Departamentales de Equipos de Referencia en Salud y VBGG, reperfilando a los Equipos de Referencia en VD hacia Equipos de Referencia en VBGG.

35.5 Capacitación y formación continua a todo el personal de salud de atención directa.

Área de intervención **36**
Optimización del uso de la información disponible en los instrumentos existentes en el SNIS para generar información complementaria a la línea de base actual (mujeres en situación de VD de 15 años y más).

Líneas de acción:

36.1 Formar un grupo de trabajo interinstitucional para el monitoreo de información de situaciones de violencia detectadas en mujeres, niñas/os, adolescentes y adultos mayores.

36.2 Análisis de causa básica de muerte mediante una búsqueda activa de violencia de género según criterios de inclusión, vinculados a mayor riesgo, que incluya la revisión de HC y otros recursos interinstitucionales.

Suicidios

Propuesta de intervención

Área de intervención **37**
Prevención, tratamiento y seguimiento de las personas con riesgo suicida.

Líneas de acción:

37.1 Implementar acciones de promoción y prevención en los tres niveles, a través de información, realización de talleres, sensibilización y educación a la población en general, incluyendo una estrategia comunicacional en medios masivos de comunicación.

37.2 Fortalecer los grupos departamentales locales de trabajo en torno al tema prevención de suicidios. Con carácter interinstitucional, una agenda y cronograma de trabajo definidos, y apostando a sus sostenibilidad por estrategias de complementación público-privada, según las realidades locales.

37.3 Revisar el conjunto de prestaciones en salud mental a los efectos de analizar la factibilidad de aumentar la cobertura a través del acceso a prestaciones psicoterapéuticas para personas con: depresión moderada y severa (mayor de 25 años que actualmente no tiene cobertura) y consumo problemático de alcohol. Concretar un grupo de trabajo para evaluar y reformular prestaciones en salud mental. (Ref. Líneas de acción 9.9 y 11.3)

37.4 Analizar la factibilidad de reducir el copago para mejorar el acceso al tratamiento por IAE en las consultas de: psicoterapia, psiquiatra y medicación por un período de 6 meses. Analizar el costo incremental en espacio específico con Economía de la salud y referentes del MEF. (Ref. Líneas de acción 9.9, 11.3)

37.5 Capacitación a cargo de los prestadores, de sus profesionales del primer nivel de atención y emergencias, en la detección de riesgo suicida, intervención y seguimiento (con base en la Guía de bolsillo y el protocolo de seguimiento elaborado por el PNSM-MSP).

37.6 Recomendar al Sector Educación la inclusión de la temática; en la Universidad en la currícula de grado y posgrado de las facultades del área de salud, y en educación primaria y educación media en la currícula de los docentes.

37.7 Implementar el protocolo de seguimiento de la atención de las personas con IAE para todos los prestadores del SNIS. Valorar su inclusión en el contrato de gestión.

37.8 Establecer la obligatoriedad de la internación de menores de 15 años que presenten un IAE por un lapso suficiente para ser evaluado por un equipo técnico especializado. La internación deberá realizarse en hospitales y sanatorios generales, eventualmente con estrategias de complementación cuando se requiera.

37.9 Asegurar la obligatoriedad para todos los prestadores del SNIS, de ofrecer una línea telefónica de 24h. para la atención de crisis en todo el país.

37.10 Analizar la factibilidad de incluir una meta asistencial que integre la auditoría de casos de suicidios en las instituciones, el seguimiento de los casos de IAE y la aplicación de la Guía del MSP de Prevención de Suicidio en el Primer Nivel.

Siniestralidad **vial**

Propuesta de intervención

Área de intervención **38**
Abordaje de la siniestralidad vial, como estrategia para disminuir la morbimortalidad desde un enfoque integral, interdisciplinario e interinstitucional, a través de la Junta Nacional de Seguridad Vial.

Líneas de acción:

38.1 Implementar el Proyecto sobre Rotulación de Advertencias en Envases de Fármacos, para el manejo de vehículos y actividades laborales expuestas al riesgo en el Uruguay.

38.1.1 Definir lineamientos para la elaboración de un plan en el primer nivel de atención que incluya el "Consejo Sanitario en Seguridad Vial" en la práctica de los equipos de salud.

38.1.2 Incluir el "Consejo Sanitario en Seguridad Vial" en los equipos de salud y médicos de distintas especialidades, con un enfoque esencialmente preventivo en relación a los riesgos en la conducción vehicular y en actividades laborales riesgosas.

38.2 Implementar el "Programa para conductores con detección positiva de drogas en el tránsito" (PCDT).

38.3 Elaborar dentro del SNIS, un Protocolo de Atención Único para la asistencia médica de usuarios que viven un siniestro de tránsito.

38.3.1 Implementar en el marco del SAME 105 los protocolos de atención médica en vía pública, así como los procedimientos hospitalarios.

38.3.2 Capacitar e informar a los distintos equipos de salud sobre la necesidad de alentar la atención especializada en salud mental, orientada a usuarios que han sufrido la pérdida de un familiar o que padecen secuelas crónicas.

38.3.3 Incluir modificaciones al Modo 1 del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, orientadas al abordaje dinámico del usuario que ha sufrido la muerte inesperada de un familiar.

- Asegurar que el abordaje integre –por sus características– una modalidad: a) individual, b) familiar y c) de pareja.
- Modificar el tiempo de abordaje, llevándolo a una asistencia dentro de las 48 a 72h, considerando que es el tiempo técnico indicado para la asistencia en crisis.
- Estimular a que se "ofrezca la ayuda" a los familiares, coordinando con la UNASEV para el acceso a la información requerida para tal fin.

38.3.4 Difusión pública de este recurso a la población a través de distintas acciones.

38.4. Crear un registro único de lesionados y discapacitados permanentes, e incorporar una visión de abordaje sistémico o en red, junto con otros organismos referentes.

38.4.1 Darle una asistencia integral y seguimiento a dichos usuarios a nivel nacional.

38.5 Trabajar transversalmente junto con la UNASEV y otros organismos para que los usuarios del SNIS que han sufrido un siniestro de tránsito sean informados sobre los recursos que cuenta el Estado y sus derechos de forma integral.

38.6 Creación de la guía de recursos orientada a los usuarios que han vivido un siniestro de tránsito.

38.7 Continuar desarrollando las acciones necesarias a los efectos de mejorar las respuestas sanitarias tras los siniestros de tránsito. Incluye la implementación del Sistema de Emergencias y Traslados desarrollando las etapas necesarias que complementan las acciones iniciadas.

Objetivo
Estratégico

3.

Mejorar el **acceso** y la **atención** de salud en el **curso de la vida**

Embarazo en la **adolescencia**

Propuesta de intervención

Área de intervención **39**

Accesibilidad de las y los adolescentes a la orientación oportuna para una vivencia saludable y sujeta a derechos sobre sexualidad, así como al uso de métodos anticonceptivos.

Líneas de acción:

39.1 Campañas de difusión masivas para mejorar la vivencia de una sexualidad informada, consensuada, placentera y segura. Difundir APP Gurú del sexo.

39.2 Flexibilizar las vías de acceso a los métodos anticonceptivos y específicamente a los preservativos.

39.2.1 Todos los ACO son entregados por cualquier médica/o del equipo de salud durante los 3 primeros meses, después deberán consultar médica/o ginecóloga/o. La totalidad de ACO que ofrece la institución deberá incluirse mediante el sistema de cuponeras, en el 100% de los prestadores de salud del SNIS. Instrumento de verificación – Auditoría.

39.2.2 Todos los prestadores de salud del SNIS deberán asegurar a todas/os las/os adolescentes que tienen bajo su cobertura, el retiro de una cuponera de 12 vales por 15 preservativos cada uno por mes, mediante la presentación de cédula de identidad que habilite su condición de socio/a en la farmacia de su prestador. En la primera instancia se le entregará dicha cuponera.

39.2.3 Todas las puertas de emergencia, los consultorios de medicina, ginecología y enfermerías ofertan el *pack* mínimo (preservativo, ACO de emergencia y folletería) según guías de ACO del MSP, 2014. Los mensajes para folletería serán acordados por el MSP, el diseño e impresión se costeará por parte de las instituciones. Instrumento de verificación – Auditoría.

39.2.4 Las consultas de adolescentes en los prestadores de salud del SNIS por anticoncepción se resuelvan en un plazo no mayor a 48 horas. Vinculado a decretos de tiempos de espera. (Ref. 39.2.1 Consulta con Médico General o de Familia)

39.2.5 Incorporación de la colocación de los implantes subdérmicos al catálogo de prestaciones obligatorias que se ofrecen a las adolescentes a partir de su integración al PIAS. Realizar la compra conjunta de implantes a través del fondo de aseguramiento del MSP.

39.2.6 Desarrollar experiencias piloto de colocación de expendedores de condones en lugares públicos de acercamiento y concentración de adolescentes y jóvenes (boliches, toques, instituciones educativas secundarias y terciarias, clubes deportivos, estaciones de servicio), en zonas focalizadas con base departamental. Con logística sencilla, llamado a proveedores para dispositivos expendedores simples; analizar capacidad del MSP de proveer los preservativos. (Ref. Línea de acción 34.3).

39.3 Nuevo reglamento de ejercicio de la obstetra partera que le habilite a contar con un nuevo vademécum propio y que amplíe sus competencias en la atención de la gestación, parto y puerperio.

39.4 Fiscalizar el cumplimiento de la normativa para asegurar el acceso oportuno al proceso de IVE.

Área de intervención **40**

Capacidades de los equipos de salud para la atención integral de adolescentes.

Líneas de acción:

40.1 Fortalecer a los equipos de los espacios adolescentes y los equipos centrales de SS y SR en el marco del SNIS para potenciarlos en un rol creativo, y mejorar su capacidad de articulación con el resto de los servicios, en la prevención del embarazo en adolescentes.

40.2 Capacitar a los equipos de salud (profesional de salud, personal técnico, personal administrativo) en el respeto de los derechos de las y los adolescentes para el ejercicio de una sexualidad placentera y segura reforzando su rol de receptores. Poner atención en los derechos sexuales de la población adolescente con discapacidad.

40.3 Solicitar a la DT de cada prestador un plan de acción para asegurar los DD. SS. RR de los adolescentes y prevenir el embarazo adolescente no deseado, elaborado en conjunto por el Equipo Central de SS y SR y los referentes de los Espacios Adolescente del prestador; se priorizarán los efectores públicos y privados con mayores niveles de embarazo adolescente, con base en datos del SIP.

Área de intervención **41**

Articulaciones y alianzas estratégicas interinstitucionales e intersectoriales para lograr un proyecto común a nivel país en el abordaje de la salud de adolescentes.

Líneas de acción:

41.1 Promover la inclusión de capacitación de calidad en temáticas vinculadas a la sexualidad, a la prevención del embarazo y a la atención de la maternidad-paternidad en la currícula de formación docente de cada uno de los subsistemas de ANEP, en continuidad con las capacitaciones previas provistas por el MSP a los docentes.

41.2 Asegurar la inclusión de orientación oportuna y de acceso a doble método anticonceptivo (incluyendo un método de barrera) en los dispositivos de proximidad territorial (MIDES, INAU, INISA, CODICEN, ASSE), con énfasis en los territorios seleccionados por la Estrategia de Integración de Territorios Socioeducativos.

41.3 Impulsar el empoderamiento de grupos de adolescentes en la temática, desarrollando propuestas desde las diferentes instituciones y agrupaciones de la sociedad civil que cuentan con ámbitos que nuclean adolescentes.

41.4 Promover espacios de articulación interinstitucional para gestión de situaciones individuales de vulnerabilidad. Articulación con la DDS.

41.4.1 Propiciar acuerdos y agendas de trabajo común con otras instituciones en relación a la captación de las situaciones de vulnerabilidad, riesgo de abandono o abandono del sistema escolar (identificación de recursos en territorio, flujograma y contenidos de actuación entre educación, salud, desarrollo social, etc.).

41.4.2 Explorar acuerdos con el Poder Judicial en relación a la atención de adolescentes de 10 a 14 años durante y después de el proceso judicial y de otros grupos con vulnerabilidades asociadas (ej. violencia, abuso, explotación sexual, conflictos con la ley, etc.).

Área de intervención **42**

Captación y acompañamiento de adolescentes que se encuentran cursando un embarazo y/o la maternidad-paternidad.

Líneas de acción:

42.1 Elaboración de protocolos de procesos de atención en el ámbito del SNIS, asociado a los procesos de acreditación en buenas prácticas, incorporando a los agentes socioeducativos como integrantes del equipo de salud en los prestadores públicos y privados.

42.2 Captación, control y seguimiento oportuno de las adolescentes que deciden continuar su embarazo.

42.3 Acordar para adolescentes madres-padres líneas de oportunidades educativas y laborales interinstitucionales e intersectoriales para su apoyo y protección.

Humanización de **partos y cesáreas**

Propuesta de intervención

Área de intervención **43**

Condiciones de asistencia del parto humanizado en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica.

Líneas de acción:

43.1 Profundizar estudios de evidencia y factibilidad de la inclusión de la analgesia obstétrica dentro de las prestaciones del PIAS para 2016.

43.2 Establecer un grupo de trabajo, en acuerdo con la Facultad de Medicina y el CLAP para evaluar el formato de partograma más adecuado a la evidencia científica (articulado con Línea de acción 42.2).

43.3 Capacitaciones dirigidas a los equipos de salud respecto a la humanización del parto.

43.4 Impulsar la implantación de las salas de nacer con las condiciones requeridas para un parto humanizado.

43.5 Aprobar un nuevo reglamento de ejercicio de la obstetra partera que la habilite a contar con un vademécum propio y amplíe sus competencias en la atención del embarazo, parto y puerperio.

43.6 Campaña de difusión pública respecto a derechos de los usuarios en la atención del parto.

43.7 Incluir las pautas de indicación y las prácticas vinculadas a la cesárea y al parto natural en los criterios de pago variable relacionado con las buenas prácticas de materia de calidad en orden a los OSN, en el marco del laudo médico único nacional. (Ref. Línea de Acción 70.2)

Área de intervención **44**

Magnitud de tasa de cesáreas a nivel nacional.

Líneas de acción:

44.1 Desarrollar proceso de regionalización, habilitación de maternidades, red de maternidades de referencia y acreditación de maternidades con base en criterios de calidad y un Plan Maestro Nacional.

44.2 Establecer e integrar en las prácticas institucionales, las guías de actuación para las situaciones clínicas que más se relacionan con cesáreas potencialmente evitables (cesárea previa, inducción del parto, parto no evolutivo, etc.).

44.3 Obligatoriedad de brindar clases gratuitas de educación para el embarazo, parto y crianza, a sus usuarias embarazadas. Incluir el tema cesárea con información obtenida de las recomendaciones de la OMS y la medicina basada en evidencia.

44.4 Definición de un conjunto de indicadores a monitorizar respecto a la tasa de cesáreas (con base en SIP, certificado nacido vivos y reporte de prestadores), estableciendo la línea de base de las diferentes instituciones.

44.5 Obligatoriedad por parte de los prestadores de elevar el paquete de indicadores al MSP.

44.6 Solicitar a los prestadores que presenten al MSP un Plan Técnico para la Reducción-Racionalización de Cesáreas a nivel institucional.

44.7 Realizar auditorías a los prestadores respecto al índice de cesáreas.

44.8 Establecer una forma de registro universal respecto a la descripción quirúrgica de cesárea y sus razones (cambiar la actualmente vigente).

44.9 Establecer una guía a utilizar por los prestadores en las auditorías internas de cesárea que estos realicen.

44.9.1 Auditoría interna obligatoria en los casos de técnicos con un índice de cesárea superior al 40%. Contrato de gestión.

44.10 Establecimiento de clasificación ROBSON para monitoreo.

44.11 Incluir dentro de las metas asistenciales:

44.11.1 La reducción del índice de cesáreas en un período de un año, en un porcentaje variable según prestador.

44.11.2 Clases de parto.

Transmisión vertical de **sífilis** y **VIH**

Propuesta de intervención

Área de intervención **45**
Abordajes intersectoriales de promoción de salud sexual y salud reproductiva con énfasis en prevención de ITS.

Líneas de acción:

45.1 Capacitación de los equipos docentes de educación primaria y educación media en temas de educación en sexualidad con un abordaje integral, en promoción del ejercicio de una sexualidad libre, segura y placentera, de respeto por las diversidades y las identidades de género, con énfasis en prevención de ITS.

45.2 Campañas comunicacionales que promuevan la utilización de métodos de barrera para la prevención de ITS.

45.3 Desarrollar experiencias piloto de colocación de expendedores de condones en lugares públicos de acercamiento y concentración de adolescentes y jóvenes (boliches, instituciones de educación media y terciarias, clubes deportivos, estaciones de servicio), en zonas focalizadas con base departamental.

45.4 Acceso y entrega a condones gratuitos en lugares de acercamiento y/o concentración de poblaciones más vulnerables: dispositivos del MIDES, cárceles y otros contextos de encierro, centros de atención de usuarios de drogas, unidades móviles de salud, ONG.

Área de intervención **46**
Acceso a diagnóstico de sífilis y VIH de toda la población.

Líneas de acción:

46.1 Campañas comunicacionales que promuevan la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH.

46.2 Facilitar el acceso al testeo con énfasis en poblaciones más vulnerables:

46.2.1 Plan de capacitación costeado para alcanzar a todos los laboratorios institucionales en la implementación de nuevos algoritmos diagnósticos

46.2.2 Obligatoriedad de implementar algoritmos con base en pruebas rápidas en los laboratorios sin infraestructura para implementar otras pruebas de tamizaje, en servicios de salud alejados de laboratorios, en poblaciones de difícil captación y seguimiento, cuando sea necesario una confirmación urgente del diagnóstico (ordenanza 567/14).

46.2.3 Implementar espacios de testeo voluntario con consejería en servicios de salud donde el usuario pueda concurrir por iniciativa personal.

46.2.4 Realizar oferta de tamizaje de sífilis y VIH en el control de salud (Ref. Línea de acción 32.2.4).

46.2.5 Implementar oferta de pruebas diagnósticas de sífilis, VIH (VHB y VHC según pautas) en los sitios de consulta y encuentro de las poblaciones más vulnerables: puerta de emergencia, policlínicas, refugios, móviles de salud y de otros programas estatales (JND), rondas rurales, centros de atención a usuarios de drogas, etc. (Ref. Línea de acción 30.2.5).

46.2.6 Realizar control de salud integral que incluya oferta de tamizaje de sífilis y de VIH vinculado al acceso y renovación de planes y/o beneficios sociales.

Área de intervención **47**
Acceso y la calidad del control del embarazo.

Líneas de acción:

47.1 Fiscalizar el cumplimiento de la ordenanza ministerial 447/12 con énfasis en:

47.1.1 Garantizar el acceso al diagnóstico de embarazo en el punto de atención, asegurando la disponibilidad de técnicas de detección de ß-HCG para diagnóstico en el mismo día.

47.1.2 Iniciar las acciones del control de embarazo ante la constatación clínica o paraclínica del mismo (incluye test rápido realizado por la institución o que trae la usuaria). Se destaca que el control del embarazo incluye: registro completo y entrega del carné SIP; realizar test rápido de sífilis y VIH.

47.2 Fortalecer las redes con otros sectores que faciliten el acercamiento y captación de mujeres embarazadas:

47.2.1 Optimizar el trabajo conjunto desde el sector salud con los programas de cercanías ya existentes a nivel de territorios (MIDES, INAU, CAIF, MEC, Jóvenes en Red, Intendencias, UCC, mesas interinstitucionales).

47.3 Fiscalizar el cumplimiento de la norma referida a acceso a consulta ginecológica en un plazo máximo de 48h.

47.4 Promover el acompañamiento de la mujer por su pareja en el control prenatal al menos una vez en el 1er y una vez en el 3er trimestre (decreto del Poder Ejecutivo 35/14).

Área de intervención **48**
ITS en la mujer, especialmente sífilis y VIH, durante el embarazo y la lactancia.

Líneas de acción:

48.1 Asegurar la provisión de preservativos durante embarazo y lactancia con asesoría, involucrando a ginecólogos, parteras y pediatras.

48.2 Ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada, una vez durante el control del embarazo, sin costo para el usuario y a cargo del mismo prestador de la usuaria. (Ordenanza en proceso)

Área de intervención **49.**
Diagnóstico oportuno de sífilis y/o VIH durante el embarazo

Líneas de acción:

49.1 Monitorear (auditorías) el cumplimiento de la realización de las pruebas diagnósticas de sífilis durante el embarazo, como está establecido en la pauta (1er control, 2er y 3er trimestre).

49.2 Asegurar la disponibilidad oportuna de los resultados de las pruebas diagnósticas de sífilis y VIH. Acción desde el laboratorio hacia el médico tratante y hacia la paciente.

49.3 Fiscalizar la disponibilidad de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis y VIH en el punto de atención (policlínica, emergencia).

Área de intervención **50**
Tratamiento de sífilis y/o VIH durante el embarazo.

Líneas de acción:

50.1 Monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de sífilis: a) tratamiento inmediato con prueba reactiva; b) al menos 2 dosis, la última en un tiempo mayor a 1 mes del parto.

50.2 Monitorear (a través de la auditoría) el cumplimiento de la pauta de tratamiento de VIH durante el embarazo, que debe ser comenzado con el resultado de la primera prueba reactiva sin necesidad de esperar la confirmación.

Área de intervención **51**
Acceso y continuidad de cuidados de las mujeres con VIH luego del parto.

Líneas de acción:

51.1 Establecer mecanismos para asegurar su captación y correcto seguimiento posterior al parto, con énfasis en la continuidad del TARV. Diseño de planes de seguimiento por parte de la DT de las instituciones.

Área de intervención **52**
Pauta de diagnóstico y tratamiento establecida por MSP para prevenir la transmisión vertical de VIH y sífilis connatal

Líneas de acción:

52.1 Fortalecer la actividad de auditoría de los casos de mujeres que durante el embarazo, trabajo de parto o durante el puerperio inmediato tienen una prueba reactiva de sífilis y/o VIH, y de los casos probables y confirmados de VIH y sífilis connatal.

52.2 Promover la aplicación y dar difusión a la pauta de diagnóstico y tratamiento de VIH y sífilis connatal.

52.3 Analizar la factibilidad de disponer de fórmulas lácteas y proveerlas de forma gratuita para sustitución de lactancia en recién nacidos hijas/os de mujeres con VIH.

Área de intervención **53**
Seguimiento luego del alta de los niños expuestos a sífilis y VIH.

Líneas de acción:

53.1 Fortalecer el seguimiento del recién nacido expuesto a VIH y sífilis connatal:

53.1.1 Calendario predeterminado de controles al egreso de la maternidad.

53.1.2 Sistema de alarma en historia clínica electrónica.

53.1.3 Conformación de un equipo de enlace entre el medio hospitalario y extrahospitalario (que interactúe con los diferentes actores del primer nivel de atención ante la no concurrencia al control predeterminado).

Desarrollo en la **primera infancia**

Propuesta de intervención

Área de intervención **54**

Identificación de recién nacidos (RN) con factores de riesgo perinatales, psicosociales y neurosensoriales.

Líneas de acción:

54.1 Utilizar como herramienta de identificación de variables que determinen riesgo el CNV, SIP y carné de control del niño, en las Unidades Neonatales y consultorios de Primer Control.

54.2 Capacitar y difundir en las maternidades el uso del instructivo para detección precoz de casos de riesgo a partir de los registros previos existentes.

Área de intervención **55**

Identificación de los niños de 0 a 5 años con alteraciones del desarrollo.

Líneas de acción:

55.1 Reformular la meta asistencial 1, con dos modificaciones:

- Incluir la estación 4 años como "aduana".
- Enviar al MSP los resultados de la aplicación de la guía en las tres estaciones aduana (4 meses, 18 meses, 4 años).

Área de intervención **56**

Abordaje de niños identificados con alteración del desarrollo y los RN con riesgo.

Líneas de acción:

56.1 Conformar y acreditar de acuerdo a *Check list*, los Equipos Referentes en Atención del desarrollo de niños de 0 a 5 años (Modelo Serenar), enmarcados en el SNIS, con complementación público-privada y población georreferenciada. (Valorar incorporación al compromiso de gestión).

56.2 Derivar a los niños identificados con alteraciones del desarrollo y a los RN con riesgo y asegurar seguimiento por los Equipos Referentes. (Valorar incorporación al compromiso de gestión). (Ref. línea de acción 31.1 y 53.1.3).

Área de intervención **57**

Prestaciones mínimas indispensables para los niños con alteraciones del desarrollo en el sector público y el privado.

Líneas de acción:

57.1 Elaborar protocolos de atención por alteración funcional del desarrollo.

57.2 Evaluar ajustes entre PIAS y protocolos de atención, atendiendo a la armonización entre ambos, al igual que con todos los protocolos y pautas de atención vinculadas a OSN.

Área de intervención **58**

Estrategias de promoción de desarrollo en agendas interinstitucionales.

Líneas de acción:

58.1 Cocoordinar la mesa interinstitucional MSP-MIDES: UCC.

58.2 Contribuir al ajuste de la currícula de profesionales y técnicos de la salud, integrando objetivos de aprendizaje vinculados al desarrollo infantil.

58.3 Elaboración y difusión de materiales de apoyo.

Discapacidad
en el curso de vida

Propuesta de intervención

Área de intervención **59**

Accesibilidad a todos los servicios de salud, tomando en consideración el curso de vida, e inclusión de la dimensión de la discapacidad en todas las políticas de salud.

Líneas de acción:

59.1 Desarrollar un plan de accesibilidad de las PCD a los servicios de salud para todos los niveles de atención a través de un manual operativo.

59.2 Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para la coordinación y otras posibilidades que impactan sobre la accesibilidad.

59.2.1 Diseñar y elaborar un manual operativo con normas de accesibilidad y pautas identifiquen barreras físicas, de información, comunicacionales y actitudinales en los servicios de salud.

59.2.2 Realizar un diagnóstico de las condiciones de accesibilidad de los servicios de salud a nivel nacional usando el manual operativo diseñado.

59.2.3 Formar un grupo de trabajo técnico e interinstitucional con participación de la JUNASA para definir las pautas de procedimiento para la asistencia sanitaria de acuerdo al tipo, origen y grado de la discapacidad. Considerar los reclamos sociales en relación a: coordinación de horarios y consultas, interconsultas, disminución de los tiempos de espera, priorización para agenda de las consultas médicas y de técnicos (fonoaudiólogo, psicomotricista, fisioterapia, etc.).

59.2.4 Difusión adecuada de la pauta por la autoridad sanitaria y los prestadores de salud dirigidos a la población general.

59.3 Definición de la línea de base sobre discapacidad en el sector salud y crear un Sistema Unificado de Información de la Discapacidad en los diferentes niveles de salud basados en la CIF.

59.3.1 Definir las variables sanitarias que deben estar contenidas en el Registro Único de Personas con Discapacidad (Convenio PRONADIS-MIDES/AGESIC).

59.3.2 Participar conjuntamente con PRONADIS/MIDES y BPS en el diseño de un *software* que contenga los instrumentos de valoración para la calificación de la discapacidad que permita obtener indicadores y resultados sobre tipo y grado de la discapacidad, así como realizar monitoreo. Validar para uso nacional el *software* del Baremo de Dependencia utilizado por el PRONADIS/MIDES.

59.4 Generar el espacio interinstitucional de acuerdos para dar cumplimiento a la ley 18.651 y alcanzar el Certificado Único de la Discapacidad a nivel nacional.

59.4.1 Profundizar las acciones interministeriales y con instituciones de referencia ya establecidas para reglamentar la ley.

59.4.2 Acordar los instrumentos apropiados a nuestra realidad para la medición de la discapacidad.

59.5 Definir los estándares de calidad de los prestadores de salud desde el punto de vista sanitario para asegurar el diagnóstico, el tratamiento, la internación y el seguimiento de las personas con patología mental que lo requieran o con otras afecciones priorizadas.

Área de intervención **60**

Programas, redes y servicios de rehabilitación en los diferentes niveles de atención.

Líneas de acción:

60.1 Articulación interinstitucional con PRONADIS/MIDES para identificar los servicios de rehabilitación y habilitación existentes (públicos, privados y mixtos) y clasificarlos de acuerdo a tipo de servicios, profesionales y cobertura. Crear una Red Nacional de Servicios de Rehabilitación y Habilitación.

60.2 Establecer una red de rehabilitación para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria de las lesiones medulares y cerebrales en todas las etapas del curso de vida. (Coordinación de centros existentes públicos y privados)

60.3 Asegurar la accesibilidad de los adultos mayores a la rehabilitación: fractura de cadera y accidente cerebrovascular como modelo mínimo.

60.4 Impulsar el desarrollo de programas de rehabilitación en todos los niveles de atención, que incluya la rehabilitación en salud mental.

60.5 Coordinar con PRONADIS/MIDES para fortalecimiento del Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (laboratorio de ortopedia y fondos de ayudas técnicas). Crear un Sistema Nacional de Ayudas Técnicas, que se ajuste a las necesidades de todos los usuarios del SNIS, con protocolización de adjudicación, uso y seguimiento de las prestaciones.

60.6 Valorar la adecuación del catálogo de prestaciones integrales de atención en salud (PIAS).

Área de intervención **61**

Servicios de prevención de la deficiencia congénita o adquirida y discapacidades en el adulto mayor.

Líneas de acción:

61.1 Crear un equipo técnico interinstitucional liderado por el MSP que valide las estrategias de prevención de patologías congénitas que desarrolla el MSP desde hace varios años vinculado al PNPNL.

61.2 Desarrollar y fortalecer programas de prevención de la discapacidad congénita y adquirida.

61.2.1 Monitoreo del cumplimiento del decreto 325/2013.

61.2.2 Establecimiento de sistemas de referencia y contrarreferencia para las patologías incluidas en la pesquisa neonatal obligatoria.

61.2.3 Establecer acuerdos interinstitucionales para generar o fortalecer espacios para el estudio y prevención de las causas más importantes de discapacidad adquirida (suicidios, accidentes de tránsito y laborales).

61.3 Desarrollar planes de capacitación sistemáticos para el personal de salud en la temática de discapacidad con un enfoque integral.

61.3.1 Apoyar desde el MSP la investigación clínico-epidemiológica de los factores biológicos, incluyendo genéticos y ambientales sobre discapacidad.

61.3.2 Inclusión curricular de pregrado y posgrado de materias específicas referidas a la discapacidad tanto en el campo de la genética médica como en la práctica clínica de fisiatría dirigido al equipo de salud médico y no médico.

61.3.3 Desarrollar convenios de cooperación internacional o regional.

61.4 Promoción y desarrollo en los prestadores del SNIS de Unidades Geriátricas de Prevención de Caídas y Fracturas en adultos mayores de riesgo, y otras alternativa pertinentes, desde donde se investigue y se corrija toda condición causal o predisponentes de las caídas.

Cuidados **paliativos**

Propuesta de intervención

Área de intervención **62**

Implementación de una red nacional de CP basada en dinámicas de complementación público-público, privado-privado y público-privado, con prestaciones y niveles de capacidad resolutiva siguiendo los lineamientos del modelo de atención paliativa existente.

Líneas de acción:

62.1 Sensibilizar a las autoridades de prestadores y otros actores departamentales sobre la línea de base de desarrollo de los CP y la situación ideal en cada área territorial, discriminado por departamento y prestador.

62.1.1 Elaborar informes individualizados para cada departamento.

62.1.2 Comunicación y discusión de este informe con las autoridades sanitarias regionales, departamentales y de los distintos prestadores.

62.2 Desarrollar los CP a nivel regional/departamental en forma progresiva y diferencial de acuerdo a la realidad local, promoviendo el desarrollo de la red nacional de CP.

62.2.1 Estratificar los distintos departamentos de acuerdo al grado de desarrollo de la prestación de CP y potencialidad para su profundización.

62.2.2 Elaborar un plan de desarrollo para cada región/departamento guiado por la información previa.

62.2.3 Promover los convenios de complementación público-público, privado-privado y público-privado para optimizar los recursos existentes.

62.2.4 Establecer el trabajo en red entre los distintos referentes y unidades de CP.

62.3 Fomentar la acreditación de los referentes y unidades de CP.

62.3.1 Definir criterios de acreditación de referentes y unidades que brinden de CP.

62.3.2 Promover su acreditación progresiva.

62.3.3 Fiscalizar su desempeño.

62.3.4 Publicar en la página web del MSP las instituciones con acreditación.

Área de intervención **63**

Formación profesional específica en las distintas profesiones involucradas en la atención paliativa.

Línea de acción:

63.1 Promover la incorporación de la formación profesional en CP en las carreras de grado en las distintas facultades/escuelas formadoras de RR. HH. en salud.

63.1.1 Sugerir a las facultades y escuelas involucradas (Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Medicina) la inclusión explícita de formación en Cuidados Paliativos en los distintos planes de estudio.

63.1.2 Taller Nacional de Discusión Profesional en CP con autoridades docentes de las Facultades y Escuelas involucradas, donde se analice el tema y se planteen soluciones a corto, mediano y largo plazo.

63.1.3 Promover la incorporación de materias optativas y, posteriormente, obligatorias en todos los planes de estudio de las carreras de centros formadores de RR. HH. en Salud.

63.2 Promover la formación profesional en CP en las distintas especialidades médicas clínicas afines (Medicina Interna, Medicina Familiar, Oncología, Cirugía y Especialidades quirúrgicas, Ginecología, Gerontología, Nefrología, Pediatría, etc.).

63.2.1 Proponer a las distintas cátedras y Escuela de Graduados la revisión de los programas de especialidades para la inclusión de la formación en CP.

63.2.2 Asesorar a las cátedras de las distintas especialidades en la propuesta.

63.3 Promover la formación profesional Continua en CP en los profesionales de la salud con desempeño clínico actual a través de sociedades científicas, profesionales, colegios (médico y de enfermería), sindicatos de profesionales.

63.3.1 Elaborar un documento sobre la situación de formación en CP en el Uruguay y su impacto en la calidad asistencial de los usuarios, y distribuirlo entre las organizaciones.

63.3.2 Sensibilizar sobre el impacto que tiene en la calidad asistencial la formación profesional continua en CP, promoviendo un plan de acción.

63.3.3 Gestionar la inclusión progresiva del manejo de CP en el proceso de recertificación médica.

63.3.4 Promover la discusión sobre los criterios de inclusión de pacientes en cuidados paliativos.

Área de intervención **64**

Conocimiento y percepciones sobre el derecho a la atención paliativa de usuarios, trabajadores de la salud, autoridades y equipos de gestión.

Línea de acción:

64.1 Realizar actividades de información sobre el derecho a la atención paliativa a integrantes de la JUNASA.

64.2 Desarrollar campañas de información sobre el derecho a la atención paliativa y su implementación dirigidas:

- usuarios,
- trabajadores de la salud,
- equipos de gestión.

Área de intervención **65**

Marco normativo y legal que asegure el derecho de los usuarios a la atención paliativa.

Línea de acción:

65.1 Elaborar y presentar un borrador de Proyecto de ley Nacional de CP la Comisión de Salud del Parlamento, o incluir un artículo en la ley de Presupuesto Quinquenal.

65.2 Analizar la factibilidad de la modificación de las modalidades de prestación de CP en el PIAS.

65.3 Incorporar CP en el contrato de gestión, especificando las prestaciones y modalidades.

Objetivo
Estratégico

4.

Construir una **cultura** institucional de **calidad** y **seguridad** en atención de salud

Brechas de **calidad y seguridad** del paciente

Propuesta de intervención

Áreas de intervención **66**
Capacitación y dotación de recursos humanos para lograr a nivel institucional las metas trazadas para la seguridad del paciente.

Línea de acción:

66.1 Propender a contar con un recurso humano capacitado, cada 50.000 usuarios del SNIS, con dedicación completa a la seguridad del paciente.

Áreas de intervención **67**
Política nacional de comportamientos.

Línea de acción:

67.1 Institucionalización de los acuerdos de comportamientos

67.2 Mantener alianzas estratégicas con cátedra y sociedad de Psicología Médica para avanzar en las estrategias de gestión de los comportamientos.

Área de intervención **68**
Estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua.

Línea de acción:

68.1 Promoción de la autoevaluación de las instituciones por medio de la herramienta de los 7 pasos.

Área de intervención **69**
Cuidados de enfermería como disparador de la mejora del proceso.

Línea de acción:

69.1 Medición de los eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería como disparador de las mejoras del proceso.

69.2 Construcción de alianza con la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud Universidad Católica del Uruguay, Red de Enfermería en Seguridad del Paciente de Uruguay (OPS) y CONAE para pautar estándares de prevención y tratamiento en úlceras por presión (UPP).

Área de intervención **70**
Profesionalización del manejo de los brotes de infecciones IH y vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) con datos auditados.

Línea de acción:

70.1 Reporte y manejo de los brotes por Clostridium dificcile (CD) con aplicación de herramientas como ACR y AMFE.

70.2 Auditoría de la información volcada al sistema nacional de vigilancia de IIH iniciando con bacteriemias por catéter.

70.3 Auditar y analizar los datos de la vigilancia de las IAAS y realizar devolución anual a los prestadores.

Área de intervención **71**
Buenas prácticas preventivas en el personal sanitario.

Línea de Acción:

71.1 Mantener una alianza estratégica con el FNR que permita mejorar el entrenamiento y educación de los integrantes de los COSEPA y CIIH en forma conjunta.

Área de intervención **72**
Mejora continua en el área quirúrgica con construcción de estándares e indicadores.

Líneas de acción:

72.1 Lista de verificación para fiscalizar anualmente la composición y el funcionamiento de COSEPA y CIIH.

72.2 Auditoría de HC de cirugías de esófago, colon, vía biliar y aneurisma de aorta abdominal.

Área de intervención **73**
Implantación y acreditación en buenas prácticas en diferentes áreas de atención, como criterio de CALIDAD.

Líneas de acción:

73.1 Incorporación de las buenas práctica de alimentación (BPA) como parte de los criterios de calidad de los servicios de salud con el establecimiento de un sistema de evaluación y de reacreditación de BPA. (Ref. Línea de acción 7.6)

73.2 Acreditación de Iistituciones en buenas prácticas gineco-obstétricas garantes de los derechos sexuales y reproductivos.

73.3 Acreditación de las instituciones en buenas prácticas para fortalecer los espacios adolescentes de los prestadores de salud del SNIS, potenciando servicios de referencia en una atención de calidad e integral para adolescentes.

73.3.1 Actualización de las guías de atención integral a la salud de adolescentes y el carné de salud adolescente.

73.4 Acreditación de servicios libres de homo-lesbo-transfobia que faciliten el acceso a poblaciones en particular riesgo frente a las ITS. (Ref. Línea de acción 34.5)

73.5 Incluir en los criterios de pago variable en el marco del laudo médico único nacional, la incorporación de las buenas prácticas de atención en materia de calidad, alineadas con los OSN.

Área de intervención **74**
Divulgación de indicadores institucionales de calidad de los distintos prestadores públicos y privados, previo a la apertura del período de movilidad institucional.
Líneas de acción:

74.1 Definir en conjunto con los prestadores el paquete de indicadores a divulgar, vinculados a los OSN.

74.2 Prever la forma de comunicar indicadores vinculados a tasas de cesáreas, niveles de anemia en primera infancia, tasas de mortalidad por ENT ajustadas por la edad de la población afiliada, entre otros.

Área de intervención **75**
Acceso a atención de calidad para personas con trastornos mentales.

Líneas de acción:

75.1 Establecer la obligatoriedad de la hospitalización a cargo de prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud sin límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

75.2 Incorporar al compromiso de gestión la internación por causas psiquiátricas en hospitales generales.

75.3 Elaboración de guías y/o pautas de recomendación para instituciones sobre internación por causas psiquiátricas en hospitales generales.

75.4 Impulsar la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental severo mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes y su sustitución por estructuras alternativas sociosanitarias y sociocomunitarias.

75.5 Incorporar al compromiso de gestión diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

75.6 Mejorar la oferta actual de prestaciones de salud mental en el SNIS para el abordaje de rehabilitación.

75.7 Sensibilización y capacitación a profesionales del primer nivel de atención en el abordaje de los trastornos mentales.

Área de intervención **76**
Articulaciones y alianzas estratégicas interinstitucionales e intersectoriales para la reinserción social y promoción de la autonomía de las personas con trastornos mentales severos (TMS).

Líneas de acción:

76.1 Abrir el registro nacional de las residencias para personas con TMS.

76.2 Definir e implementar la normativa para la habilitación de residencias de personas TMS.

76.3 Continuar el trabajo para promover las condiciones de inserción activa en el mercado laboral de personas con TMS.

76.4 Continuar el trabajo para promover las condiciones de acceso a ofertas educativas para personas con TMS.

Objetivo
Estratégico

5.

Avanzar hacia un **sistema** de atención centrado en las **necesidades** sanitarias de las **personas**

Sistema y **servicios** de salud

Propuesta de intervención

Área de intervención **77**
Diagnóstico y difusión de situación y capacidades instaladas de servicios y recursos.

Líneas de acción:

77.1 Actualización de diagnósticos de situación local con determinantes sociales y conocimiento de las necesidades y preferencias de todos los actores.

77.2 Actualizar los relevamientos de las capacidades instaladas.

77.2.1 Centros del PNA en orden a elaborar planes departamentales o regionales de fortalecimiento en el marco de acuerdos interinstitucionales de complementación.

77.2.2 Maternidades. Retomar lo avanzado en categorización/acreditación.

77.2.3 Centros de referencia. Identificar cuáles y su modalidad de inserción en la red de servicios.

77.2.4 Servicios de emergencia, en orden a la consolidación de un Sistema Nacional de Emergencias y la implementación de una red de traslados.

77.2.5 Dispositivos de la comunidad organizada y de otros organismos públicos, pasibles de ser integrados a redes de servicios en el campo de la promoción y la prevención.

77.3 Adecuación y optimización de los recursos materiales y de infraestructura.

77.3.1 Mejoras físicas (espacios de participación, privacidad de la atención, confort en el trabajo, etc.).

77.3.2 Equipamiento (ej. comunicaciones, uso de TIC).

77.3.3 Identificar debilidades en el acceso a insumos para diagnóstico y tratamiento (medicamentos, laboratorios) e implementar planes correctivos.

77.3.4 Mecanismos de traslado (pacientes y personal).

Área de intervención **78**
Atención con calidad asegurada.

Líneas de acción:

78.1 Capacitación en humanización (relación equipo de salud/paciente, atención al parto, cuidados al final de la vida, etc.).

78.2 Realizar un relevamiento de buenas prácticas de gestión del acceso en los prestadores integrales del SNIS y posterior diseminación, liderado por la JUNASA, juntas departamentales de Salud.

78.3 Avanzar en un proceso de construcción colectiva entre el MSP, los prestadores y otros actores, de un plan de re perfilamiento del primer nivel de atención para mejorar su resolutividad, la atención continua y longitudinal, y la relación equipo de salud-paciente y al interno del equipo de salud, contemplando las capacitaciones brindadas a partir del pago variable de los convenios colectivos.

Área de intervención **79**
Mejora en los sistemas de gestión.

Líneas de acción:

79.1 Impulsar cambios en el modelo organizacional con base en un funcionamiento en redes integradas, y la definición de una base poblacional referida a las unidades asistenciales en el primer nivel, en las instituciones públicas y privadas.

79.1.1 Equipos de salud de referencia con médicos de alta dedicación estimulando al usuario a elegir a su médico tratante.

79.1.2 Establecer límites claros a la capacidad de referenciación de los equipos de salud, con énfasis en la inclusión de las particularidades de las realidades locales.

79.1.3 Sistema de apoyo con equipos de especialistas de referencia y auditorías con un sistema de remuneraciones variables que estimule buenas prácticas.

79.1.4 Desarrollo de mecanismos de coordinación en toda la red de servicios, con énfasis en el uso de indicadores vinculados a la adecuada utilización de las consultas con especialistas.
- Desarrollo de mecanismos de coordinación en toda la red de servicios, estableciendo mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Medición del número de referencias, así como la contrarreferencia por la que el paciente vuelve del especialista a su médico tratante.
- Impulsar la integración al modelo de atención las acciones de cuidado progresivo, gestión de casos, etcétera.

79.1.5 Promover espacios de intercambio con los prestadores para introducir la metodología de la gestión de casos en los procesos de altas, programas para reducir la frecuentación hospitalaria o para el seguimiento de pacientes crónicos, geriátricos y con predisposición a reingresos.

79.2 Definición de metas asistenciales de base territorial, como estímulo para las instituciones para concretar la complementación interinstitucional en el territorio, con un rol preponderante de la JUDESAS en los procesos de planificación local para su concreción. (Ref. Área de intervención 79)

79.3 Incentivar la implementación de la Historia Clínica Nacional Electrónica en todos los prestadores de salud en el marco del Proyecto Salud.uy.

Área de intervención **80**
Análisis y gestión de riesgo para respuestas oportunas.

Líneas de acción:

80.1 Consolidar una red de comunicación y articulación de respuestas con los Directores departamentales y organismos locales.

80.2 Profundizar la coordinación intersectorial y dinamizar las respuestas para atender situaciones emergentes a nacionales o departamentales.

80.3 Desarrollar campañas de comunicación poblacional referidas al fomento de la vacunación antigripal y del CEV, así como de las acciones de prevención del dengue, mediante medidas de control de la proliferación de *Aedes aegypti*.

80.4 Acciones eficaces y continuadas en los prestadores sanitarios en algunas áreas críticas, particularmente en lo que respecta a planes de contingencia: imprevistos internos, siniestralidad, epidemias, con base en criterios nacionales, regionales o locales.

Área de intervención **81**
Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza con base territorial.

Líneas de acción:

81.1 Desarrollo de liderazgo para el cambio hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades. Potenciar y difundir el rol del Director Departamental y de la JUDESA.

81.2 Fortalecer un sistema de información a nivel local que incluya: área de responsabilidad de los servicios; datos de población usuaria, mapas referenciados, etc., y otros instrumentos para la planificación local.

81.3 Potenciar la participación social: concejos consultivos, asambleas de salud, intervenciones en el campo de la promoción de salud, evaluación e impacto de actividades realizadas.

Área de intervención **82**
Estímulos a la permanencia de los profesionales en las unidades asistenciales

Líneas de acción:

82.1 Dotación y dedicación del personal: mecanismos innovadores de estímulos, estrategias de redistribución, incentivos para la radicación en zonas con carencias de dotación.

82.2 Diseñar líneas de cuidado de carácter longitudinal, que impliquen la mayor capacidad resolutiva posible del primer nivel según cada realidad local, y un funcionamiento en red con los demás niveles de complejidad para asegurar la resolución de las situaciones de los pacientes.

82.3 Capacitación permanente; fortalecer la polivalencia del médico en el primer nivel; estimular la capacitación a distancia, incluyendo estrategias de aprendizaje a través de plataformas virtuales.

82.4 Desarrollar herramientas de telemedicina y otras TIC, que faciliten la resolutividad en el marco de los criterios y estándares fijados por Salud.uy.

82.5 Empoderar a los profesionales del primer nivel e impulsar instrumentos para dar cuenta de las diferentes necesidades de coordinación:
- ✓ compartir la información del paciente,
- ✓ coordinar el cuidado del paciente entre los diferentes niveles asistenciales, regular el acceso del paciente a lo largo del continuo de la red de servicios de salud.

Anexo 1

Aspectos metodológicos: **proceso y participación**

El establecimiento de **Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN)** es un proceso de construcción colectiva que ha impulsado el MSP, e involucra a multiplicidad de actores en cada área clave priorizada. Apoyados en los logros y haciendo frente a los desafíos, se logra la oportunidad de establecer una hoja de ruta para fijar metas concretas y mensurables a lo largo del actual período de gobierno, y las bases para una política de Estado a largo plazo que permitirá la previsibilidad, la disminución de incertidumbres y establecer políticas explícitas que garanticen un rumbo estable y sostenible.

La **definición** de **Objetivos Sanitarios Nacionales** se ha concebido como un **proceso** con fuerte conducción **tecnopolítica** caracterizado por:

- El sustento en el **conocimiento sistematizado** de la situación sanitaria nacional y los determinantes sociales de la salud.
- La **priorización colectiva** y participativa de los principales problemas de Salud Pública que afectan a la población y al Sistema de Salud.
- La **identificación de las rutas** de mejora de las situaciones identificadas, con proyectos y acciones concretas definidos por parte de los diferentes actores gubernamentales, de la sociedad civil y de la comunidad organizada que se expresa a través de las múltiples organizaciones existentes en todo el país.
- El abordaje intersectorial que dé cuenta de una **concepción integral** de salud, con involucramiento especialmente de los Ministerios de Desarrollo Social, MVOTMA, Educación y Cultura, Interior, Secretaria de Deportes, Junta Nacional de Drogas, intendencias departamentales, municipios, entre otros.

El proceso de identificación y priorización de problemas sanitarios críticos en la realidad del país ha requerido una sistematización de la información disponible en diversas fuentes.

En este sentido, debe destacarse que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son responsables de la mayor carga de enfermedad y las primeras causas de mortalidad en nuestro país. Se asocian con hábitos que suelen adquirirse tempranamente en la infancia o en la adolescencia. Las elevadas tasas de prevalencia de obesidad, hipertensión arterial, vida sedentaria, diabetes, consumo problemático de alcohol y otras drogas, tabaquismo, enfermedades transmisibles que aún conforman retos sanitarios, suicidios, accidentes del tránsito con fallecimientos o discapacidad, violencia, conforman un panorama sanitario que amenaza comprometer el bienestar de las generaciones futuras si no median políticas concretas para modificar esta realidad.

Estos problemas críticos configuran fuertes desafíos e interpelaciones de la realidad para instalar procesos de mejora de la atención a la salud.

El proceso hacia la definición de OSN se sostiene por un Comité Coordinador integrado por las diferentes Direcciones Generales del MSP.

Se constituyeron en una primera etapa 12 equipos técnicos interdisciplinarios coordinados por referentes del MSP, para una adecuada caracterización de los problemas críticos priorizados, en función de su magnitud, relevancia, posibilidades de intervención y compromisos que la Administración registra en esas áreas críticas. Estos equipos técnicos también avanzaron en la definición preliminar de algunos componentes vinculados a los objetivos sanitarios:

- Los ***Objetivos Estratégicos*** que definen los grandes campos de intervención sobre los que se trabajará para alcanzar los OSN. Deberán ser abarcativos y limitados en cantidad.

- El planteo de ***Metas Sanitarias*** (metas de impacto) para monitorear los avances en la situación de salud, estableciendo compromisos concretos que desde la Rectoría se fijan para el sistema de salud y sus socios estratégicos.

- Las ***Líneas de Acción*** que configuran la operacionalización de los ejes estratégicos. Permitirán definir actividades concretas a implementar desde diferentes ámbitos.

- Los ***Indicadores*** que permitirán monitorear los avances de las Estrategias Operativas en orden al cumplimiento de las metas.

En la hoja de ruta hacia la definición de los OSN se resolvió realizar una **Primera Consulta Pública** de carácter técnico que, entre el 27 de mayo y el 3 de junio de 2015, convocó a más de 200 expertos en las diferentes áreas temáticas. Tuvo como objetivos: conformar un espacio de intercambio sobre los objetivos planteados; enriquecer la propuesta técnica y analizar la viabilidad de los contenidos de las estrategias operativas y las metas planteadas.

Los aportes realizados fueron sistematizados en 13 documentos específicos de avance de la definición de OSN y las líneas de intervención para alcanzarlos.

Con posterioridad, el 9 de julio de 2015, se realizó con apoyo de OPS/OMS, la **Jornada Taller: Principales herramientas institucionales para la Rectoría disponibles en el MSP para la concreción de Objetivos Sanitarios Nacionales**, con el objetivo de "Generar un espacio de intercambio y profundización para favorecer el conocimiento y la utilización de las diferentes herramientas de Rectoría que se dispone en las diferentes Direcciones Generales del MSP, para hacer viables las estrategias operativas que permitirán alcanzar los Objetivos Sanitarios Nacionales". Participaron y aportaron al documento los coordinadores de equipos técnicos que habían sostenido la consulta pública y elaborado las propuestas, así como a los integrantes del comité coordinador y otros referentes técnicos y jerárquicos del MSP, en un proceso que involucró a 53 profesionales.

El 25 de setiembre de 2015 fueron convocados todos los **Directores Departamentales de Salud para una Jornada de Trabajo** que abriera una nueva instancia de colectivización de la discusión hasta el momento, para contemplar la mirada desde lo territorial y trabajar en las líneas de acción para alcanzar los OSN. Entre sus objetivos se planteó: revisar los problemas críticos sanitarios priorizados en la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales; presentar los cinco Objetivos Estratégicos que responden a los OSN, líneas de acción y resultados esperados en cada uno de ellos; e incorporar, en la medida de lo posible, la mirada desde lo territorial a los OSN, las áreas de intervención y líneas de acción planteadas.

En un trabajo que involucró a 64 personas, participaron activamente todas las direcciones departamentales de Salud o sus delegados, en un intercambio muy dinámico con los referentes técnicos del nivel central del MSP y otras autoridades.

Más adelante se desarrollaron tres jornadas de trabajo entre representantes del Comité Coordinador y el Gabinete Ministerial con participación del Ministro y la Subsecretaria, para analizar, validar o ajustar las diferentes áreas de intervención y líneas de acción planteadas en torno a los OSN para avanzar en el logro de las metas definidas.

El presente documento es producto del proceso descrito y está en condiciones de una nueva apertura al intercambio y los aportes, en el marco del **Diálogo Social** impulsado por la Presidencia de la República, que configurará una **Segunda Consulta Pública** sobre los Objetivos Sanitarios Nacionales para profundizar en los aspectos operativos que permitan avanzar en su concreción.

Anexo **2**

Caracterización de los **problemas críticos** priorizados

Consumo de **tabaco**

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante y la causa de aproximadamente el 22% de las muertes mundiales por cáncer (pulmón y otros cánceres tabaco-dependientes: tráquea, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino, entre otros), incidiendo también en forma significativa en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y patología respiratoria crónica. El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo común para las enfermedades crónicas no transmisibles.

Se han realizado diferentes encuestas nacionales con la finalidad de evaluar la prevalencia del consumo de tabaco, entre ellas:

a. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) realizada por MSP/INE en 2009, muestra una prevalencia de 25% de fumadores actuales en población de 15 años y más. Este dato será tomado como línea de base para la meta propuesta a 2020.
b. Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para las Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) realizada por el MSP en 2006 y 2013, muestra un descenso estadísticamente significativo de fumadores diarios entre ambas mediciones, de 32,7% a 28,8%, en población de 25 a 64 años.
c. Encuesta Continua de Hogares (INE) muestra un 23,9% de fumadores actuales en 2011 y 22,2% en 2014, en población de 15 años y más.

En cuanto a la población joven, se han realizado dos encuestas:

a. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (JND) realizada a jóvenes escolarizados de 13 a 17 años mostró un descenso de 30,2% en 2003 a 9,2% en 2014. El porcentaje es más elevado en las mujeres (9,8%) que en los varones (8,5%).
b. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) realizada en 2006 y 2014 mostró un descenso de 20,2% a 8,2% entre ambas mediciones en población escolarizada de 13 a 15 años.

Es necesario continuar y profundizar las políticas y acciones para disminuir la prevalencia de tabaquismo y sus consecuencias sanitarias, particularmente en la población de menores recursos, en las mujeres y en determinados ámbitos laborales.

Las acciones a realizar se ven facilitadas por la ley integral de control de tabaco (marzo de 2008), la cual incorpora las medidas establecidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, que han mostrado ser efectivas para controlar esta epidemia.

Alimentación **saludable**

Situación mundial

La dieta no saludable y el bajo nivel de actividad física constituyen los principales factores de riesgo para la salud de la población uruguaya en la actualidad. Las prácticas saludables en alimentación comienzan desde edades tempranas con la lactancia materna que tiene efectos a largo plazo en la salud reduciendo, por ejemplo, el riesgo de tener sobrepeso u obesidad y de padecer enfermedades no transmisibles. El aumento en la producción de alimentos ultraprocesados, la urbanización y el cambio en los estilos de vida han llevado a un cambio en los patrones de alimentación. Actualmente se consume comida con alto contenido energético, grasas, azúcares libres y sodio, y se consume pocas frutas y verduras.

Los productos y bebidas ultraprocesados (PUP) son formulaciones creadas a partir de sustancias extraídas de alimentos (grasas, almidones y azúcares). Incluyen una amplia gama de *snacks* densos en energía, cereales de desayuno endulzados, galletas, bebidas azucaradas, "comida rápida", productos animales reconstituidos y comidas prontas para calentar. Comparados con los alimentos saludables y las comidas recién preparadas, los PUP contienen más azúcar, grasas saturadas y sodio, menos fibras dietéticas, minerales y vitaminas, y tienen mayor densidad energética. Además son prácticos, accesibles, fuertemente publicitados, de alta palatabilidad y producen hábito. Un estudio de la OPS ha mostrado que entre 1999 y 2013 la venta de PUP en 12 países latinoamericanos ha aumentado continuamente desplazando las dietas tradicionales basadas en alimentos y comidas saludables.

Los requerimientos de una dieta balanceada y saludable dependen de las características individuales (edad, sexo, estilo de vida, nivel de actividad física), contexto cultural, disponibilidad de alimentos y costumbres dietéticas. De todas formas, los principios básicos de lo que constituye una dieta saludables son los mismos.

En **adultos** comprende:

- Frutas, vegetales, legumbres, frutos secos y granos enteros.
- Al menos 400 g (5 porciones) diarias de frutas y verduras (las papas y los boniatos no se consideran como frutas o verduras).
- Menos del 10% al 5% de la energía debe provenir de azúcares libres (aproximadamente 50 g o 12 cucharitas para un requerimiento de 2.000 calorías por día).
- Menos del 30% de la energía debe provenir de grasas. De preferencia las grasas insaturadas (pescado, frutos secos, aceite de girasol, canola u oliva) respecto a las grasas saturadas (manteca, crema de leche, queso).
- Las grasas trans utilizadas por la industria en comidas procesadas, comidas rápidas, *snacks*, fritos, pizzas congeladas, galletitas, margarinas, etc., no deben estar presentes en una dieta saludable.
- El consumo de sal debe ser menor a 5 g (1 cucharadita aprox.) y la sal debe ser iodada. El alto consumo de sodio y el bajo consumo de potasio favorecen la hipertensión arterial.

En **lactantes y niños** las recomendaciones son similares con algunos elementos a tener en cuenta:

- Alimentación a pecho exclusivo en los primeros 6 meses de vida.
- Se recomienda continuar la lactancia hasta los 2 años.
- A partir de los 6 meses la leche materna se debe acompañar de otros alimentos. Se debe evitar agregar sal o azúcar a los alimentos complementarios.

Algunas recomendaciones para mantener una **dieta saludable:**

- Frutas y vegetales. Incluir frutas y verduras en las comidas, consumir fruta fresca y vegetales crudos como *snacks*, consumir productos de estación y ampliar la variedad de los mismos.
- Grasas. Utilizar aceite vegetal para cocinar, remover la grasa de la carne, hervir o cocinar en lugar de freír, evitar las grasas trans, limitar el consumo de grasas saturadas (manteca, queso, helados, etc.).
- Sodio y potasio. No agregar sal o salsa de soja al preparar la comida o a la comida preparada, no tener salero en la mesa, limitar el consumo de *snacks* salados, elegir productos con menor contenido de sal. Para aumentar el consumo de potasio consumir frutas y vegetales.
- Azúcar. Limitar el consumo de comidas y bebidas con alto contenido de azúcar (bebidas cola, golosinas) consumir frutas y verduras crudas como *snacks* en lugar de *snacks* azucarados.

Para promover una dieta saludable es fundamental lograr un **ambiente saludable** que la promueva y la facilite. Esto involucra al gobierno a incluir múltiples actores del sector público y privado. Las acciones efectivas para promoverla incluyen:

- Coherencia en la elaboración de políticas y planes de desarrollo aumentando incentivos para el cultivo y comercio de frutas y vegetales frescos.
- Reducir los incentivos a la industria para continuar o aumentar la producción de comidas procesadas con grasas saturadas y azúcares libres.
- Estimular la reformulación de los alimentos para reducir los contenidos de sal, grasas saturadas y trans y azúcares libres.
- Implementar las recomendaciones de la OMS para el *marketing* de comidas y bebidas no alcohólicas para niños.
- Favorecer prácticas de alimentación saludable en lugares de estudio y trabajo.
- Regular y/o utilizar instrumentos voluntarios para *marketing* y rotulado, aplicar incentivos y desincentivos (subsidios y impuestos).
- Estimular a los locales de comida para mejorar la calidad nutricional de la comida que ofrecen asegurando la accesibilidad económica y la disponibilidad de opciones saludables.
- Concientizar a los consumidores en lo que implica una dieta saludable.
- Desarrollar programas en las escuelas que estimulen a los niños a adoptar una dieta saludable.
- Educar a la población en lo referente a prácticas saludables.
- Favorecer la comprensión de la lectura del etiquetado de los alimentos en línea con las guías del Codex Alimentario.
- Proveer consejo nutricional en el primer nivel de atención.
- Favorecer la práctica de la lactancia materna y el cuidado de la alimentación y el tiempo disponible de las mujeres madres.

Respuesta de la Organización Mundial de la Salud

En respuesta a esta problemática en 2004 se aprobó en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS. En 2010 la AMS aprobó una serie de recomendaciones en el mercadeo de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños. En 2012 la AMS aprobó el *Plan Global de Implementación de Alimentación materna, del lactante y del niño* y 6 objetivos mundiales en nutrición a 2025. En 2013 la AMS acordó el cumplimiento de 9 objetivos mundiales de carácter voluntario para la prevención y control de las ENT que incluyen detener el aumento de la obesidad y la diabetes y reducir 30% el consumo de sal para 2025. El Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las ENT 2013-2020 aporta guías y opciones en políticas a los estados para lograr esos objetivos. Con tantos países presentando un rápido ascenso en la obesidad en lactantes y niños, la OMS creó en mayo de 2014 la Comisión para terminar la obesidad infantil. La comisión está confeccionando un reporte que especifica las estrategias y las acciones que son más efectivas para diferentes contextos en el mundo.

Situación en Uruguay

Consumo de alimentos

A partir de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares 2005-2006, se estimó el consumo aparente de alimentos y bebidas en los hogares uruguayos.

En el cuadro que sigue a continuación se muestra la comparación de las metas nutricionales nacionales e internacionales y el consumo aparente observado en el país urbano. Del análisis se destaca que los alimentos adquiridos por los hogares contienen una elevada cantidad de grasas, aportando un 34% de las calorías, lo cual supera la meta establecida (30% del VCT) y una elevada proporción de éstas (40%) son de origen animal. En consecuencia, la proporción de ácidos grasos saturados (12% de la energía total) y la cantidad de colesterol aportada por los alimentos (337 mg) están por encima de las recomendaciones. Se destaca además el bajo consumo de frutas y verduras y también de pescado.

Existen diferencias importantes en cuanto a la calidad de la alimentación de acuerdo al nivel de ingresos del hogar. Las cantidades y variedades de alimentos adquiridos indican que el consumo aparente de energía en promedio es de 2432 Kcal por persona por día, lo cual supera en un 14% las necesidades, sin embargo en los hogares más pobres la disponibilidad de energía no es suficiente para cubrir estas necesidades.

El porcentaje de calorías aportadas por las grasas así como la cantidad de colesterol consumido aumentan a medida que aumenta el ingreso y la relación de los distintos ácidos grasos debe ser mejorada en la dieta de los hogares en todos los niveles de ingreso.

Existen grandes diferencias en cuanto al consumo de frutas y verduras en relación a los ingresos del hogar. El 20% de los hogares de mayores ingresos prácticamente alcanza la recomendación de 400 g/día, mientras en el 5% más pobre se consumen tan solo 95 g/día.

El consumo de pescados muestra la misma tendencia, variando entre 2 g/día y 19 g/día entre los hogares de menores y mayores ingresos respectivamente, pero el consumo sigue siendo inferior al recomendado aun en los hogares más ricos.

Cuadro
02 Metas nutricionales nacionales e internacionales y el consumo aparente observado en el país urbano.

	Metas nutricionales * (Persona/día)	Consumo aparente (Persona/día)
Metas Nacionales		
Proteínas	10 a 15% de la energía	13% (92 g)
Grasas	25 a 30% de la energía	34%
Colesterol	Menos de 300 mg por día	337 mg
Ac. Grasos Saturados	Menos del 8% de la energía	12%
Ac. Grasos Monoinsaturados	9 a 12% de la energía	12%
Ac. Grasos Poliinsaturados	6 a 10% de la energía	10%
Frutas y verduras	Consumo mayor a 400 g por día	336 gramos (246 g sin tubérculos)
Azúcares	Menos de 10% de la energía	9%
Sal	Menos de 5 g por día	5 g
Guías Alimentarias basadas en Alimentos para la población uruguaya		
Lácteos	2 - 3 porciones por día	1,5 porciones
Recomendaciones internacionales		
Pescado	1 - 2 veces por semana (equivalente a 40 g por día)	8 g
Omega 6/Omega 3 (W6/w3)	5 : 1 a 10 : 1	25 g

Fuente: Los alimentos y las bebidas en los hogares. Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2005- 2006. Instituto Nacional de Estadística, 2008.

Tabla
01 Consumo aparente y valoración nutricional de la alimentación por persona y por día, según región geográfica y nivel de ingresos de los hogares

	Calorías	Carnes fiambres y embutidos (g)	Hierro (mg)	Lácteos (g)	Calcio (mg)	Frutras y verduras (g)	Pescados (g)	Calorías Grasas (%)	Colesterol (mg)	W6/w3
Montevideo	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
Interior Loc. Grandes	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
Interior Loc. Pequeños	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
5% más pobre	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
20% más pobre	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
Ingreso medio	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
20% mayores ingresos	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23
5% mayores ingresos	2414	136	19	324	740	272	11	35%	347	23

Fuente: Los alimentos y las bebidas en los hogares. Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2005-2006. Instituto Nacional de Estadística, 2008.

Consumo de sodio

A partir de los datos de esta encuesta, se realizó un estudio en el año 2010 que estimó la ingesta aparente de sodio para la población uruguaya.[2] Entre los principales resultados del estudio se destaca que:

- El consumo aparente de sodio para la población uruguaya y su equivalente de sal (3,7 g de sodio equivalentes a 9,7 g de sal) representan prácticamente el doble de las recomendaciones establecidas y la ingesta total de sodio aumenta a medida que aumenta el ingreso per cápita del hogar. En el primer quintil de ingresos, la sal discrecional representa la principal fuente de sodio de la dieta (57,4% del total ingerido); en los niveles socioeconómicos más altos en cambio, la sal discrecional aporta un 38,8% de la ingesta y son los alimentos procesados los que aportan el mayor porcentaje del sodio ingerido.
- Dentro de los grupos de alimentos, los panificados constituyen el grupo que representa el mayor aporte de sodio a la dieta de los uruguayos a continuación del sodio proveniente de la sal utilizada en la mesa y para la cocción de los alimentos.
- Mientras en Europa el sodio discrecional adicionado durante la cocción a los alimentos o en la mesa representa el 10-15% del total de la ingesta (EFSA, 2005), el promedio del mismo en nuestra población representa un 49,1%. A su vez, mientras que en Europa y EE. UU., los alimentos procesados ya aportan el 70 - 75% del total del sodio consumido (EFSA, 2005; IOM, 2010), en nuestro país el aporte promedio de este grupo de alimentos para el año en que se realizó la encuesta correspondía a un 41,1%.
- Con base en esta información y en el marco de la Iniciativa Regional de la OPS/OMS "Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas Mediante la Reducción de la Ingesta de Sal Alimentaria en Toda la Población" nuestro país está iniciando la estrategia "Menos Sal, Más Salud", a través de la firma de un acuerdo voluntario entre el sector salud y los industriales panaderos para la disminución progresiva del contenido de sodio en los panificados.

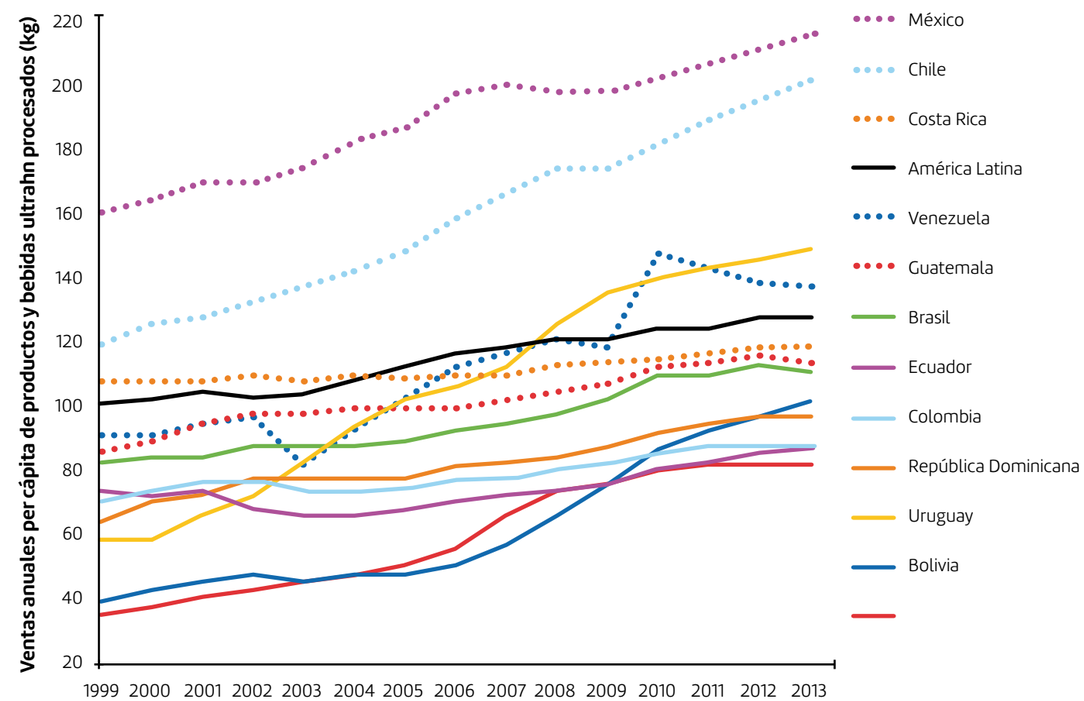
2. Estimación de los efectos de una disminución en el contenido de sal de los panificados sobre la salud cardiovascular. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Nutrición por la Ing. Alim. Lara Taroco. Tutor: Mag. Florencia Cerruti. Universidad Católica del Uruguay.

Consumo de alimentos ultraprocesados

Un estudio de OPS estimó las tendencias de consumo de PUP en Latinoamérica usando información de venta de la base de datos de Euromonitor (2014). Se realizó un análisis de series de tiempo usando encuestas nacionales de 12 países, de 1999 a 2013, para probar la asociación entre los cambios en las ventas anuales per cápita de PUP (en kilogramos) y los cambios en el promedio del Índice de Masa Corporal (IMC) estandarizada por edad en adultos.

La Gráfica 1 muestra las tendencias en las ventas anuales per cápita de PUP en los países estudiados. Como puede observarse, Uruguay se destaca como uno de los tres países en donde la venta de estos productos mostró mayores aumentos durante el período estudiado (Uruguay +145%, Perú +121% y Bolivia +151%). Durante el mismo período, las ventas decrecieron en Canadá (-7%) y EE. UU. (-9%). (Global de OMS y datos de covariables tomados del Banco Mundial).

Gráfica **01** **Tendencias en ventas anuales per cápita de productos alimentarios y bebidas PUP seleccionados[3] (kg) en 12 países latinoamericanos, 1999 y 2013**



3. Los productos alimentarios y bebidas ultraprocesados aquí incluyen bebidas carbonatadas, jugos de frutas y verduras, bebidas "deportivas" y "energéticas", cereales de desayuno, *snakcs* dulces y salados, golosinas, helados, galletas, cremas para untar y comidas preparadas. La cantidad de litros se convirtió a kilogramos. Fuente: Euromonitor Pasport Global Market Information Database (2014) y WHO Global Burden of Disease.

Los cambios de IMC en América Latina en adultos en función de las ventas de PUP entre 1999 y 2009, evidencian que donde las ventas de productos ultraprocesados son menores y donde las dietas tradicionales aún prevalecen, como Bolivia y Perú, tienen un promedio de IMC menor, mientras que los países donde las ventas de esos productos son mayores, como México y Chile, tienen un promedio de IMC mayor.

En la misma línea de la información analizada por OPS, a partir de la EGIH 2005-2006 se aplicó la metodología propuesta por Monteiro C.[4] (que clasifica los alimentos en 3 grupos: Grupo 1: naturales, Grupo 2: ingredientes culinarios y Grupo 3: productos listos para consumir, procesados y ultraprocesados), donde se destaca que en el consumo aparente de la población uruguaya el 40% de las calorías totales provienen de productos listos para su consumo, procesados y ultraprocesados (Moubarac, J.C. *et al.,* s/a).

Consumo de frutas y verduras

En lo que refiere a consumo de frutas y verduras se presentan los datos de la 2.ª Encuesta Mundial de Salud en Escolares (2.ª EMSE) realizada en 2012 y de la 2.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles realizada en 2013 (2.ª ENFRECNT).

Tabla 02 **Prevalencia consumo frutas y verduras***
13 a 15 años
Uruguay 2012

Ambos sexos	Hombres	Mujeres
23,9 (22,0 – 26,0)	-	-

Fuente: EMSE 2012
* consumo habitual 5 o más veces al día

La Tabla 3 muestra la dificultad mayor de los hombres de consumir frutas y verduras durante todas las etapas de su vida, sin perjuicio de que es un problema en el conjunto de la población.

Tabla 03 **Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras por edad según sexo**
Uruguay 2013

	15 a 24 años	25 a 64 años	15 a 64 años
Hombres	**90,7%** (85,4-96,0)	**92,7%** (90,8-94,6)	**92,2%** (90,3-94,1)
Mujeres	**88,8%** (84,1-93,4)	**89,2%** (87,3-91,0)	**89,1%** (87,3-90,8)
Ambos sexos	**89,8%** (86,3-93,2)	**90,9%** (89,6-92,2)	**90,6%** (89,3-91,9)

% (IC)
Fuente: 2.ª ENFRECNT 2013 - MSP

4. Centerfor Epidemiological Studies in Health and Nutrition University of São Paulo, Brazil.

Consumo de azúcar

Se presentan los resultados obtenidos en las dos encuestas ya mencionadas.

Tabla 04 **Prevalencia consumo bebidas azucaradas***
13 a 15 años
Uruguay 2012

Ambos sexos	Hombres	Mujeres
69,4% (66,8-71,8)	**71,2%** (68,1-74,2)	**67,6%** (64,3-70,9)

Fuente: EMSE 2012
* una o más veces por día en los últimos 30 días

Tabla 05 **Promedio de número de días de consumo de bebidas azucaradas* por edad según sexo**
Uruguay 2013

	15 a 24 años	25 a 64 años	15 a 64 años
Hombres	5 días	4 días	4 días
Mujeres	5 días	3 días	3 días
Ambos sexos	**5 días**	**3 días**	**4 días**

días (IC)
Fuente: 2.ª ENFRECNT 2013 - MSP.

Estado nutricional

Se presentan los resultados obtenidos en las 2 encuestas ya mencionadas referidos a prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Tabla 06 **Prevalencia sobrepeso y obesidad***
13 a 15 años
Uruguay 2012

Ambos sexos	Hombres	Mujeres
27,2 (25,0-29,5)	**29,7%** (26,8-32,8)	**25,0%** (22,6-27,6)

Fuente: EMSE 2012 .
*>1DE mediana IMC por edad y sexo.

Tabla 07 **Prevalencia obesidad***
13 a 15 años
Uruguay 2012

Ambos sexos	Hombres	Mujeres
7,0% (5,9-8,2)	**8,4%** (7,0-10,1)	**4,5%** (5,7-7,3)

Fuente: EMSE 2012.
*>2DE mediana IMC por edad y sexo.

Tabla **08** **Prevalencia de sobrepeso y obesidad por sexo según edad. Uruguay 2012**

	Prevalencia	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
15 a 24 años	Sobrepeso*	**27,5%** (19,1-36,0)	**27,1%** (20,2-34,0)	**27,3%** (21,6-33,0)
	Obesidad**	**10,2%** (4,4-16,0)	**12,0%** (7,1-17,0)	**11,1%** (7,3-15,0)
	Sobrepeso y obesidad***	**37,7%** (28,4-47,0)	**39,1%** (31,8-46,5)	**38,5%** (32,5-44,4)
25 a 64 años	Sobrepeso*	**42,1%** (38,0-46,2)	**32,7%** (29,6-35,7)	**37,2%** (34,6-39,7)
	Obesidad**	**26,0%** (22,5-29,4)	**29,2%** (26,4-31,9)	**27,6%** (25,5-29,8)
	Sobrepeso y obesidad***	**68,3%** (64,4-72,1)	**61,8%** (58,6-65,0)	**64,9%** (62,3-67,5)
15 a 64 años	Sobrepeso*	**38,6%** (34,9-42,2)	**31,3%** (28,4-34,2)	**34,8%** (32,4-37,1)
	Obesidad**	**22,1%** (19,2-25,1)	**25,1%** (22,7-27,4)	**23,7%** (21,8-25,5)
	Sobrepeso y obesidad***	**60,9%** (57,3-64,4)	**56,4%** (53,3-59,4)	**58,5%** (56,1-61,0)

% (IC)

Fuente: 2.ª ENFRECNT 2013 - MSP .

*IMC ≥ 25 kg/m² y < 30 kg/m² **IMC ≥ 30 kg/m² ***IMC ≥ 25 kg/m².

Acciones desarrolladas

- Convenio voluntario con el Centro de Industriales Panaderos del Uruguay (CIPU) para la reducción del contenido de sodio en panificados.
- Ley de alimentación saludable en centros de enseñanza (ley n.° 19.140).
- Decreto municipal IM sobre retiro de saleros de la mesa en restaurantes.

Nutrición en la **primera infancia**

1. Retraso de crecimiento

El retraso de crecimiento (talla baja para la edad) es el problema nutricional más prevalente en la primera infancia en Uruguay, definido como valores menores a -2 desviaciones estándares (DE) de la distribución de talla en niños o niñas de la misma edad según el estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). El estudio multicéntrico desarrollado para la construcción del estándar de referencia de la OMS confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos.

Tabla 09 **Prevalencia de retraso de crecimiento en la primera infancia en Uruguay.**

Edad	Prevalencia de retraso de crecimiento
< 1 año[5]	**12%**
1 a 2 años[6]	**6.5%**
2 - 4 años[2]	**4.4%**

Según la Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia realizada en 2011, el **10,9%** (IC 95%: 9,8-12,0) **de los niños menores de 2 años presenta una talla menor a la esperada para su edad.** Es importante destacar que este valor es **casi cuatro veces el esperado para una población bien nutrida** (2,3%) y que no mostró un descenso respecto a la encuesta anterior realizada en el año 2007

Además, la prevalencia de retraso de talla en niños menores de 2 años **en Uruguay es mayor** a la de países de la **región** como **Argentina** (8,3%) y **Chile** (2,0%).

Entre los niños menores de 1 año el retraso de crecimiento afecta al 12% de los niños encuestados.

Si se considera en el análisis solo a los niños nacidos a término, este guarismo disminuye al 8,5% (IC 95%: 7,4-9,4).

Si se excluye del análisis a los niños nacidos con bajo peso, la prevalencia de retraso de talla fue de 7,7% para el año 2011, mostrando un descenso respecto a los años anteriores.

Según el análisis multivariado, las variables asociadas al retraso de talla son el antecedente de bajo peso al nacer, la baja talla materna, el bajo peso pregestacional de la madre, tener menos de 6 meses, ser obeso, escolaridad materna menor de 9 años, estar atendido por el subsector público y ser varón.

5. Fuente: Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. MSP- MIDES-RUANDI-UNICEF, 2011.
6. Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil OPP, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, 2015.

El **bajo peso al nacer** representó el **principal factor de riesgo.**

En el análisis multivariado los niños atendidos por el **subsector público** mostraron un **riesgo incrementado** de retraso de talla *(OR: 1,5; IC 95%: 1,0-2,2).*

Un niño nacido con bajo peso, según el análisis multivariado, presentó 11 veces más probabilidad de tener retraso de talla (OR: 11,0; IC 95%: 6,9-17,2).

Sin embargo, es de destacar que en el subsector público, la **prevalencia cayó** desde el **14,5%** en 2007 hasta el **12,8%** en 2011.

El retraso de talla resultó **más prevalente** en el **1.er semestre de vida** *(15,9% en 2011)*

Este fenómeno hay que analizarlo teniendo en cuenta los cambios en el perfil de usuarios de cada subsector luego de la reforma de la salud.

Los niños a esta edad evidenciaron el doble de riesgo de presentar retraso de talla (OR: 2,2; IC 95%: 1,5-3,3). En 2011 los niños mayores de seis meses mostraron un descenso en la prevalencia de retraso de talla en relación a los años anteriores.

Los hijos de mujeres con **<9 años de escolaridad** presentaron el **doble de riesgo** de retraso de talla *(OR: 2,0; IC 95%: 1,3-2,9).*

Los **varones** mostraron una **mayor prevalencia** *(13,2%).*

Los de los hogares de menor ingreso (quintil 1: 13,5%) también evidenciaron una mayor prevalencia de retraso de talla pero no entraron en el modelo multivariado.

Y un mayor riesgo de retraso de talla (OR: 1,5; IC 95%: 1,1-2,1) que las niñas (9,8%) (P=0,0001). Sin embargo, se destaca que el mayor descenso en la prevalencia de retraso de talla a lo largo de los años se produjo entre los varones, ya que desde 2003 hasta 2011 descendió 8,1 puntos, estrechándose las diferencias según género.

Los hijos de **mujeres** con una **talla debajo del percentil** 10 (<1,52 m) presentaron casi **3 veces más posibilidades** de retraso de talla *(OR: 2,0; IC 95%: 1,3-2,9).*

También los hijos de mujeres con un IMC<18,5 al inicio de la gestación mostraron más del doble de riesgo (OR: 2,4; IC 95%: 1,4-3,9).

Recientemente fue presentado el primer informe de la **Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS, 2015),** la cual brinda información sobre el estado nutricional de niños entre el nacimiento y los 3 años.

El 5% de los niños encuestados de 0 a 3 años presentó retraso de talla para la edad. Si se excluyen del análisis los niños menores de dos años que nacieron prematuros, en el entendido que es el tiempo de lograr alcanzar al resto para situarse en condiciones óptimas y lograr el crecimiento normal, el valor de retraso de talla baja a 4,5%.

Cuando se analizan las cifras de retraso de talla por edades se observa que los niños menores de 2 años presentan un mayor retraso de talla (5,8%) que los niños de 2 a 4 años (4,4%).

El 12,3% de los niños que nacieron con bajo peso presentó retraso de talla. Al analizar el retraso de talla según los ingresos del hogar, se observa que los niños que viven en hogares bajo la línea de pobreza presentan una prevalencia mayor (6,7%) respecto a los niños pertenecientes a hogares sobre línea de pobreza (3,8%), lo cual pone de manifiesto la inequidad existente.

Se hallaron diferencias por sexo, siendo mayor el retraso de talla entre los varones. En este análisis se excluyeron los niños prematuros menores de 2 años.

Cuadro 03 **Retraso de crecimiento en niños de 0 a 3 años, según variables seleccionadas[7]**

Edad	0 a 2 años	5,8%
	2 a 4 años	4,4%
Sexo	Varones	3,5%
	Niñas	5,5%
Área geográfica	Montevideo	4,4%
	Interior	4,6%
En niños con bajo peso al nacer		12,3%
Total de población de 0-3 años		**4,5%**

En los **escolares**, según el estudio sobre el estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias (Amarante y col. 2004, 2006, 2009), realizado en tres instancias de mediciones antropométricas y relevamiento de datos socioeconómicos, se observa un 4% de retraso de la talla en los niños que asisten a las escuelas públicas del país.

Si bien aparentemente la prevalencia desciende a medida que aumenta la edad, y es sensiblemente más baja en estos grupos en relación a los menores de 2 años, continúa representando casi el doble del porcentaje esperado para una población bien nutrida (2,3%).

2. Anemia

La Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia, 2011, representó el primer estudio de alcance nacional que permitió conocer la prevalencia de la anemia en el Uruguay, en niños de entre 6 y 23 meses que concurren al control de salud. El promedio de hemoglobina fue de 11,4±1,1 g/dl.

La prevalencia de anemia (hemoglobina < 11 g/dl) fue de 31,5% con un intervalo de confianza de 28,1% a 34,9%. El 23,3% de los niños presentó anemia leve (10 a 10,99 g/dl hemoglobina) y el 8,1% anemia moderada (7 a 9,99 g/dl). Ningún niño presentó anemia grave (hemoglobina < 7,0 g/dl).

Cuadro 04 **Prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses, según variables seleccionadas[8] Uruguay. 2011**

Edad (semestre de vida)	6–11 meses	41,0%
	12–17 meses	24,2%
	18–23 meses	24,2%
Subsector de salud	Público	35,4%
	Privado	28,3%
Área geográfica	Montevideo	4,4%
	Interior	4,6%
Quintil de ingresos de los hogares	Quintil 1	37,1%
	Quintil 2	38,8%
	Quintil 3	27,3%
	Quintil 4	21,6%
	Quintil 5	12,5%
Total de población de 6 – 23 meses		**31,5%**

7. **Fuente:** Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil OPP, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, 2015.
8. **Fuente:** Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. MSP–MIDES–RUANDI–UNICEF, 2011.

La anemia fue más frecuente en el segundo semestre de vida (41,0%). A esta edad los niños evidenciaron más del doble de probabilidades de padecerla en relación a los niños de 12 a 24 meses (OR: 2,4; IC 95%: 1,6-3,7). Se observó una correlación positiva entre los niveles de hemoglobina y la edad en meses del niño (R= 0,214). No se observaron diferencias según sexo.

Se evidenció la estrecha asociación entre la anemia y los factores sociales asociados a la pobreza. Se observó una correlación positiva entre los años de escolaridad del padre (R=0,312; P=0,0001) y de la madre (R=0,281; P=0,0001) al igual que el ingreso en pesos uruguayos del hogar (R=0,202; P=0,0001) con el nivel de hemoglobina de los niños: los hijos de madres con baja escolaridad presentaron más del triple de posibilidades de tener anemia (OR: 3,2; IC 95%: 1,8-5,5). Los niños de los hogares con menor ingreso (quintil 1: 37,1% y quintil 2: 38,8%) manifestaron una prevalencia de anemia tres veces superior que la de los niños de los hogares de mayor ingreso económico (quintil 5: 12,5%).

Los niños del interior del país presentaron una mayor prevalencia de anemia (39,1%), menores niveles de hemoglobina (11,2±1,2; P<0,001) y mayores chances de padecerla en relación a los niños de Montevideo (OR: 1,5; IC 95%: 1,1-2,2). Los niños atendidos por el subsector público presentaron con mayor frecuencia anemia (35,4%; P=0,02) y menores niveles de hemoglobina (11,2±1,1; P<0,001). Sin embargo, al ser analizados en forma multivariada, los niños del subsector público no evidenciaron mayor riesgo de padecerla. En el subsector privado de Montevideo se observó la menor prevalencia de anemia, si bien llegó al 20,1%.

En el caso de las mujeres embarazadas, aunque no se cuenta con una encuesta nacional sobre prevalencia de anemia, a partir de la información registrada en el Sistema de Información Perinatal (SIP) es posible tener una aproximación a la magnitud del problema. Según datos de 2012 el 20,9% de las mujeres embarazadas presentó anemia luego de las 20 semanas de gestación y esta cifra ascendió al 24,3% entre las menores de 20 años.

Con respecto al consumo de suplementos de hierro medicamentoso para la prevención de la anemia durante el embarazo, en la ENAyA 2011, se observó que el 33% de las mujeres encuestadas no había recibido hierro durante la gestación. Se observaron diferencias significativas según nivel educativo y según región del país. En el Interior no recibió hierro el 44,3% de las mujeres, mientras en Montevideo este guarismo se situó en 23,2%.

3. Sobrepeso y obesidad

De acuerdo a la ENDIS (2015), el **9,6% de los niños menores de 2 años** presenta un peso para la talla por encima de 2 DE. Este porcentaje concuerda con el observado en 2011 en niños menores de 2 años que asisten a control de salud, 9,5%, encuestados en la ENAyA. En dicha encuesta se identificó como el principal factor de riesgo para sobrepeso y obesidad en niños de esta edad: la ganancia de peso acelerada. También se destaca que los niños con peso al nacer mayor o igual a 4 kg mostraron una prevalencia mayor que alcanzó al 20,2%.

Los **niños de 2 a 4 años** mostraron en la ENDIS una prevalencia aún mayor, en el **11,3%** de estos niños se observó una índice de masa corporal para la edad por encima de 2 DE.

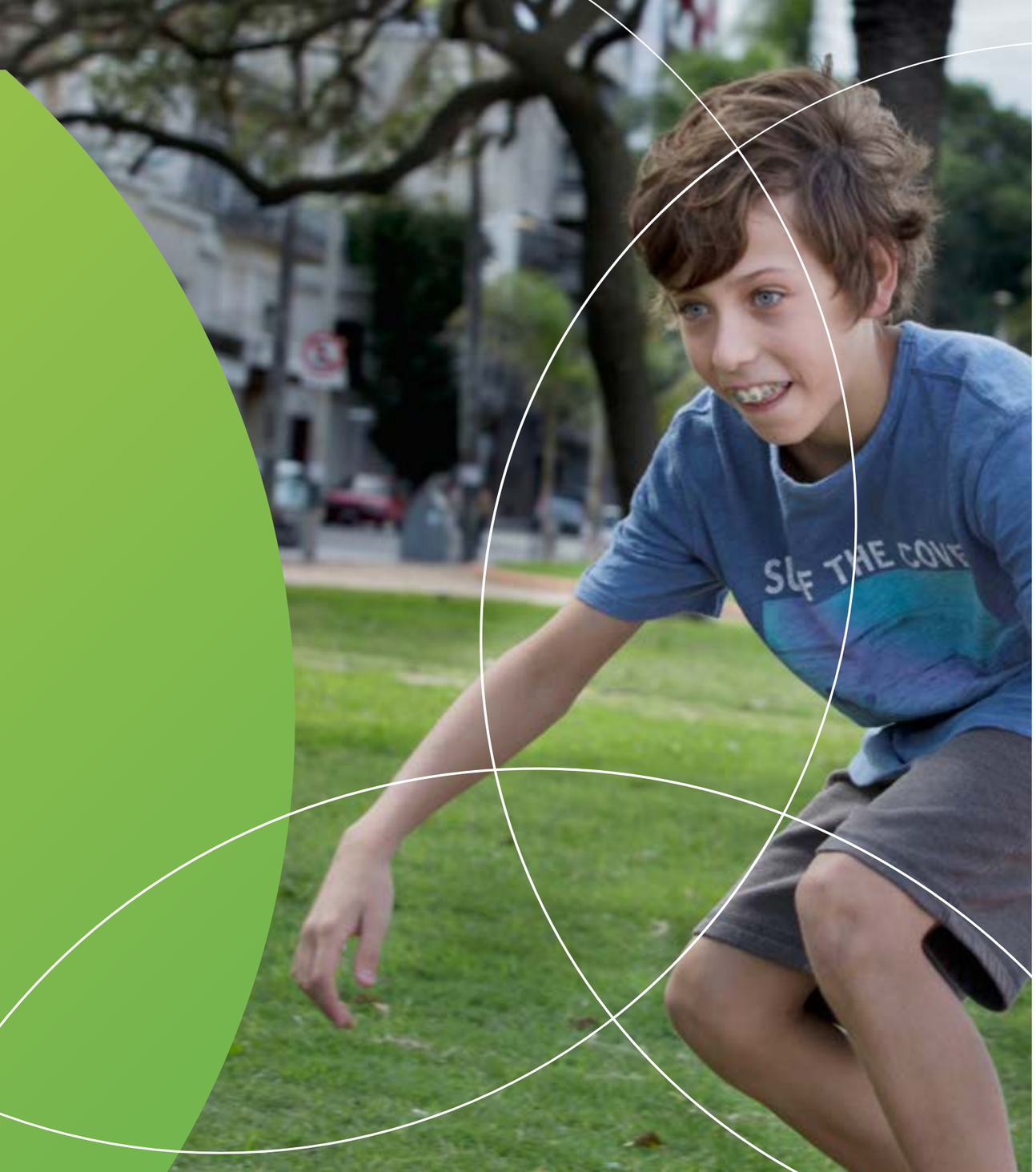
En ambos casos, niños menores de 2 años y entre 2 y 4 años, la proporción de niños afectados es prácticamente cuatro veces mayor a la observada en la población de referencia.

Los niños pertenecientes a hogares no pobres (por encima de la línea de pobreza) mostraron una prevalencia mayor (10,4%) que los niños pobres (8,4%) y los niños que viven en Montevideo presentaron mayor prevalencia de obesidad (11,6%) respecto a los que viven en el Interior (9%). Al igual que en la ENAyA, la macrosomía incrementó la prevalencia de obesidad, alcanzando al 12,2%.

Respecto a los niños de mayor edad, el país no cuenta con encuestas nacionales que estudien la prevalencia de los problemas nutricionales en escolares, pero estudios realizados con base en el seguimiento de una cohorte de niños escolares entre los años 2004 y 2009, mostraron una prevalencia de obesidad de 16.7% a los 6 años y 21.2% a los 11 años.[9]

Los datos presentados demuestran que el sobrepeso y la obesidad se incrementan a lo largo del ciclo de vida.

9. Severi, 2013; Arim *et al*, 2013; Colafranceschi *et al*, 2013.



Sedentarismo y **actividad física**

Situación mundial[10]

¿Qué es la actividad física? La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.

No se debe confundir "actividad física" con "ejercicio", el cual es una subcategoría de actividad física que está planificada, estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico. La actividad física, tanto moderada como intensa, es beneficiosa para la salud.

La intensidad de las diferentes formas de actividad física varía según las personas. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debería realizarse en períodos de al menos 10 minutos. La OMS recomienda:

Para niños y adolescentes de 5 a 17 años:

- un mínimo de 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa
- un tiempo de actividad física mayor 60 minutos diarios aporta beneficios en salud adicionales
- incorporar como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos

Para adultos de 18 a 64 años:

- un mínimo de 150 minutos de actividad aeróbica moderada en la semana o 75 minutos de actividad física intensa en la semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas e intensas
- para obtener beneficios en salud adicionales se debe incrementar la actividad moderada a 300 minutos por semana
- realizar como mínimo dos veces por semana, actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares

Para adultos de 65 y más años:

- un mínimo de 150 minutos de actividad aeróbica moderada en la semana o 75 minutos de actividad física intensa en la semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas e intensas
- para obtener beneficios en salud adicionales se debe incrementar la actividad moderada a 300 minutos por semana
- realizar como mínimo dos veces por semana, actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares
- las personas con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir caídas, tres o más veces en la semana
- cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar las actividades físicas recomendadas, debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida que lo permita su estado

10. *Fact sheet* (hoja descriptiva) n° 385 sobre Actividad Física elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y actualizado a enero de 2015.

Beneficios de la actividad física. Para obtener beneficios para la salud cardiorrespiratoria la actividad se debe realizar por períodos de al menos 10 minutos de duración.

La actividad física regular de intensidad moderada, como caminar, andar en bicicleta o hacer deporte, tiene considerables beneficios para la salud. En todas las edades, los beneficios de la actividad física contrarrestan los posibles daños provocados, por ejemplo, por accidentes. Realizar algún tipo de actividad física es mejor que no realizar ninguna. Volviéndonos más activos a lo largo del día de formas relativamente simples podemos alcanzar fácilmente los niveles recomendados de actividad física.

La actividad física regular y en niveles adecuados:

- mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio
- reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, ataque cerebro vascular, diabetes, cáncer de mama y colon y depresión
- mejora la salud ósea y funcional
- reduce el riesgo de caídas y de fracturas vertebrales o de cadera
- es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso

Riesgos de la inactividad física. El bajo nivel de actividad física es uno de los 10 factores de riesgo principales para la mortalidad a nivel mundial y está en aumento en muchos países. A su vez, es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.

Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren cada año por tener un nivel insuficiente de actividad física.

El bajo nivel de actividad física está aumentando en muchos países, lo que incrementa la carga de enfermedades no transmisibles y afecta a la salud general en todo el mundo. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de días de la semana.

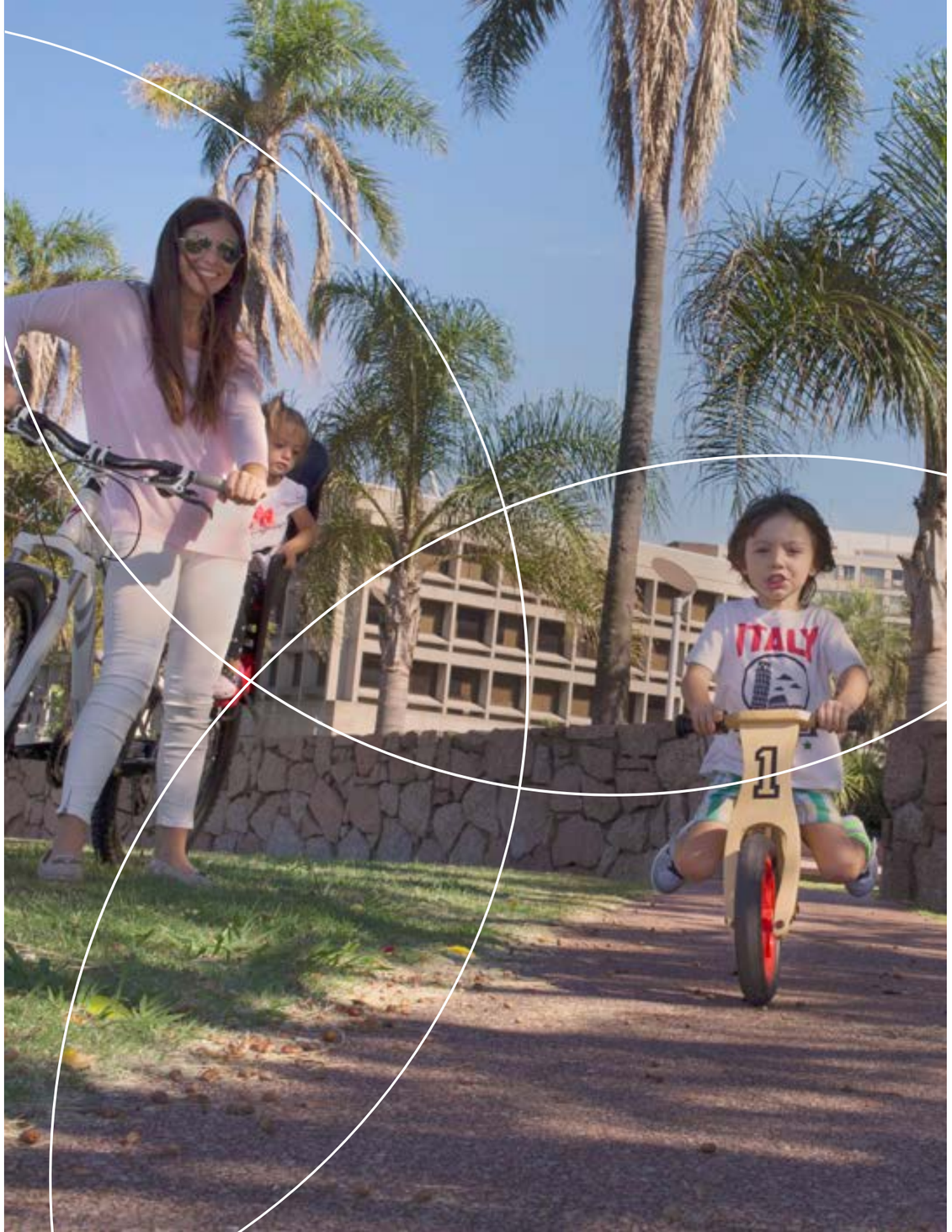
El bajo nivel de actividad física es la principal causa de aproximadamente:

- el 21%-25% de cánceres de mama y colon
- el 27% de casos de diabetes
- el 30% de cardiopatías isquémicas

Razones de la inactividad física. A nivel mundial, aproximadamente el 23% de los adultos de 18 años y más no se mantenían suficientemente activos en 2010 (un 20% de los hombres y un 27% de mujeres).

En los países de ingresos altos, el 26% de los hombres y el 35% de las mujeres no tenían un nivel suficiente de actividad física, en comparación con el 12% de los hombres y el 24% de las mujeres en los países de ingresos bajos.

Los niveles bajos o decrecientes de actividad física suelen corresponderse con un producto interno bruto alto o en aumento. El descenso de la actividad física se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo y en el hogar. Del mismo modo, un aumento del uso de modos "pasivos" de transporte también contribuye a la inactividad física.



A nivel mundial el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años no presentaban un nivel de actividad física adecuado en 2010. Las adolescentes mujeres eran menos activas con un 84% en comparación al 78% de los adolescentes varones.

Varios factores ambientales relacionados con la urbanización pueden desalentar a las personas de mantenerse más activos, como:

- el miedo a la violencia y a la delincuencia en los espacios exteriores
- un tránsito denso
- la mala calidad del aire y la contaminación
- la falta de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas.

Formas de aumentar la actividad física. Tanto la sociedad en general como las personas a título individual pueden adoptar medidas para aumentar su actividad física.

En 2013, los Estados Miembros de la OMS acordaron reducir la inactividad física en un 10% en el marco del "Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020".

Las políticas destinadas a aumentar la actividad física tienen como objetivo promover:

- las formas activas de transporte, como caminar y andar en bicicleta, sean accesibles y seguras para todos;
- las políticas laborales y las relativas al lugar de trabajo fomenten la actividad física;
- las escuelas tengan espacios e instalaciones seguros para que los alumnos pasen allí su tiempo libre de forma activa;
- los niños reciban una educación física de calidad que les ayude a desarrollar pautas de comportamiento que los mantenga físicamente activos a lo largo de la vida; y
- las instalaciones deportivas y recreativas ofrezcan a todas las personas oportunidades para hacer deporte.

Aproximadamente el 80% de los Estados Miembros de la OMS ha elaborado políticas y planes para reducir la inactividad física,

aunque estos solo están operativos en el 56% de los países. Las autoridades nacionales y locales también están adoptando políticas en diversos sectores para promover y facilitar la actividad física.

En la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, se describen las medidas necesarias para aumentar la actividad física en todo el mundo; asimismo se insta a las partes interesadas a adoptar medidas a nivel mundial, regional y local para aumentar la actividad física.

Las recomendaciones mundiales sobre la actividad física y la salud, publicadas por la OMS en 2010, se centran en la prevención primaria de las ENT mediante la actividad física. **En ellas se proponen diferentes opciones en materia de políticas para alcanzar los niveles recomendados de actividad física en el mundo, como:**

- la formulación y aplicación de directrices nacionales para promover la actividad física y sus beneficios para la salud;
- la integración de la actividad física en las políticas relativas a otros sectores conexos, con el fin de facilitar que las políticas y los planes de acción sean coherentes y complementarios;
- el uso de los medios de comunicación de masas para concienciar acerca de los beneficios de la actividad física;
- la vigilancia y seguimiento de las medidas para promover la actividad física.

Para medir la actividad física en adultos, la OMS ha elaborado el cuestionario mundial de actividad física (Global Physical Activity Questionnaire - GPAQ); este cuestionario ayuda a los países a vigilar la inactividad física como uno de los principales factores de riesgo de padecer ENT. El GPAQ fue incorporado a la metodología STEPS de la OMS para realizar la vigilancia de los principales factores de riesgo de las ENT.

Un módulo para medir el nivel de actividad física inadecuado en estudiantes fue agregado en la Global School-based Health Survey (GSHS) que es una encuesta elaborada por la OMS y los CDC para ayudar a los países a realizar la vigilancia de los factores de riesgo y protectores en 10 áreas clave en los jóvenes de 13 a 15 años.

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud acordó un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria entre las que figura la reducción en un 25% de las muertes prematuras por ENT y una disminución del 10% de la inactividad física para 2025. El "Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020" sirve de guía a los Estados Miembros, a la OMS y a otros organismos de las Naciones Unidas para alcanzar de forma efectiva estas metas.

La OMS ha establecido diversas alianzas con la la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Oficina de las Naciones Unidas sobre el Deporte para el Desarrollo y la Paz (UNOSDP) para ayudar a los Estado Miembros en su esfuerzos para promover la actividad física.

Situación en Uruguay

A efectos de medir la situación de la actividad física en Uruguay y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud se realizaron las dos encuestas mencionadas anteriormente:

La Global School-based Health Survey (en Uruguay se la denomina Encuesta Mundial de Salud en Estudiantes - EMSE).
La STEPS (en Uruguay Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles).

Encuesta EMSE (GSHS)

Esta encuesta fue realizada en 2006 y 2012. La población objetivo son los estudiantes de 13 a 15 años. Se aplicó en una muestra representativa de estudiantes de liceos públicos y privados del país. Se utiliza un cuestionario que es llenado por el encuestado. Se presentan los datos de prevalencia de nivel de actividad física. Los datos para 2012 fueron los siguientes:

Tabla 10 **Prevalencia nivel de actividad física adecuado* 13 a 15 años Uruguay 2012**

Ambos sexos
28,8 (25,9-31,9)
Hombres
42,6% (38,8-46,6)
Mujeres
17,1% (14,7-19,7)

Fuente: EMSE 2012
*practicaron alguna actividad física por lo menos una hora, 5 o más días durante la última semana.

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (STEPS)

Esta encuesta fue realizada en 2006 y 2013. Los datos de 2013 son representativos de la población de 15 a 64 años de localidades de 10.000 o más hab. (en 2006 fue en población de 25 a 64 años).

Tabla **11** **Prevalencia actividad física por sexo según edad y nivel de actividad. Uruguay 2013**

	Nivel de actividad física	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
15 a 24 años	Bajo*	**20,8%** (13,9-27,6)	**26,0%** (19,6-32,3)	**23,4%** (18,6-28,1)
	Moderado**	**20,1%** (13,3-26,9)	**34,2%** (27,3-41,1)	**27,1%** (22,3-31,9)
	Alto***	**59,1%** (50,8-67,4)	**39,9%** (32,6-47,2)	**49,5%** (44,1-55,0)
25 a 64 años	Bajo*	**23,0%** (19,9-26,1)	**31,3%** (28,5-34,1)	**27,3%** (25,2-29,4)
	Moderado**	**28,3%** (24,4-32,1)	**27,6%** (24,9-30,4)	**27,9%** (25,7-30,2)
	Alto***	**48,8%** (44,7-52,9)	**41,1%** (38,1-44,1)	**44,7%** (42,2-47,3)
15 a 64 años	Bajo*	**22,4%** (19,7-25,2)	**30,1%** (27,5-32,6)	**26,4%** (24,5-28,3)
	Moderado**	**26,2%** (22,8-29,6)	**29,1%** (26,5-31,8)	**27,7%** (25,6-29,8)
	Alto***	**51,3%** (47,7-55,0)	**40,8%** (37,8-43,8)	**45,9%** (43,5-48,2)

% (IC)

Fuente: 2a ENFRECNT 2013 - MSP

*<600 MET-min/semana** ≥ 600 y < 3000 MET-min/semana*** ≥ 3000 MET-min/semana

Intervenciones

Estaciones saludables

El MSP, en el marco de la Estrategia Nacional de Promoción de Salud financiada por el Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (PPENT), una de cuyas líneas de trabajo es con los municipios, localidades y comunidades saludables efectuó la compra y colocación, a lo largo de 2014 y 2015, de aparatos aeróbicos para el armado de 38 circuitos aeróbicos distribuidos en el territorio nacional. Cada circuito completo consta de 8 aparatos aeróbicos. Estos se suman a los circuitos aeróbicos que han instalado otros organismos (Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, Ministerio de Turismo y Deporte, etc.). También en el marco de la estrategia de municipios, comunidades y localidades saludables se desarrollaron proyectos locales que promovieron el aumento de la actividad física, tanto por iniciativas locales intersectoriales (bici-sendas, ciclovías recreativas, redes de deporte y actividad física, agrupamientos rurales en escuelas para acceso a recreación y actividad física) como en el marco de los Fondos Uruguay Saludable e Inclusivo (FUSI).

Organizaciones de la sociedad civil, seleccionadas a través de concursos públicos, fueron adjudicadas a los Fondos; esta iniciativa, que impulsa el desarrollo de proyectos locales de promoción de estilos y entornos de vida saludables, fue lanzada en el mes de setiembre de 2009.

Desde entonces, se han desarrollado numerosos proyectos desde los cuales se han abordado entre otras temáticas: alimentación saludable, actividad física y deportes, huertas orgánicas, hogares libres de humo, prevención de consumo problemático de sustancias, estimulación de la lectura como factor protector para la salud mental, vínculos saludables, estilos y entornos. Básicamente, entonces, se ha trabajado en el abordaje de factores protectores para la Promoción de la Salud.

- Educación física obligatoria en las escuelas
- Acciones de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular (cursos, convenios para pausa activa en empresas, estaciones saludables)
- Creación de la Secretaría de Deporte

Sustancias **Psicoactivas**

Alcohol

Se cuenta en Uruguay con diversas investigaciones que dan cuenta de la morbimortalidad asociada a los distintos patrones de consumo de alcohol.

Tomando en cuenta el documento de la SND, Base para el diseño de políticas públicas en la temática del alcohol en Uruguay (2011), resaltamos los siguientes indicadores de relevancia:

- Según la Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada en 2006 por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas, el alcohol es la droga más consumida por los uruguayos.
- Casi ocho de cada 10 personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y casi un 65% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses. La mitad de los uruguayos lo consume habitualmente.
- Teniendo en cuenta todos los indicadores utilizados, se encuentra que casi 230.000 uruguayos presentan un consumo problemático de alcohol (intoxicación y/o dependencia).
- Por otra parte, el alcohol es la droga que presenta la menor percepción de riesgo en su consumo, tanto ocasional como frecuente.
- Dentro del colectivo de los estudiantes, el 75% piensa que el consumo ocasional de alcohol no tiene riesgos o que estos son leves, siendo este el grupo poblacional en donde la percepción del riesgo es menor.
- El alcohol es la droga que presenta la edad de inicio más baja. En el total de estudiantes, la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12,8 años. El 14% de los jóvenes experimentó con esta sustancia antes de ingresar al ciclo secundario, esto es, antes de cumplir 12 años; en tanto que al llegar a los 13 años casi el 44% lo hizo.
- El 66% de los consumidores adolescentes actuales tuvo uno o más episodios de intoxicación en los últimos 15 días. Esto significa que, en las dos semanas previas al relevamiento de datos, 1 de cada 3 estudiantes superó, una o más veces, los niveles de intoxicación alcohólica.
- En otro orden, a partir de la última encuesta nacional de hogares se estima que de los usuarios problemáticos de alcohol solo el 10% ha buscado ayuda profesional en centros especializados. En la mayoría de los casos se consigna a Alcohólicos Anónimos como el lugar de consulta. En centros de tratamiento especializados en adicciones, el Primer Censo Nacional y Segundo en Montevideo de Centros de Tratamiento y Usuarios de Drogas, llevado a cabo por el OUD en 2010, consigna que la demanda de tratamiento de alcohol representa apenas el 9,3% de la totalidad de los casos tratados. La atención en estos casos es mayoritariamente en centros privados.

Finalmente, teniendo en cuenta el último informe de la UNASEV de junio de 2015, se caracteriza de la siguiente forma el binomio alcohol/conducción:

- Comparando los datos de los últimos 3 años, de un promedio anual de unos 30.000 controles realizados a conductores que participaron en siniestros con lesionados en todo el país, en un 6% se detectó presencia de alcohol.
- Esto implica que en 2014 algo más de 2.000 conductores participantes en un siniestro presentaron alcohol en sangre.
- Los datos de 2014 permiten afirmar que existe una muy clara correlación entre el aumento de la presencia de alcohol y la gravedad del siniestro. Mientras que el porcentaje general de conductores con presencia de alcohol en siniestros es del 6%, en los siniestros graves llega al 7% y se supera el 15% en los que tuvieron resultado fatal.

En suma, además de ser el alcohol la droga más consumida por los uruguayos, es la que presenta los mayores impactos sobre la salud poblacional de nuestros habitantes, luego del tabaco.

Asimismo, el alcohol presenta en la actualidad un muy importante nivel de legitimidad social y baja percepción del riesgo, lo que se suma al alto nivel de desregulación de su mercado.

Todo esto hace imprescindible y urgente el diseño y ejecución de una política integral e intersectorial para el abordaje eficaz y eficiente del consumo de alcohol y sus distintas problemáticas asociadas.

Cannabis

Dentro de las listas de sustancias consideradas "prohibidas" o de circulación restringida por las Naciones Unidas, el cannabis es en el mundo entero y también en Uruguay la droga con mayor prevalencia de consumo.

En Uruguay, esta sustancia tiene una prevalencia de vida de un 20% en la población entre 15 y 65 años, según la Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (2012).

Más específicamente, según la Sexta Encuesta Nacional con estudiantes de Enseñanza Media (2014), la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población entre 13 y 17 años supera, por primera vez, a la de consumo de tabaco (17% y 15,5% respectivamente).

Esto evidencia la legitimidad creciente que está teniendo el consumo de cannabis en determinados sectores del mundo adolescente-juvenil, fenómeno que se repite también en el mundo adulto.

Según la Quinta Encuesta Nacional de Hogares de la SND (2012), habría en Uruguay un estimado de 21.100 usuarios problemáticos de cannabis.

Importante es de destacar que Uruguay ha comenzado desde el año 2013 —a través de la aprobación de la ley 19.172— un proceso único en el mundo tendiente a la construcción de un mercado regulado del cannabis, el cual está teniendo y tendrá implicancias a múltiples niveles.

La necesidad de desarrollar una política integral, de forma cuidadosa y responsable —tanto en términos del cuidado de la salud pública, como del cumplimiento con las obligaciones nacionales e internacionales del país— plantea al MSP una serie de mandatos y desafíos importantes entre los cuales se destacan:

1. Jerarquizar la participación del MSP en todas las instancias dispuestas según la ley 19.172 y los decretos correspondientes.
2. Desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación pública sobre los riesgos del uso de cannabis, que aporten a una mayor problematización y desnaturalización del tema.
3. Velar por el monitoreo y la evaluación de la ley 19.172, tomando como base los avances desarrollados por el Comité Científico Asesor.
4. Incluir en las actuales prestaciones de salud mental el abordaje integral de los usos problemáticos de cannabis.

Psicofármacos, estupefacientes y precursores químicos

El desvío y el abuso de sustancias químicas y productos farmacéuticos que contienen sustancias estupefacientes y sicotrópicas es una grave y creciente preocupación para Uruguay, así como para el resto de los Estados miembros de la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA).

El control efectivo de esas sustancias requiere de una base legislativa y un marco regulatorio firme, así como de procedimientos completos de administración y control. Este último elemento debe incluir un componente de inspección e investigación bien organizado y profesional.

En noviembre de 2011, el Comité Asesor de Expertos en Materia de Precursores y Productos Químicos (órgano técnico Asesor de la Junta Nacional de Drogas) realizó el "Diagnóstico de procesos de control del desvío de productos farmacéuticos, sustancias químicas, y sustancias incautadas lícitas e ilícitas y su destrucción". La estrategia metodológica utilizada para la elaboración de este diagnóstico implicó la consulta mediante cuestionario estructurado a las instituciones con competencias en el proceso de control del desvío de precursores y sustancias químicas según el marco legislativo vigente. A partir del análisis de esta información, se procedió a realizar visitas *in situ* a las instituciones a fin de observar las instalaciones y entrevistar a integrantes de los equipos de trabajo. Se evidenciaron fortalezas y limitaciones del marco legislativo y de los procesos organizacionales de control.

En las Recomendaciones que surgen de este informe, en el numeral 7, se destaca: "Fortalecer al Sector Psicofármacos, Estupefacientes, Precursores y Productos Químicos del Ministerio de Salud Pública, responsable de su control y fiscalización, con Recursos Humanos y tecnología para dar cumplimiento a los cometidos previstos por la legislación y normativa vigente: Capítulo XI del decreto-ley 14.294 de 31 de octubre de 1974 incorporado por el artículo 5.° de la ley N.° 17.016 de 22 de octubre de 1998 y su decreto reglamentario 391/02 de 10 de octubre de 2002".

Otro de los desafíos centrales es la puesta en marcha de un sistema informático automatizado y *on-line* que permita controlar y lograr la trazabilidad en toda la cadena de comercialización y dispensación de los Sicofármacos, estupefacientes, precursores y productos químicos.

Enfermedades **no transmisibles**

Situación mundial

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son aquellas que no se transmiten de persona a persona. También se las conoce como enfermedades crónicas. Tienen una larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro grupos principales de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como infartos y ataques cerebrovasculares), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma).

De 56 millones de personas que fallecieron en el mundo en 2012, 38 millones (68%) se debieron a las ENT. Si bien se asocian a edades avanzadas, 16 millones de esas muertes ocurrieron en menores de 70 años. El 82% de las muertes fue debido a la ENT prevalentes: enfermedades cardiovasculares (17,5 millones), cáncer (8,2 millones), enfermedades respiratorias crónicas (4 millones) y diabetes (1,5 millones).

Todos los grupos de edad son vulnerables a los factores de riesgo de las ENT: consumo o exposición a humo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta no saludable y bajo nivel de actividad física. A su vez estos factores de riesgo "comportamentales" pueden llevar a otros factores llamados "intermedios" como presión arterial elevada, glucemia elevada, colesterolemia elevada y sobrepeso/obesidad.

En términos de muertes atribuibles respecto a estos factores de riesgo se destaca:

- El tabaco cobra casi 6 millones de vidas cada año (por la exposición al humo ajeno) y se prevé que aumente a 8 millones en 2030.
- Aproximadamente 3,2 millones de muertes pueden atribuirse a un bajo nivel de actividad física.
- Más de la mitad de las 3,3 millones de muertes anuales por uso nocivo de alcohol se deben a ENT.
- 1,7 millones de las muertes en 2010 debidas a causas cardiovasculares se han atribuido a la ingesta excesiva de sal.
- El aumento de la presión arterial es el principal factor de riesgo metabólico (18 millones de muertes), seguido por el sobrepeso/obesidad y el aumento de la glucemia.

68% de las **muertes** de 2012 fueron causadas por las **ENT.** **38 millones de personas**

16 millones <70 años.

82% debido a la **ENT prevalentes:**
enfermedades **cardiovasculares 17,5** millones
cáncer 8,2 millones
enfermedades **respiratorias 1,5** crónicas millones

Impacto socioeconómico

Las ENT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. En el siguiente cuadro se observa la doble carga de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) que deben afrontar los países de menores ingresos.

Se estima que el aumento de estas enfermedades será un obstáculo para reducir la pobreza en los países debido al aumento de los gastos familiares por atención sanitaria.

Tabla **12** **Tasas de mortalidad por grupo de causas según ingreso del país 2014**

País	Transmisibles*	No transmisibles	Lesiones
Ingreso bajo	502	625	104
Ingreso medio bajo	272	673	99
Ingreso medio alto	75	558	59
Ingreso alto	34	397	44
Todos	178	539	73

Tasa mortalidad estandarizada por edad cada 100.000 mil habitantes.
Fuente: World Health Statistics 2014.
*** Incluye:** Enf. Transmisibles, maternas, afecciones originadas en el período perinatal, deficiencias nutricionales.

Prevención y control de las ENT

A efectos de reducir el impacto de las ENT es necesario un enfoque integral e intersectorial que incluya no solamente a los sectores relacionados con la salud sino también los relacionados con finanzas, relaciones exteriores, educación, agricultura y planificación para reducir riesgos asociados a las ENT y promover intervenciones para prevenirlas y controlarlas.

Para conseguir el máximo efecto es necesario formular políticas públicas saludables y reorientar los sistemas de salud para atender la patología crónica.

Una línea de acción fundamental para reducir las ENT es reducir la prevalencia de los factores de riesgo ya mencionados. Hay soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo más comunes. Otra opción son algunas intervenciones esenciales de alto impacto que pueden aplicarse con un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. Estas acciones altamente costo-efectivas (mejores opciones o *best buys*) pueden aplicarse en contextos con distintos niveles de recursos (ver cuadro).

Cuadro **06** **Mejores opciones o *best buys*** (intervenciones costo-efectivas que tienen alto impacto y factibles de implementar aún en contextos de bajos recursos).**OMS**

Tabaco
- Aumentar impuestos sobre el tabaco.
- Creación de ambientes libres de humo de tabaco en los lugares de trabajo, públicos y transporte público.
- Informar a las personas de los peligros del tabaco a través de avisos sanitarios y campañas de medios de comunicación.
- Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.

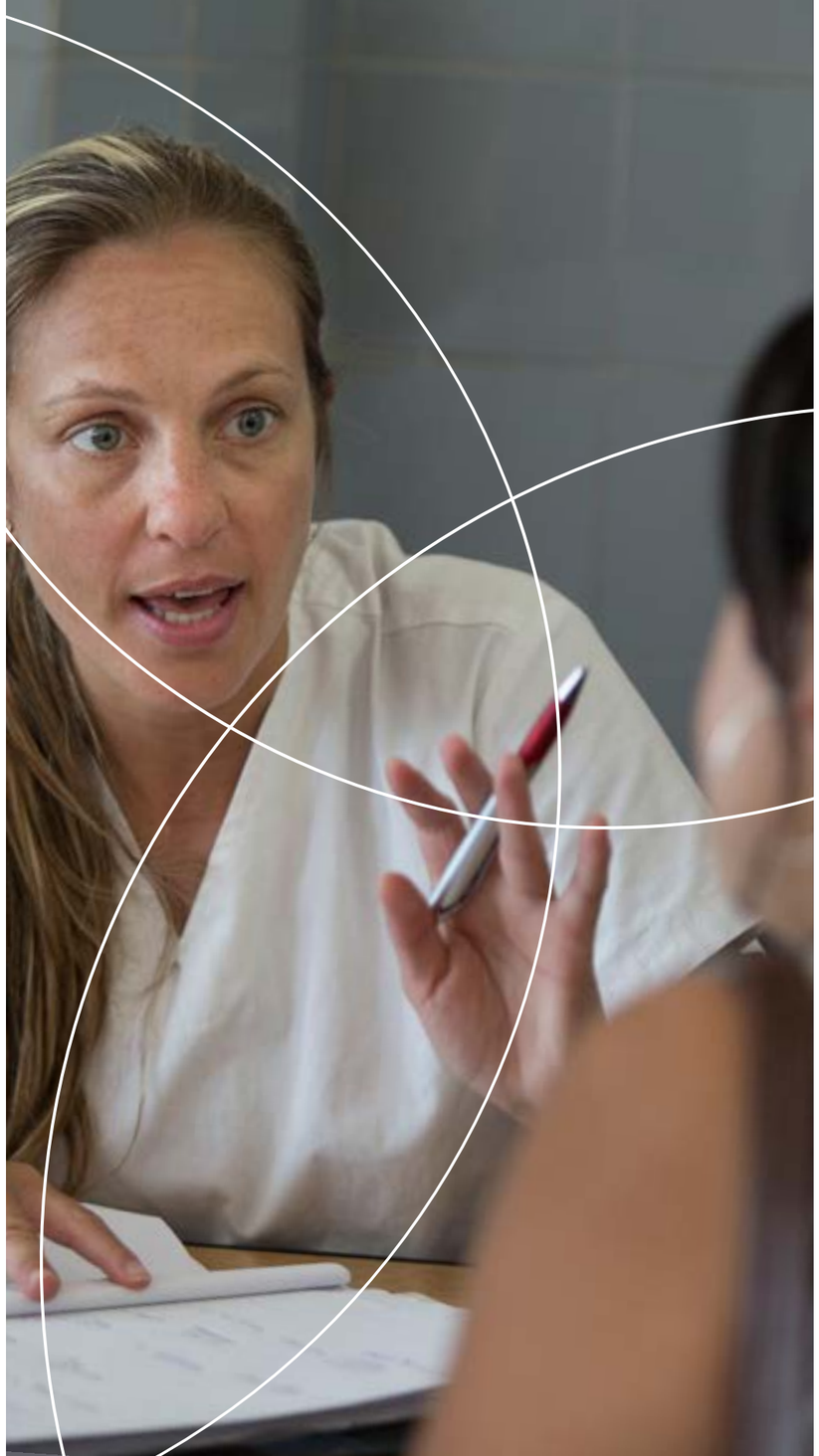
Uso nocivo de alcohol
- Regular la comercialización de alcohol.
- Restringir o prohibir publicidad de alcohol.
- Aumentar impuestos sobre el alcohol.

Dieta y actividad física
- Reducir el consumo de sal.
- Remplazar grasas trans por grasas insaturadas.
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de la alimentación saludable y la actividad física.
- Promover y proteger la lactancia materna.

Cáncer
- Prevención del cáncer de hígado inmunizando contra la hepatitis B.
- Prevención del cáncer de cuello de útero a través de screening y tratamiento adecuado de las lesiones precancerosas.

Enfermedades cardiovasculares y diabetes
- Terapia medicamentosa (incluyendo control de glucemia para diabetes y control de hipertensión con enfoque de riesgo) y consejería a personas que tuvieron un infarto de miocardio o un ACV o personas con riesgo ≥ 30% de sufrir eventos cardiovasculares mortales o no mortales en los próximos diez años.
- Terapia con ácido acetil salicílico (aspirina) en los casos de infarto agudo de miocardio.

Fuente: WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014.



Respuesta de la OMS

En 2011 más de 190 países refrendaron mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de ENT. Entre ellos figura el "Plan de acción mundial para la prevención y control de las ENT 2013-2020" cuyo objetivo es reducir un 25% las muertes prematuras por ENT para 2025 mediante nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Las nueve metas refieren al consumo de tabaco, el uso nocivo de alcohol, la dieta no saludable y el bajo nivel de actividad física.

Para cumplir las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria, el plan presenta un conjunto de intervenciones costo-eficaces (las *best buys* ya mencionadas en el cuadro anterior).

En 2015 los países empezaron a establecer metas nacionales y a cuantificar los progresos logrados respecto a los valores de referencia de 2010 recogidos en el "Informe sobre situación mundial de las ENT 2014". La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará en 2018 una tercera reunión de alto nivel sobre las ENT para hacer un balance de los progresos de los países en el logro de las metas de aplicación voluntaria a más tardar en 2025.

Situación en Uruguay

En nuestro país las ENT prevalentes son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales.

Son responsables del 60% de todas las muertes y el 62% de las muertes entre los 30 y los 69 años (mortalidad precoz).

Del primer Estudio de Carga Global de Enfermedad[10] (Tabla 13) surge que en población de 20 a 64 años:

- entre las primeras 15 patologías causas de Años de Vida Perdidos (AVP), 10 de ellas corresponden a ECNT
- entre las primeras 15 patologías causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD), figuran 5 de estas enfermedades, de las cuales 3, ocupan los primeros lugares
- entre las primeras 15 patologías causas de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), 10 de ellas corresponden a enfermedades pertenecientes a este grupo.

Tabla 13 **Indicadores de años de vida perdidos según causas Uruguay 2012**

Ubicación en el ranking	Enfermedad	Total
AVP		
1	Siniestros transporte	15433
2	Heridas autoinflingidas	14913
3	Cáncer de pulmón	14032
4	Otros neoplasmas malignos	12389
5	ACV	11639
6	Isquémica aguda del corazón	10353
7	Isquémica crónica del corazón	7934
8	Cáncer de mama	7213
9	Cáncer cólon y recto	6425
10	VIH	6232
11	Violencia	5620
12	Diabetes	4905
13	Cáncer de estómago	4267
14	Neumonía	4151
15	Cáncer de páncreas	4072
AVD		
1	EPOC	23.728
2	Isquémica crónica del corazón	10.280
3	ACV	6.817
4	Osteoartritis	5.038
5	VIH	4.713
6	Depresión mayor	4.141
7	Siniestros transporte	3.857
8	Visión	3.690
9	Diabetes	3.389
10	Audición	3.176
11	Artritis reumatoidea	2.115
12	Enfermedad hipertensiva del corazón	1.845
13	Diarreas	1.835
14	Hiperplasia prostática benigna	1.769
15	Dolor de espalda crónico	1.723

11. ESTUDIO DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. PROGRAMA DE PREVENCION DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (PPENT) – MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2015

Ubicación en el ranking	Enfermedad	Total
AVISA		
1	EPOC	27.247
2	Siniestros transporte	19.290
3	ACV	18.456
4	Isquémica crónica del corazón	18.214
5	Heridas autoinflingidas	15.189
6	Cáncer de pulmón	14.085
7	Otros neoplasmas malignos	12.722
8	VIH	10.945
9	Isquémica aguda del corazón	10.514
10	Diabetes	8.294
11	Cáncer de mama	7.458
12	Cáncer de colon y recto	6.599
13	Violencia	5.869
14	Osteoartritis	5.038
15	Cáncer de estómago	4.333

Los datos preliminares de la 2.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFRECNT) muestran en general una alta prevalencia de los 8 factores de riesgo prevenibles comunes a estas enfermedades (Tabla 14) en la población de 25 a 64 años perteneciente a este grupo.

Tabla 14 **Prevalencia de factores de riesgo de Enfermedades Crónicas según 2.ª Encuesta ENFRENT, Uruguay**

Indicador	Valor
Prevalencia de fumadores diarios	**28,8%** (26,6–30,9)
Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol	**9,5%** (7,3–11,7)
Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras	**90,9%** (89,9–91,9)
Prevalencia de nivel bajo de actividad física[1]	**22,8%** (20,8–24,8)
Prevalencia de presión arterial elevada[2] (hipertensión arterial)	**36,6%** (34,4–38,8)
Prevalencia de sobrepeso y obesidad[3]	**64,9%** (62,2–67,3)
Prevalencia de glucosa en sangre elevada[4] (diabetes)	**7,6%** (6,4–8,9)
Prevalencia de colesterol en sangre elevado[5]	**21,5%** (19,5–23,5)

[1] <600 MET-min/semana.
[2] PAS ≥ 140 mmhg y/o PAD ≥ 90 mmHg y/o en tratamiento por HTA.
[3] IMC ≥ 25 kg/m2.
[4] ≥ 126 mg/dl y/o en tratamiento por diabetes.
[5] ≥ 200 mg/dl y/o en tratamiento por colesterolemia elevada.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen:

- la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardiaco;
- las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardiaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento y
- las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los ataques al corazón y los ataques cerebrovasculares (ACV) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los ACV también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre. Los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen tener su causa en la presencia de una combinación de los factores de riesgo ya mencionados

Situación mundial

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

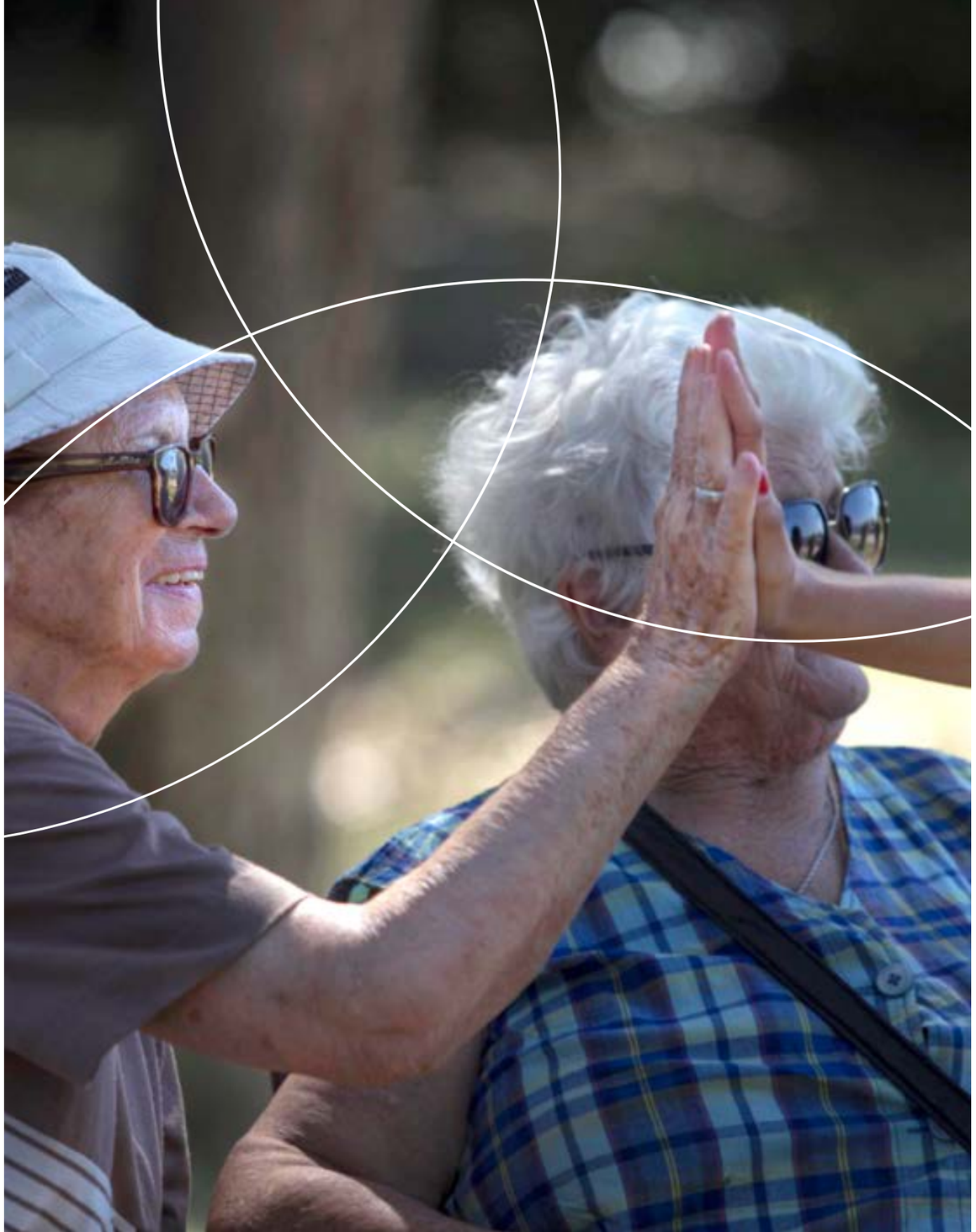
Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,7 millones a los ataques cerebrovasculares (ACV).

Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios.

De los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponde a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se debe a las ECV.

La mayoría de las ECV puede prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas no saludables, el bajo nivel de actividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, sobrepeso/obesidad, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda.



Situación en Uruguay

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Uruguay (aproximadamente el 27% de las muertes). Las patologías principales son la cardiopatía isquémica y el ataque cerebrovascular (ACV).

Además de la importancia del trabajo con los factores de riesgo para disminuir la prevalencia de estas enfermedades es necesario mejorar el diagnóstico temprano de ambos eventos, la derivación adecuada y la aplicación de medicación que permita mejorar el pronóstico.

En el caso de la cardiopatía isquémica es necesario mejorar la cobertura en la utilización de fibrinolíticos.

En el caso de los ACV es fundamental la creación de la Unidades ACV (UACV) que permiten mejorar el tratamiento y el pronóstico de estas enfermedades.

De acuerdo a estimaciones proporcionadas por la Clínica Neurológica del Hospital de Clínicas:

- La tasa de incidencia de ocurrencia de ACV es de aproximadamente 180 casos de ACV cada 100.000 hab. (110 a 120 isquémicos y 60 a 70 hemorrágico) por año.
- De acuerdo a esa tasa ocurren aproximadamente 6.000 casos de ACV por año (3.000 en Montevideo y 3.000 en el Interior).
- Aproximadamente 4.000 de los ACV son isquémicos (2.000 Montevideo y 2.000 Interior).
- Del total de ACV isquémicos, requieren trombolización aproximadamente 400 ACV isquémicos/año (10%).
- Aproximadamente 50 ACV isquémicos por año serían trombectomizables (25 en Montevideo y 25 en el Interior).
- Del 80 al 90% de los ACV se benefician de la atención en una UACV.

Cáncer

Casi **1/4** del total de **defunciones** anuales en **Uruguay** son a causa de **cáncer (24%)**

Los **4 tipos** de cáncer **más frecuentes** en **Uruguay** son los mismos que en los países **desarrollados: mama** (femenino), **próstata, colo-recto** y **pulmón**

En el mundo, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad y se prevé que el número de casos aumente en aproximadamente un 70% y la mortalidad en casi un 80% en los próximos 20 años (1). En nuestro país, es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, siendo responsable de casi un cuarto (24%) del total de las defunciones registradas cada año (2). Anualmente se diagnostican algo más 15.000 casos nuevos y mueren casi 8.000 uruguayos por esta causa (3-5). Su perfil es relativamente similar a aquel observado en los países desarrollados con algunos rasgos propios de los países menos desarrollados tales como cifras aún relativamente elevadas en cáncer de cuello de útero, estómago y esófago (4).

Aunque las tasas de mortalidad por cáncer han disminuido ligeramente en los últimos años, la incidencia de nuevos casos sigue siendo alta. Con la excepción del cáncer de piel no melanoma, los cuatro tipos de cáncer más frecuentes en el Uruguay son los mismos que aquellos que se observan en los países desarrollados: mama (femenino), próstata, colo-recto y pulmón (4). El perfil demográfico, el estilo de vida occidental y tal vez los patrones genéticos dominantes son posiblemente las causas principales de esta analogía.

En mujeres, el cáncer de mama es el que posee la mayor tasa de incidencia y también de mortalidad. En el quinquenio 2006-2010 se diagnosticaron en promedio cada año 1.840 casos nuevos y se registraron más de 660 muertes anuales por esta causa (4). El cáncer de colo-recto ocupa el segundo lugar en incidencia seguido en el tercer lugar por el cáncer de cérvico-uterino y en el cuarto por el de pulmón. Este último, cuya incidencia y mortalidad continúan aumentando dramáticamente en el sexo femenino, ya ocupa el tercer lugar como causa de muerte por cáncer en la mujer (el promedio anual para el período 2009-2013 fue de 276) (5).

En hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente seguido por el cáncer de pulmón y el colorrectal (cánceres de colon y recto reunidos). No obstante, en lo relativo a la mortalidad sigue siendo el cáncer de pulmón la causa de muerte más importante en hombres. A pesar del franco y sostenido descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres que se observa desde hace más de 20 años, aún se mueren anualmente casi 1.300 uruguayos por esta causa (985 hombres y 318 mujeres en 2013) (5).

En la Tabla 15 se muestra el promedio anual de casos nuevos de los sitios con mayor incidencia en mujeres (mama, colo-recto y cuello uterino) y en hombres, (próstata, pulmón y colo-recto), en ambos sexos reunidos.

Tabla 15 **Distribución de casos incidentes de cáncer en Uruguay, según localización**

Sitio	F.A casos nuevos/año*
Mama	1.834
Colon-recto	1.819
Próstata	1.492
Pulmón	1.362
Cuello uterino	330

* Promedio anual correspondiente al quinquenio 2007-2011. Registro Nacional de Cáncer (RNC), CHLCC.

En la Tabla 16 se muestra el promedio anual de defunciones por los principales sitios (considerando los dos sexos reunidos) y las relaciones entre las tasas de mortalidad y de incidencia de acuerdo al sexo.

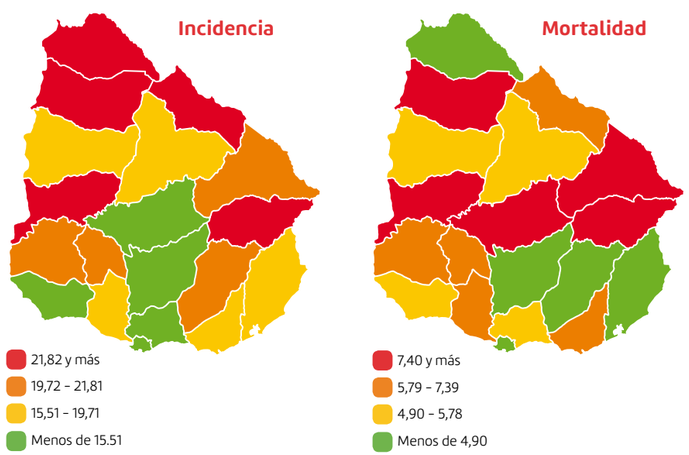
Tabla **16** **Principales sitios. Número anual de defunciones* y relación entre la mortalidad y la incidencia.**

Sitio	F.A defunciones /año*	TA mortalidad / TA incidencia**	
		Hombres	Mujer
Mama	1218 (16%)	0,94	0,84
Colon-recto	1057 (14%)	0,51	0,47
Próstata	638 (8%)	-	0,29
Pulmón	589 (7.5%)	0,34	-
Cuello uterino	120 (1.5%)	-	0,36

*Corresponde al año 2012 (RNC, CHLCC).
**TA: tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000. Período 2007-2011. (Datos aportados por el RNC).

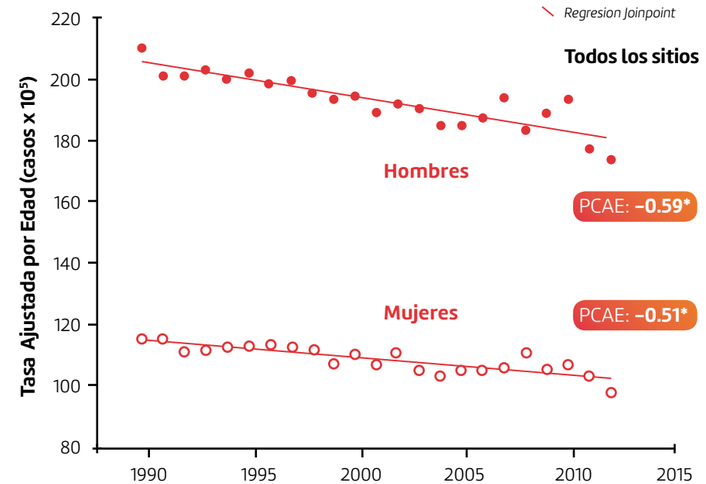
Con respecto a la distribución de las tasas de incidencia y mortalidad de acuerdo al departamento, en el caso del cáncer de cuello uterino se observan diferencias importantes (Figura 1 y gráfica 2).

Figura **01** **Mapas de distribución de tasa ajustada de mortalidad e incidencia de cáncer de cuello uterino en Uruguay (2007–2011)**



Evolución de la mortalidad por cáncer: de acuerdo al último informe del Registro Nacional de Cáncer (RNC), las tasas de mortalidad estandarizadas por edad para todos los sitios reunidos decrecen desde 1990 en ambos sexos en aproximadamente un 0.5% anual (Gráfica 2).

Gráfica **02** **Evolución de la mortalidad por cáncer en Uruguay (RNC)**



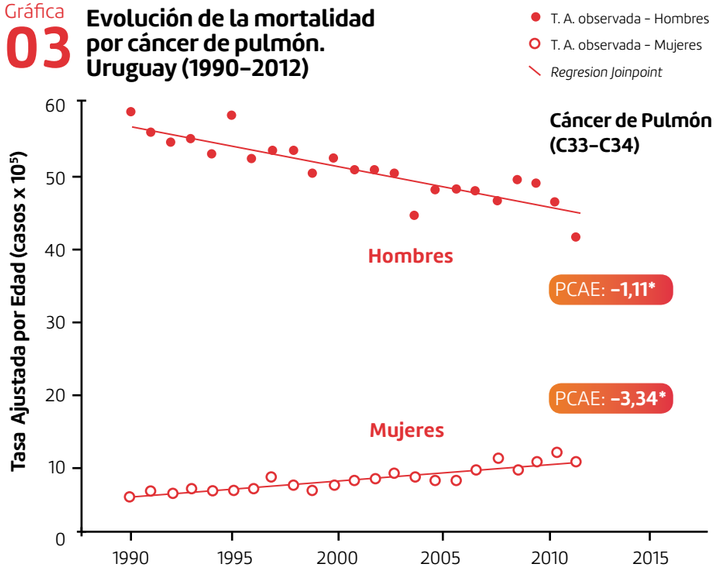
* PCAE: porcentaje de cambio anual.

En **hombres,** la curva decreciente es especialmente debida al descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón, aunque también de los cánceres de estómago y esófago. Un descenso muy reciente parece esbozarse en la mortalidad por cáncer de próstata, pero se deberá esperar para observar si este descenso es consistente y estadísticamente significativo.

Ascenso marcado de la mortalidad por **cáncer de pulmón.** Actualmente constituye la **3ra causa** de muerte por cáncer en la **mujer.**

En la **mujer**, el descenso leve pero sostenido de la mortalidad por cáncer en general es consecuencia fundamentalmente del descenso notorio del cáncer de útero (todos los subsitios uterinos reunidos) y del cáncer de mama en las dos últimas décadas. Además, muy recientemente parece observarse una tendencia descendente de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Como contrapartida, se observa un ascenso marcado de la mortalidad por cáncer de pulmón (Gráfica 3), el cual actualmente constituye la 3.ª causa de muerte por cáncer en la mujer (la tasa estandarizada por edad crece a más de un 3% anual). El número anual de muertes por cáncer de pulmón en mujeres duplica actualmente el número de muertes por cáncer de cuello de útero, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas.

Gráfica **03** **Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón. Uruguay (1990–2012)**



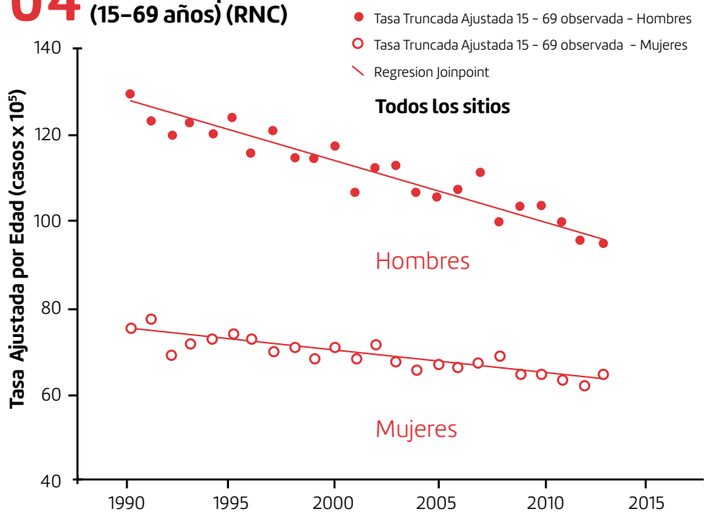
Nota: T.A: Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100.000.
PCAE: Porcentaje de Cambio Anual Estimado para el período (1990-2012).
*PCAE estadísticamente significativo.

Si se analizan las tendencias de la mortalidad para edades entre 15 y 69 años (mortalidad precoz) en el período 1990-2013 (Gráfica 4), se observa que en ambos sexos desciende significativamente a lo largo del período pero con desigual pendiente (E. Barrios, comunicación personal).

En hombres, debido fundamentalmente al decrecimiento de la mortalidad por cáncer de pulmón, el descenso es mayor (APC = -1,14) que en la mujer (APC = -0,72), donde la dinámica es más compleja debido al ascenso de la mortalidad por cáncer de pulmón y los descensos de la mortalidad por cáncer de mama y cáncer uterino, considerando todos los subsitios uterinos reunidos.

El aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer es paralelo al incremento en la tasa de tabaquismo, con una latencia de aproximadamente 20 años entre el incremento en la incidencia de fumadoras y el incremento en las muertes por cáncer de pulmón. Esta observación coincide con lo que ocurre a nivel mundial.

Gráfica **04** **Evolución de la mortalidad precoz (15-69 años) (RNC)**



APC	Lower CI	Upper CI
-1,14	-1,3	-1
-0,72	-0,9	-0,6

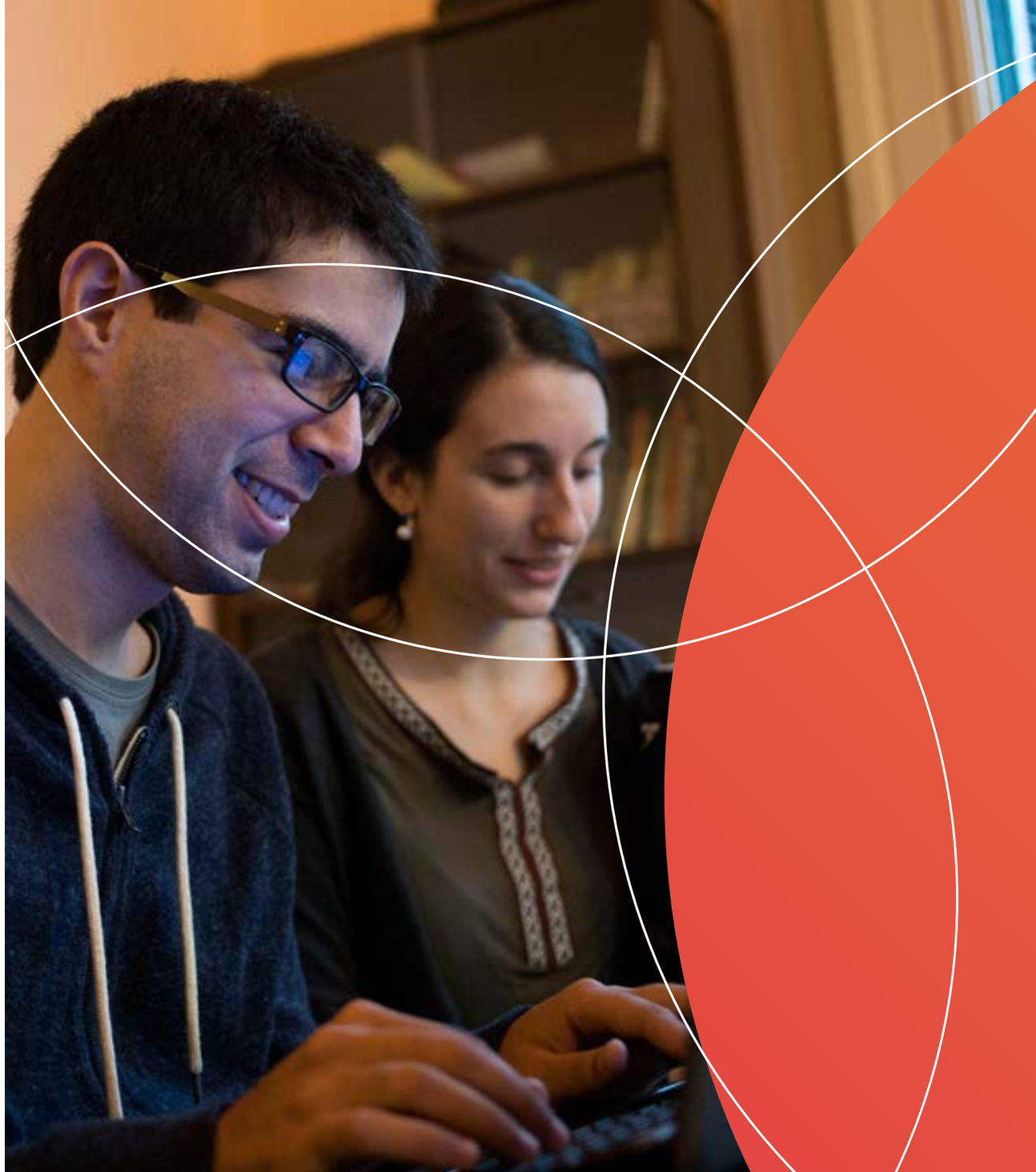
Nota: APC: porcentaje de cambio anual.

Otros **factores de riesgo modificables** a tener en cuenta (6) son el índice de masa corporal elevado, la falta de actividad física, el consumo nocivo de alcohol, la dieta inapropiada y ciertas infecciones, como los virus del papiloma humanos y los virus de la hepatitis B y C.

Con respecto a las **comparaciones de nuestras cifras de incidencia y mortalidad por cáncer con otros países de la región y países más desarrollados y menos desarrollados**, que han sido motivo de artículos de prensa luego de la publicación del World Cancer Report 2014 por la IARC (International Agency for Research on Cancer) de la OMS, corresponde realizar las siguientes consideraciones:

1. Este informe incluye las estimaciones incluidas en el GLOBOCAN 2012 (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx) las cuales, en el caso de los países de nuestra región, se basan en los registros correspondientes a una o unas pocas ciudades y en consecuencia no reflejan la situación epidemiológica global de los mismos. Por el contrario, Uruguay tiene un Registro Nacional y de mejor calidad, al menos en lo relativo al registro de incidencia. Por otra parte, las cifras de incidencia y mortalidad de Uruguay publicadas por Globocan 2012 corresponden a estimaciones que sobreestiman en aproximadamente un 10% la mortalidad observada en nuestro país en 2012.

2. Si se calcula el cociente entre las tasas estandarizadas de mortalidad e incidencia para todos los sitios y los dos sexos reunidos, nuestro cociente (calculado con los datos aportados por el RNC) es similar al que exhiben Argentina y Brasil e intermedio entre el exhibido por el conjunto de los países más desarrollados y el conjunto de los menos desarrollados.



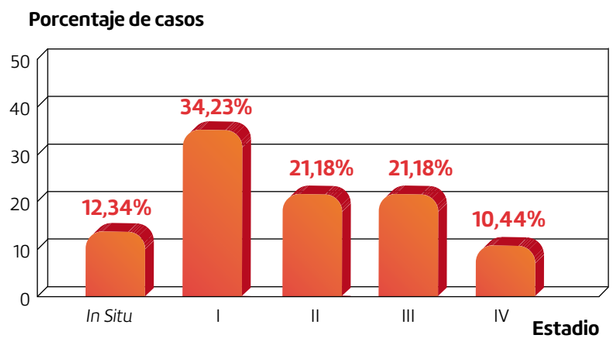
Si bien tomando en cuenta las consideraciones precedentes nuestras cifras no son peores que las de otros países de la región, **es relevante identificar las causas por las cuales nuestros resultados en términos de mortalidad son inferiores a los de los países más desarrollados** a fin de actuar sobre ellas para reducir la mortalidad por cáncer en nuestro país.

Uno de los principales factores que condiciona la mortalidad es la extensión lesional al diagnóstico. Los países desarrollados poseen **programas organizados de tamizaje que han logrado desplazar el espectro de estadios a etapas más tempranas en el diagnóstico.** Este desplazamiento impacta no solamente en el aumento del denominador —la incidencia— sino en el descenso del numerador (la mortalidad), sobre todo en los tumores más frecuentes en los cuales es posible el diagnóstico oportuno como mama, colo-recto y cuello uterino.

En nuestro país, aunque tenemos un buen registro nacional de incidencia y mortalidad por cáncer, aún **no disponemos de un registro apropiado de los estadios al diagnóstico que nos permita conocer con certeza cuál es nuestra situación al respecto** (Barrios, E. comunicación personal). La mejor estimación disponible es la aportada por el RNC en relación a la distribución por estadios de los casos de cáncer de mama diagnosticados entre 2005 y 2009 ya que se basa en el estadio al diagnóstico de aproximadamente 2/3 de los nuevos casos en el período referido (Gráfica 5). En el caso de los cánceres de cuello uterino y de colo-recto, la estimación es mucho más imprecisa ya que se basa en una proporción de casos menor al 40%. **A fin de establecer metas en relación al desplazamiento de los estadios a etapas más precoces del desarrollo de estos cánceres es necesario mejorar el registro existente.**

En el caso del cáncer mamario, aproximadamente el 68% de los casos se diagnostica en estadios *in situ*, I o II, de los cuales una proporción corresponde a pacientes con enfermedad en etapa loco-regional. Sería importante conocer el porcentaje de pacientes que se presenta en etapa localizada. En EE. UU., de acuerdo a los datos del NCI (SEER), el 61% de los casos se diagnostica en etapa localizada (http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html).

Gráfica
05 Estadios de presentación del cáncer de mama en Uruguay Incidencia 2005–2009



Fuente: Registro Nacional del Cáncer - CHLCC.

En relación al cáncer de cuello uterino, en el año 2010 (RNC, CHLCC), el 65% de los casos nuevos en relación a los cuales se reportó el estadio, correspondió a lesiones *in situ*.

En la Tabla 16 se muestra la distribución de los casos de cáncer de colon y recto de acuerdo al estadio (RNC, CHLCC). Aproximadamente un cuarto de los casos de cáncer invasivo se diagnostica en estadio 1.

Tabla
16 Distribución de los casos de cáncer de colo-recto de acuerdo al estadio. Incidencia 2007–2011. Ambos sexos reunidos. (RNC, CHLCC)

Estadio	Casos	Porcentaje*
1	980	26,3%
2	719	19,3%
3	1.032	27,7%
4	994	26,7%
Subtotal con estadio	**3.725**	**41,0%**
Sin dato	5.370	59,0%
Total	9.095	100,0%

Con respecto a la detección oportuna de los cánceres de mama y cuello uterino, si bien la legislación vigente favorece el acceso y la cobertura con los estudios de tamizaje, la misma tiene que incrementarse. En efecto, de acuerdo a la información aportada por el Programa de prevención del cáncer de cuello uterino (PPCCU) (7) la cobertura con PAP varía entre el 20% y el 90%, mientras que el promedio nacional de cobertura con mamografía en mujeres mayores de 40 años es de 26% y varía entre el 9% y 45% (8). Por otra parte, **el registro de la cobertura es incompleto** y **no disponemos** de un sistema que asegure el **seguimiento para el diagnóstico y tratamiento oportuno.**

Respecto a la detección oportuna del **cáncer colorrectal en población de riesgo**, de acuerdo a las pautas establecidas en el **Área Programática de Cáncer del MSP**, se recomienda la utilización de **fecatest inmunológico anual** en pacientes asintomáticos con 50 y más años, utilizar como **valor de corte 100 ng Hb/ml** y su seguimiento de acuerdo a las guías de práctica clínica establecidas por el MSP. Si bien la legislación vigente favorece el acceso (estudio gratuito), a diferencia de lo que ocurre con el PAP y la mamografía, **no contempla la inclusión del fecatest en el carné de salud.** Por otra parte, **tampoco se dispone de un sistema que permita el registro de la cobertura y asegure el seguimiento** para el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes con **fecatest positivo (mayor o igual a 100 ng** Hb/ml según recomendaciones del MSP).

En efecto, para **reducir la mortalidad por los cánceres pasibles de ser detectados en forma precoz**, no solo es importante ampliar la cobertura de los estudios de tamizaje sino que también es necesario **asegurar el diagnóstico y tratamiento en tiempo y forma.** Al respecto, parece importante desarrollar un programa de seguimiento que permita contactar a los pacientes a los que se identifica como probables portadores de un cáncer *in situ* o invasivo en etapa precoz a fin de que puedan acceder al diagnóstico definitivo y al tratamiento apropiado en forma oportuna.

Por otra parte, cabe destacar que **el pronóstico no solo depende de la extensión lesional al diagnóstico y el tratamiento oportuno sino también de la agresividad biológica** del tumor. En el caso del cáncer mamario, los estudios biológicos realizados en los últimos años, han confirmado la existencia de al menos cuatro subtipos de acuerdo a la expresión de los receptores hormonales de estrógenos y progesterona (RH) y la proteína HER2 (12): 1) tumores RH+ HER2-; 2) RH+, HER2+; 3) RH- HER2+ y 4) RH- HER2- o triple negativos. El diagnóstico del subtipo es fundamental para decidir el tratamiento y predecir la sobrevida. Los subtipos más agresivos y de peor pronóstico son el triple negativo y el HER2 positivo. En el caso de este último, la incorporación de terapias dirigidas contra HER2 ha permitido aumentar significativamente la sobrevida en todos los estadios (9, 11).

Por lo tanto, **es importante realizar los cambios necesarios para que los prestadores informen al Registro Nacional de Cáncer** los estadios al diagnóstico y en el caso del cáncer mamario, también el resultado del estudio de los receptores hormonales y el HER2.

Por otra parte, es importante contar con guías de práctica clínica de alcance nacional actualizadas tanto en lo referido a la **prevención** (se dispone de las guías de tamizaje actualizadas para **cáncer de mama y cáncer de cuello uterino**) como al **diagnóstico, tratamiento y rehabilitación**, así como poner en marcha la **evaluación y la mejora de la calidad de los procesos asistenciales.**

El **desarrollo e implementación a nivel nacional de la historia clínica electrónica oncológica (HCEO)** puede contribuir tanto a mejorar el registro de la cobertura de los estudios de tamizaje como la información sobre los estadios al diagnóstico, el acceso a guías de práctica clínica y la evaluación y mejora de la calidad de los procesos asistenciales.

Con la finalidad de asegurar un diagnóstico y tratamiento apropiados, es necesario continuar promoviendo el **acceso equitativo y sustentable a los nuevos estudios y tratamientos** que hayan demostrado contribuir de forma clínicamente significativa al control del cáncer y ser costo-efectivos.

Por último, y no menos importante es **fortalecer el desarrollo de investigación epidemiológica y clínica** que responda a las **necesidades y características de nuestra población y nuestro sistema de salud.**

La respuesta del sistema de salud respecto a estas enfermedades continúa siendo deficitaria ya que el mismo está orientado principalmente, desde la infraestructura y la formación de recursos, a la resolución de los problemas agudos y episódicos.

Si bien la reforma sanitaria con la creación del SNIS consagra el modelo de atención haciendo énfasis en la prevención y seguimiento todavía existen aspectos a desarrollar:

- Accesibilidad
- Longitudinalidad de la atención
- Continuidad (coordinación, referencia y contrarreferencia)
- Integralidad
- Captación precoz de las patologías y/o factores de riesgo
- Intervención oportuna y prácticas basadas en la evidencia
- Mejorar adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos
- Involucramiento y abordaje familiar y comunitario
- Mejorar sistemas de información de las instituciones para tener registro de los pacientes crónicos y del proceso de atención.

Mortalidad infantil **neonatal y prematuridad**

La prematuridad conforma una de las principales causas de mortalidad neonatal y ésta el componente más duro de la mortalidad infantil. A nivel mundial se ha registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Según la OMS, Ello puede explicarse, entre otras cosas, por una mejora en los métodos de evaluación, el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos contra la infecundidad, que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término.

Existen importantes diferencias en la incidencia de partos prematuros entre los distintos países. En los de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. También se ven diferencias en la sobrevida de estos niños: más del 90% de los prematuros extremos (<28 semanas) nacidos en países de ingresos bajos muere en los primeros días de vida; sin embargo, en los países de ingresos altos muere menos del 10% de los bebés de la misma edad gestacional. Siguiendo en la misma línea de pensamiento, dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro. Es por este motivo que las estrategias de abordaje deben fundarse en la interdisciplina (salud, educación, políticas sociales).

Los niños con historia de prematuridad y muy bajo peso al nacer tienen alto riesgo de padecer problemas de salud física como falla de crecimiento y enfermedad respiratoria durante sus primeros años de vida. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable y solo existen datos parciales a nivel nacional acerca del seguimiento del crecimiento y desarrollo de esa población de riesgo. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano, tienen alto riesgo con respecto a la población infantil en general de diagnóstico de discapacidades mayores (parálisis cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).

En los últimos años, en Uruguay, se ha observado que las principales causas de mortalidad neonatal se han mantenido, siendo las afecciones del período perinatal vinculadas a la prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. Se destaca además que el 60% de las muertes neonatales ocurre en el período neonatal precoz. Si consideramos la mortalidad postneonatal, existe un importante porcentaje de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21,4%) y enfermedades respiratorias (13%). En Uruguay el 9% del total de nacimientos se producen prematuramente (2014) y el 1% del total de nacimientos de todo el país son recién nacidos con peso al nacer menor de 1.500 g.

Desde hace muchos años, la natalidad se ha mantenido estable en nuestro país (13,4/1000 habitantes a 2012) y la mortalidad mantiene, desde hace más de 10 años, una tendencia decreciente. Siendo la prematuridad la principal causa de mortalidad en el primer mes y primer año, para preservar la tendencia decreciente de la mortalidad infantil, se hace necesario mantener el foco de acción en los grupos de mayor riesgo, como lo es el grupo de prematuros severos.

Causas de prematuridad

Se dividen en causas maternas, fetales y placentarias. Maternas: estado hipertensivo del embarazo, diabetes mellitus, síndrome antifosfolipídico, insuficiencia cervico-ístmica. Infecciosas: coriamnionitis, sífilis. Placentarias: patologías placentarias anómalas. Causas fetales: infecciones connatales del feto y cromosomopatías.

Es necesario tener presente que la prematuridad tiene un componente "evitable" y otro componente "no evitable" dado que sobre sus causas, es poco lo que podemos hacer (como las causas genéticas).

Causas evitables

Aquellas que dependen de un adecuado control del embarazo en cantidad y calidad detectando factores de riesgo para reducirlo al mínimo. En esta categoría también influyen los factores derivados de la propia asistencia del parto y la categorización del riesgo del mismo para que éste se produzca en el lugar adecuado, incluyendo el traslado apropiado y asistido por el personal adecuado.

Causas no evitables

a. Por conocimiento actual de la medicina: causas genéticas, donde no influyen otros factores y que no dependen de la calidad del control de la gestación.

b. Causas de prematuridad por decisión obstétrica, frente a alto riesgo vital del feto in útero, estas están aumentando a nivel internacional la tasa de prematuridad, pero a su vez están disminuyendo la mortalidad fetal. Estos cambios se han dado gracias a avances en la perinatología y a estudios de salud fetal in útero, en fetos moderados prematuros y severos en límites de viabilidad (fetos que hace algunos años hubieran fallecido in útero). Hoy se ha trasladado ese componente de la mortalidad fetal en los límites de la viabilidad al componente neonatal precoz.

Morbimortalidad por **VIH Sida**

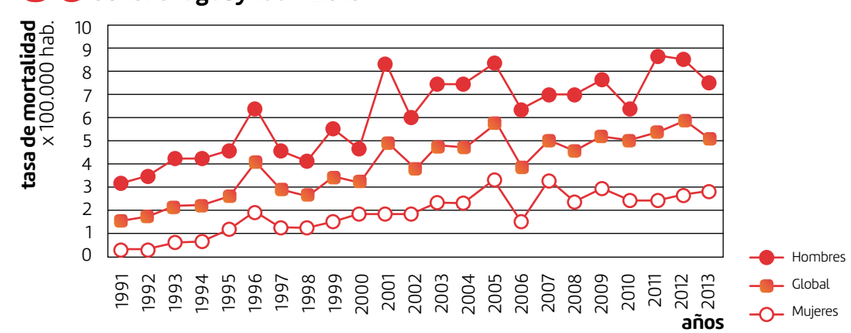
La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección de transmisión sexual (ITS) de reciente identificación (poco más de 30 años) que rápidamente se expandió para constituirse en una pandemia. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por un curso que puede ser silente por varios años, en promedio 8 a 10 años, para luego llegar a la etapa caracterizada por inmunodepresión severa y ocurrencia de enfermedades oportunistas (EO) denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). La larga historia asintomática de la enfermedad y su vía predominante de transmisión, sexual, han contribuido a la rápida expansión de la infección.

El pronóstico de la enfermedad ha cambiado sustancialmente desde la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TARV) de alta eficacia basada en la asociación de fármacos, la enfermedad que inevitablemente era mortal, pasa a adquirir un comportamiento crónico. De hecho, aquellos individuos cuyo diagnóstico se realiza precozmente con una terapia instalada de manera temprana tienen una expectativa de vida cercana a la población general sin VIH.

Además del evidente beneficio en la sobrevida, el TARV mejora la calidad de vida (evita la aparición de EO a través de la recuperación inmune) y evita la transmisión. Este último beneficio demostrado recientemente transforma el TARV en una medida con un impacto poblacional, una medida de salud pública.

En nuestro país se tuvo un rápido acceso a los primeros fármacos antirretrovirales (ARV) y tempranamente se implementó la estrategia de TARV de alta eficacia. Sin embargo este acceso al TARV no ha tenido un impacto significativo en la mortalidad por Sida, resultado que es evidente en otros países.[12] Por otra parte, la expansión del TARV ha comenzado a tener un impacto en la disminución de nuevas infecciones por VIH en varias regiones del mundo.

Gráfica
06 **Evolución de la tasa de mortalidad por Sida global y por sexo. Uruguay 1991–2013**



12. Tasas de mortalidad x 100.000 habitantes en países de la región y otros. Argentina 2012: total, 3,3; varón 5,0; mujer 2,0. Brasil 2009: 6,0. Chile 2011: total, 2,2; varón 4,5; mujer 1,5. España 2010: total 2,21; varón 3,58; mujer 0,89 *Fact sheet* (hoja descriptiva) n.° 385 sobre Actividad Física elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y actualizado a enero de 2015.

Carga global de enfermedad

Se está finalizando el análisis del Estudio Nacional de Carga Global de Enfermedad[13] en nuestro país y los resultados preliminares colocan al VIH/Sida en el grupo etario de 20 a 64 años, en 10° lugar como causa de muerte prematura (AVP), en 5° lugar en carga de morbilidad (AVD) y en 8° lugar en el índice combinado de los anteriores (AVISA).

Años de vida perdidos (AVP)

Tabla **17** **Distribución de Años de Vida Perdidos según enfermedad y sexo**

Ubicación	Enfermedad	Hombre	Mujer	Total
1	Siniestros transporte	12.328	3.105	15.433
2	Heridas autoinflingidas	11.498	3.415	14.913
3	Cáncer de pulmón	10.157	3.875	14.032
4	Otros neoplasmas malignos	7.540	4.849	12.389
5	AVE	6.435	5.204	11.639
6	Isquémica aguda del corazón	7.602	2.751	10.353
7	Isquémica crónica del corazón	5.712	2.222	7.934
8	Cáncer de mama	172	7.041	7.213
9	Cáncer cólon y recto	3.649	2.776	6.425
10	**VIH**	**4.196**	**2.036**	**6.232**
11	Violencia	4.692	928	5.620
12	Diabetes	2.578	2.327	4.905
13	Cáncer de estómago	2.638	1.629	4.267
14	Neumonía	2.145	2.006	4.151
15	Cáncer de páncreas	2.473	1.599	4.072

13. ESTUDIO DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT) - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2015.

Años de vida con discapacidad (AVD)

Tabla **18** **Distribución de Años de Vida con Discapacidad según enfermedad y sexo**

Ubicación	Enfermedad	Hombre	Mujer	Total
1	EPOC	8.990	14.738	23.728
2	Isquémica crónica del corazón	6.910	3.370	10.280
3	AVE	2.986	3.831	6.817
4	Osteoartritis	2.455	2.583	5.038
5	**VIH**	**2.612**	**2.101**	**4.713**
6	Depresión mayor	1.038	3.103	4.141
7	Siniestros transporte	2.539	1.318	3.857
8	Visión	1.451	2.239	3.690
9	Diabetes	1.513	1.876	3.389
10	Audición	1.249	1.927	3.176
11	Artritis reumatoidea	233	1.882	2.115
12	Enfermedad hipertensiva del corazón	695	1.150	1.845
13	Diarreas	777	1.058	1.835
14	Hiperplasia prostática benigna	1.769	-	1.769
15	Dolor de espalda crónico	592	1.131	1.723

Se identifican como **componentes del problema:**

1. Acceso al diagnóstico de VIH
2. Estigma y Discriminación como obstáculos al acceso a los servicios de salud
3. Cobertura de TARV
4. Adherencia al TARV

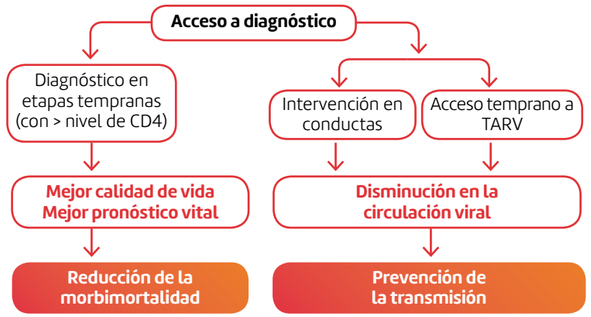
La identificación de estos componentes se realiza a través de indicadores construidos a partir de datos de la notificación epidemiológica, estudios de cohortes, de encuestas a servicios de salud, en el marco de reportes de seguimiento a compromisos internacionales e insumos aportados por la sociedad civil.

Componente 1: **Acceso al diagnóstico**

Subdiagnóstico: aproximadamente 30% de personas con VIH no diagnosticadas.
Diagnóstico tardío: más de un 40% de personas con VIH con diagnóstico tardío.

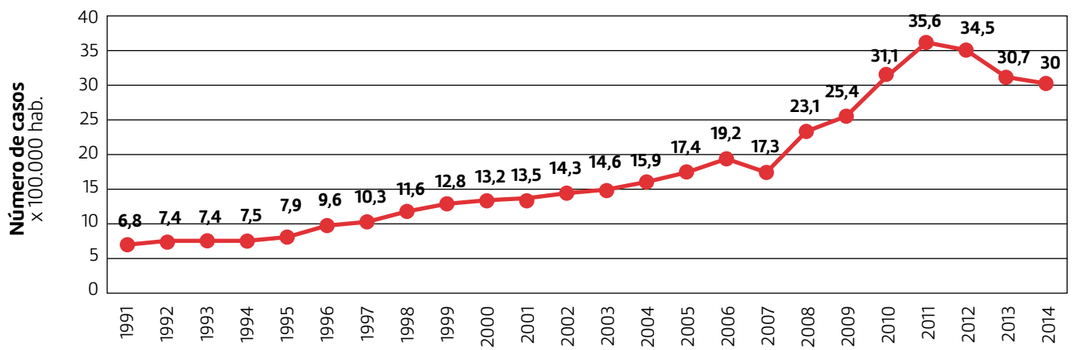
Un componente que integra el problema crítico es el acceso al diagnóstico. Realizar diagnóstico temprano —como en toda enfermedad crónica— es una condición fundamental para facilitar el acceso oportuno a cuidados, mejorar la calidad de vida y la sobrevida. En VIH se suma el beneficio de interrumpir la cadena de transmisión.

Figura
02 Esquema de intervención propuesto



La tasa de nuevos diagnósticos en nuestro país sigue un sostenido aumento más pronunciado en los últimos años, con una tendencia a descender desde el año 2012, como puede verse en la Gráfica 7.

Gráfica
07 Evolución de la tasa de notificación del evento. Uruguay 1991–2014[14]



El indicador tasa de nuevos diagnósticos no representa tasa de incidencia de nuevas infecciones. Ya que se trata de nuevos diagnósticos, este indicador es sensible a la accesibilidad a la prueba. El comportamiento de la infección, que puede pasar asintomática por largos períodos, dificulta acceder al indicador de incidencia de nuevas infecciones.

Sin embargo, existen herramientas que permiten realizar estimaciones de incidencia de infecciones de VIH, así como de prevalencia (número de personas con VIH) y de esta manera estimar la brecha entre el número de personas con VIH y el número de personas diagnosticadas. La aplicación del modelo de proyección Spectrum (ONUSIDA) estimaba el número de personas con VIH en 2014 en algo más de 14.000, mientras que la estimación realizada a través del programa Diamond sitúa esta estimación en 19.000, por lo que tomaremos como estimación de número de personas con VIH una cifra intermedia de 16.000. El número de personas notificadas con VIH era de 12.000 a diciembre de 2014. Por lo que la brecha entre personas diagnosticadas y personas sin diagnosticar se sitúa entre 25%-30%.

14. Boletín Epidemiológico VIH/Sida, 29 julio 2015.

El número de nuevas infecciones por año —por Spectrum—, se estima en alrededor de 750 (casos incidentes). Este número debe diferenciarse del número de personas diagnosticadas, que en 2014 se situó en 987, correspondiendo a una tasa de diagnósticos de 30/100.000. De acuerdo a la última encuesta de uso de ARV, en el año 2013 ingresaron en TARV unas 700 personas en nuestro país. La razón del número estimado de nuevas infecciones en un año dividido entre el número de personas que inician tratamiento se denomina "punto de inflexión programático" o *tipping point*. Cuando este punto es menor a 1 indica una amplia expansión de acceso a tratamiento y una reducción en la infectividad. En nuestro país en el año 2014 se situó en 1,1.

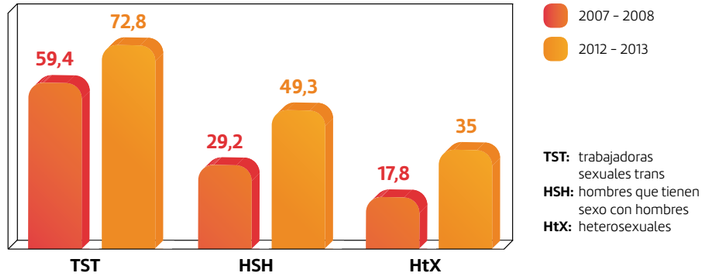
Por otra parte, existe una elevada proporción de diagnósticos tardíos, entendiendo como diagnóstico tardío el diagnóstico del VIH a través del debut clínico por una enfermedad oportunista (EO) o a través de un recuento de CD4 ≤ 200 células/ml (estadio sida). A través de la notificación epidemiológica se conoce que al menos el 20% de las personas con VIH son diagnosticadas en estadio sida, dato que seguramente esté subestimado ya que es probable un subregistro de EO en la hoja de notificación. Estudios de cohorte realizados entre el año 2007 y el

2010 daban cuenta de una proporción mayor a un 40% de diagnósticos tardíos en el SEIC (Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas).[15]

En el año 2014 la proporción de diagnósticos tardíos era de 16% (notificación epidemiológica de casos con enfermedades oportunistas), cifra que seguramente subestime la magnitud del problema dado que depende del llenado correcto y completo del formulario de notificación.

Es de destacar la característica de la epidemia de VIH que en nuestro país —como en el resto de Latinoamérica— es de tipo concentrada, es decir, tiene una prevalencia mayor a 5% entre poblaciones más vulnerables y menor a 1% en población general. Son precisamente las personas pertenecientes a estos grupos "claves" quienes la mayoría de las veces tienen mayores obstáculos de acceso a los servicios de salud.[16] En este tipo de epidemia es prioritario implementar acciones en promoción, prevención y acceso a diagnóstico entre las poblaciones más afectadas que muchas veces son grupos con escaso acceso al sistema de salud. En la siguiente gráfica se muestra la información disponible de realización de prueba diagnóstica, de encuestas realizadas en diferentes períodos en dos de las poblaciones clave y en población heterosexual.

Gráfica
08 **Realización de prueba diagnóstica de VIH en el último año**



Componente 2:
Estigma y discriminación como obstáculos al acceso a los servicios de salud

La mayor proporción de denuncias por estigma y discriminación se producen en el sector salud, hecho que atenta contra el acceso y continuidad de los cuidados de las personas con VIH.[17] También existe evidencia nacional respecto a la existencia de actitudes de discriminación de la población general hacia personas con VIH y hacia personas de colectivos más vulnerables.[18]

15. Cabrera, S.; Cotelo, A.; Antelo, V.; González, G.; Librán, M.; Perna, A.; Savio, E. "Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007-2009". 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 17-20 July 2011, Roma, Italy. Abstract CDB028.
16. Hombres que tienen sexo con hombres – HSH: 9% (2008), 9,7% (2013); mujeres trans: 36% (2008), 21% (2013); usuarios de pasta base de cocaína, 6,3% (2012); población privada de libertad, 5,5% (2007).
17. "Estudio sobre Estigma y Discriminación hacia Personas Viviendo con VIH". Proyecto PAF A UNAIDS Programme Aceleration Founds.
18. "La población ante al estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH". Investigación realizada por Equipos Mori, Subreceptor No Estatal – ANII – en el marco del Proyecto del Fondo Mundial "Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay". 2013.
19. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002.

La asociación del VIH a "promiscuidad", a personas con "conductas sexuales desviadas" y su origen y mayor prevalencia en grupos estigmatizados por su orientación sexual o identidad de género, ha signado la respuesta social al VIH, donde la discriminación opera en contra de la inclusión y el ejercicio de derechos de las personas afectadas o, incluso, contra aquellas que sin tener VIH pertenecen a las poblaciones mencionadas que no responden al paradigma heterosexista que rige en la sociedad.

El temor a hacerse la prueba diagnóstica, el no concurrir a buscar el resultado, el retardo de la vinculación al sistema de salud de las personas diagnosticadas (que pueden pasar años sin atención hasta que aparece una enfermedad oportunista), el acceso tardío al TARV, son algunas de las consecuencias de la discriminación en el sector salud.

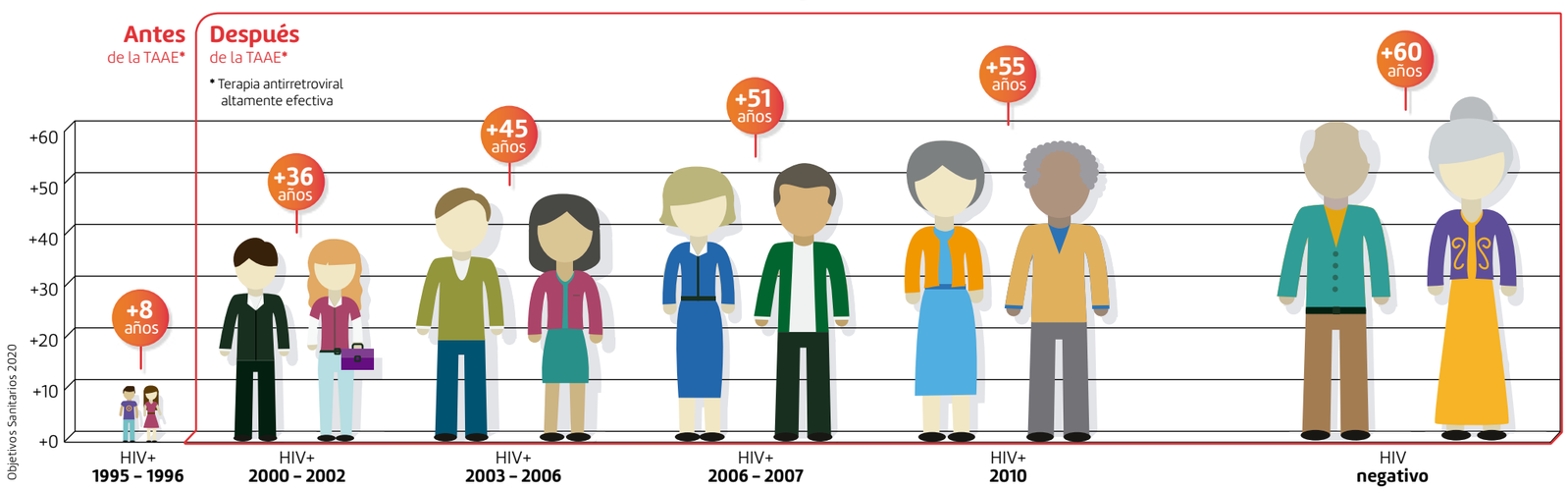
Componente 3:
Cobertura de TARV

El TARV tiene un **doble beneficio:**

1. individual, con mejoría en la calidad de vida que permite una inclusión plena socio-familiar de las personas y la prolongación en la sobrevida que hace que quienes acceden de manera precoz al TARV alcancen una expectativa de vida similar a las personas sin VIH;
2. poblacional, ya que la supresión de la carga viral plasmática a través del TARV previene la transmisión horizontal (además del conocido efecto preventivo de la transmisión vertical).

La siguiente figura ejemplifica la ganancia en años de vida de una persona diagnosticada con VIH a los 20 años, en diferentes períodos, en países de elevados recursos. Se observa que aquellas personas diagnosticadas en el año 2010 tienen una expectativa de 75 años muy cercana a la población sin VIH que llega a los 80 años.

Figura
02 **Impacto proyectado de la terapia antirretroviral altamente efectiva en la supervivencia de una persona de 20 años viviendo con VIH en un país de altos ingresos**



Fuente: "The Gap Report". Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/ 2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

Las indicaciones de inicio de TARV han cambiado a lo largo de los años como consecuencia de: beneficio demostrado del inicio precoz, menor toxicidad de los fármacos disponibles y mayor simplicidad de las posologías. En este momento la indicación en nuestro país basada en recuento de CD4 es de iniciar con valores iguales o menores 500/mL y la tendencia mundial es llegar a "testear y tratar", recomendación ya adoptada por Brasil en la región. Existen otras indicaciones de inicio de TARV que son independientes del conteo de CD4: embarazo, coinfección con virus de hepatitis B o C, edad > 50 años, insuficiencia renal, pareja sero-discordante, enfermedad oportunista (especialmente TB que puede ocurrir con recuentos mayores a 500).

El indicador "cobertura de TARV", tiene 2 formas de cálculo variable en su denominador: estimación de personas que requieren TARV según los criterios de CD4 (≤ 500/mL) y estimación del total de personas con infección. Este último es más exigente y más realista a la hora de evaluar las posibilidades de revertir el curso de la epidemia, que exige una mínima circulación viral (supresión viral bajo TARV). El cuadro siguiente muestra la cobertura de TARV considerando los dos denominadores que en ambos casos son estimaciones en base a la aplicación de Spectrum.

Cuadro
06 **Cálculo de la estimación de cobertura de TARV en Uruguay (2014)**

$$\frac{\text{Número de personas con VIH en TARV}}{\text{Número de personas con VIH con CD4} \leq 500\text{/mL}} = \frac{5.300}{8.000} = 66\%$$

$$\frac{\text{Número de personas con VIH en TARV}}{\text{Número de personas con VIH}} = \frac{5.300}{14.000} = 38\%$$

Numerador: 5300 en TARV (encuesta de uso de ARV a servicios correspondiente al 2014)
Denominador: estimaciones Spectrum

Es importante destacar que el número de pacientes con VIH en TARV ha aumentado significativamente en los últimos años, casi un 100% en el período 2010-2014 (de 2.700 a 5.300).

El problema de la resistencia a antirretrovirales y acceso a TARV efectivos

El acceso a fármacos en nuestro país desde los primeros años de la epidemia, con antirretrovirales menos potentes y utilizados, inicialmente, en esquemas de mono o biterapia no supresores de la carga viral ha tenido un impacto en la generación de resistencia a los antirretrovirales (ARV). El principal factor para determinar resistencia es la exposición del virus a concentraciones sub-óptimas de los fármacos, lo que genera por presión selectiva, variantes virales resistentes. La presencia de cepas virales resistentes tiene un doble impacto: falla al TARV en el individuo con el consiguiente impacto negativo en el pronóstico y potencial circulación y transmisión de virus resistentes en la comunidad.

Para identificar las cepas de VIH resistentes, Uruguay cuenta desde el año 2007 con el test de resistencia genotípica, que se realiza en el DLSP y se ofrece a todas las instituciones del SNIS. Esta técnica identifica las mutaciones virales y de acuerdo a ellas los fármacos que son activos en ese caso en particular y aquellos que no lo son, permitiendo diseñar un plan de TARV que supere la resistencia y cumplir con el objetivo de carga viral indetectable. Las recomendaciones de plan luego del test de resistencia es realizada por una Comisión del MSP que evalúa todas las solicitudes y resultados de prestadores públicos y privados.

El país cuenta con algunos de los fármacos activos frente a virus resistentes pero estos no están incluidos en el FTM, por lo cual no son accesibles a todos los que lo necesitan. En esta situación, ASSE es casi el único prestador que se hace cargo de estos tratamientos, mientras que las instituciones del subsector privado en su gran mayoría no lo hacen (no es obligatorio por no estar en FTM). Se produce de hecho un desplazamiento de pacientes más complejos y que requieren tratamientos más caros hacia ASSE generando una sobrecarga en el subsector público y una clara situación de inequidad en el acceso, que esta vez perjudica a los usuarios/as del subsector privado.

Componente 4:
Adherencia al TRAV

La continuidad de TARV es una medida indirecta de adherencia. Se obtiene a través de encuestas a servicios, siendo la última disponible de 2013-2014.

Tabla
19 **Adherencia a TARV en Uruguay, según sexo (2013–2014)**

Indicador	Total	Hombre	Mujer
Inicios	690	397	293
Continuidad	497	302	195
% de continuidad	72%	76%	66,6%

La continuidad se establece mediante el cálculo del número de personas con VIH que iniciaron TARV en el período y que continúan a los 12 meses/número de personas con VIH que iniciaron TARV entre enero-diciembre 2013.

Tabla
20 **Adherencia a TARV en Uruguay, según subsector de asistencia (2013–2014)**

Indicador	Total	Subsector público	Subsector privado
Inicios	690	359	331
Continuidad	497	225	272
% de continuidad	72%	63%	82%

La continuidad se establece mediante el cálculo del número de personas con VIH que iniciaron TARV en el período y que continúan a los 12 meses/ número de personas con VIH que iniciaron TARV entre enero-diciembre 2013

Se aprecia una diferencia significativa entre el subsector público y el privado, con mayor tasa de discontinuación de TARV en el primero ($p = 0,02$). También es mayor la tasa de discontinuación —menor adherencia— entre mujeres respecto a varones, aunque esta diferencia no alcanza a ser significativa ($p = 0,26$). La adherencia es un factor clave para alcanzar el objetivo de carga viral indetectable, que es la condición necesaria para evitar la transmisión y revertir la epidemia.

Equidad y ejercicio de derechos

Existen diferencias notorias en las tasas de abandonos de los tratamientos en el susector público, lo que probablemente en parte responde a las vulnerabilidades múltiples de la población que se asiste en este subsector, pero allí también se verifican las mayores dificultades de acceso a la atención con un modelo que es vertical y fragmentado, centrado en la enfermedad y que impone múltiples obstáculos burocráticos a sus usuarias/os.

No se cuenta con otros indicadores discriminados por subsector de atención que podrían caracterizar mejor la inequidad que afecta a los usuarios/as: tasa de vinculación y retención en cuidados luego del diagnóstico, cobertura de TARV o tasa de mortalidad.

Elementos referidos a la percepción de la población

- Alto nivel de discriminación
- Baja percepción de riesgo en población que no pertenece a los grupos clave

Violencia basada en **género y generaciones**

La OMS define violencia[18] como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

A punto de partida de la definición de violencia de la OMS, el marco conceptual y contextual desde el cual comprendemos la VBGG es el consensuado entre los organismos del Estado y las organizaciones de la sociedad civil que integran el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLCVD) y el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV).[20] Se entiende la violencia sufrida por mujeres, niñas, niños y adolescentes, desde una perspectiva de género, generaciones, de derechos humanos y atravesados por múltiples discriminaciones. La necesidad de acuñar una conceptualización que intersecte las perspectivas de género y generaciones surge en nuestro país desde los espacios intersectoriales de construcción de política pública como forma de intentar dar respuesta a la violencia que impacta a mujeres, niñas, niños y adolescentes. El enfoque de interseccionalidad de las discriminaciones constituye una herramienta útil para comprender el fenómeno de la VBGG, evita priorizar una forma de dominación/discriminación/subordinación sobre otra, para concentrar la mirada en identificar las formas en que los diversos mecanismos de dominación/subordinación/discriminación actúan reforzándose entre sí.

La VBGG es una violación a los derechos humanos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes, se debe a un desequilibrio histórico entre la mujer y el hombre y entre la niñez y el adulto y a un sistema de género que ha colocado al sujeto hegemónico (varón, blanco, propietario, sin discapacidades, heterosexual) en una posición estructural de dominación sobre la mujer y demás sujetos no hegemónicos.

Comprender la VBGG como una violación a los derechos humanos permite exigir a los Estados protección y recursos judiciales contra los agresores y recursos para recuperarse de la violencia. Los derechos humanos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes se inscriben en un proceso de especificación de los derechos humanos, producto de las luchas de diferentes colectivos, que ha supuesto la progresiva sensibilización del derecho internacional y nacional hacia las personas y colectivos cuyos derechos humanos están expuestos a violaciones específicas o que requieren una protección reforzada.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud declaró la violencia un problema de salud pública en todo el mundo (WHA 49,25).

En mayo de 2014, la sexagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA 67,15, para el fortalecimiento de la función del sistema de salud para hacer frente a la violencia, en particular contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

La **violencia** basada en **género y generaciones** es una **violación** a los **derechos humanos**

La **violencia** es un **problema** de **salud pública**

Forta-lecimiento de la función del **Sistema de Salud** para hacer frente a la **violencia,** en particular **contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes**

La violencia contra las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes tienen en común:[21]

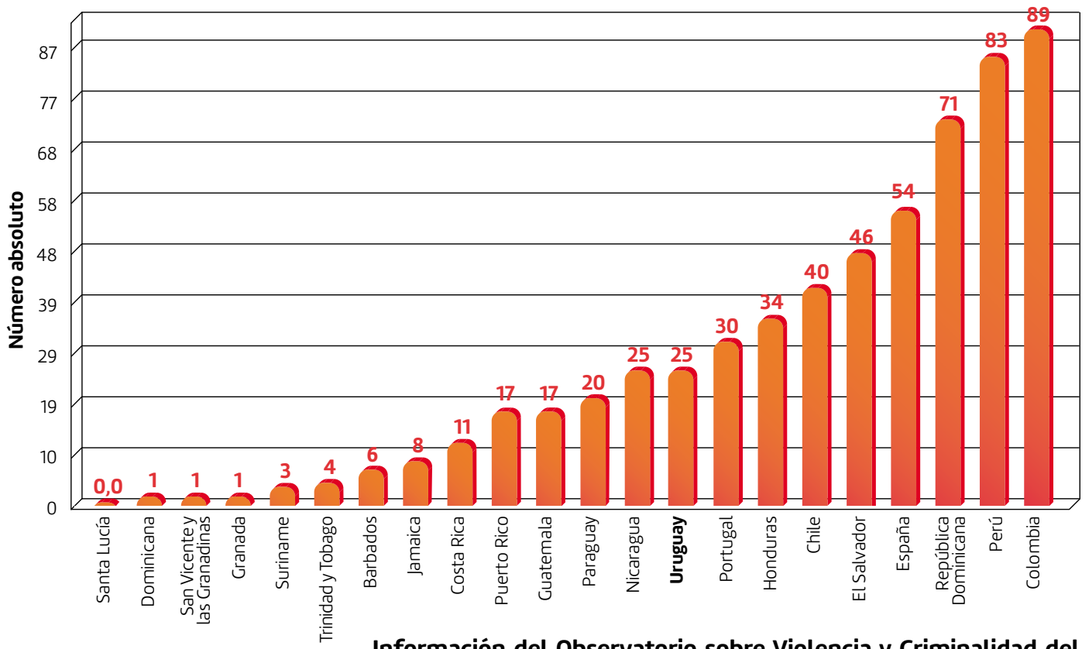
- los agresores suelen tener una relación íntima con las víctimas,
- la aceptación social,
- barreras para la búsqueda de ayuda,
- invisibilidad del problema,
- falta de sanciones penales y débil aplicación de protección legal,
- tiene consecuencias intergeneracionales.

20. Hasanbegovic, Claudia. Producto 1. Consultoría para el diseño de un Documento Preliminar del Plan Nacional de Lucha contra la VD y VBGG. Proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas, niños y adolescentes. Marzo 2014.
21. "Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres". Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Diciembre 2014.

Morbimortalidad por VBGG

"La violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida (especialmente en el caso de las mujeres, niñas, niños y adolescentes) y a una muerte prematura, puesto que muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/sida, entre otras están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia [...] Asimismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y el tejido económico de las comunidades".[22]

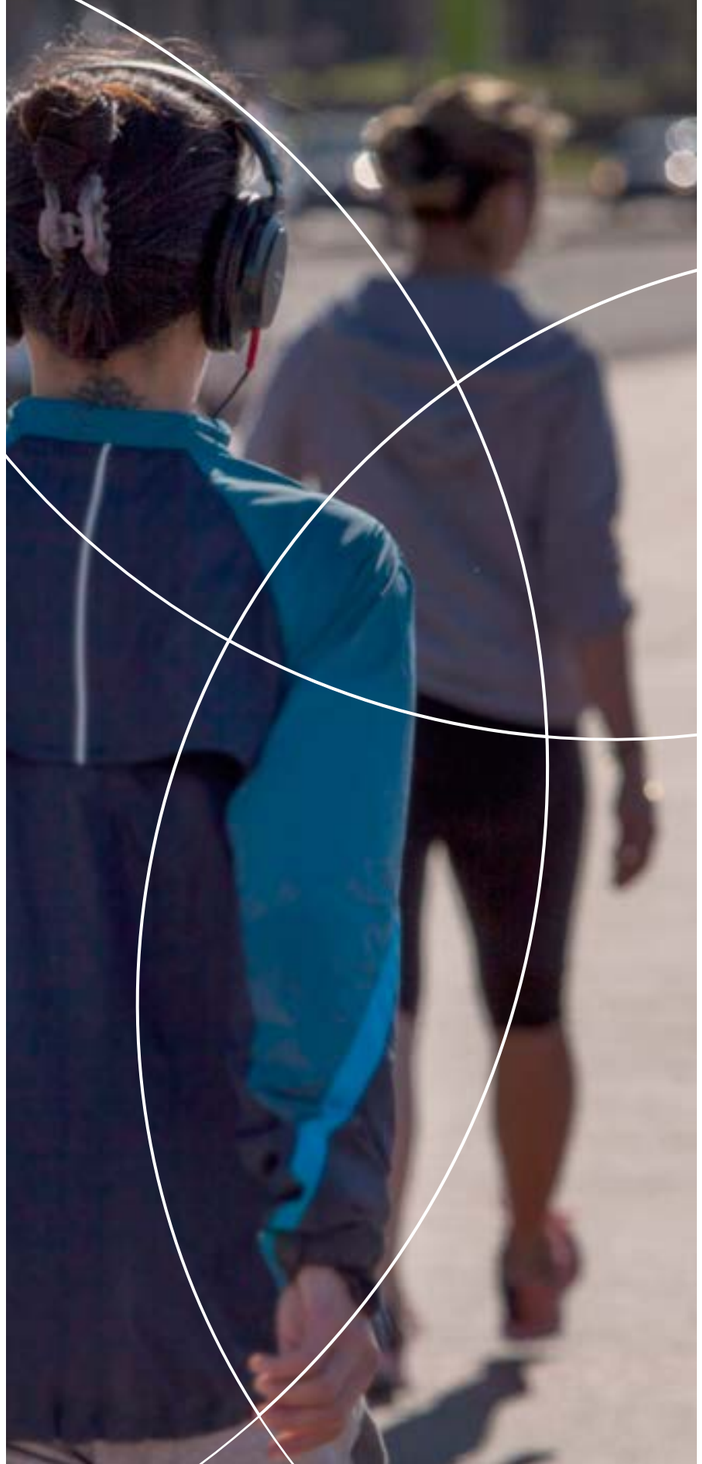
Gráfica
09 **Muerte ocasionada por su pareja o expareja Uruguay en el contexto de América Latina, España y El Caribe[23]**



Información del Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Noviembre 2014

Las denuncias por violencia doméstica en Uruguay representan más de la mitad de los delitos contra la persona y son el segundo delito en importancia luego de los hurtos. En el último año (entre noviembre 2013 y octubre 2014), hubo 24 asesinatos de mujeres por violencia doméstica y 15 intentos de asesinato (la mayor parte fue perpetrada por la pareja o expareja) y se recibieron, en promedio, 68 denuncias por VD cada día. Esto significa que cada 9 días se mató o intentó matar a una mujer por VD y cada 21 minutos se realizó una denuncia por este hecho.

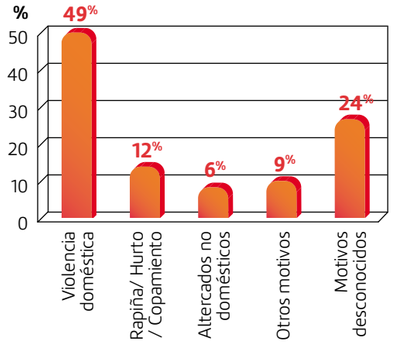
22. Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia. OMS. 2014.
23. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe. CEPAL.
24. Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/33876/1/resumen_de_encuesta_mides.pdf



Si bien es razonable pensar que el aumento del número de denuncias puede atribuirse en parte a las mejoras del sistema de registro debido a la profesionalización y tecnificación que ha venido teniendo este Observatorio (tanto en el relevamiento de los datos en general como en las mejoras específicas que se han introducido para que esta problemática quede correctamente identificada y no invisibilizada bajo "otros delitos"), el aumento del número de denuncias es alarmante: del casi 400% entre 2005 y 2013.

Aún con las mejoras en el sistema de registro mencionadas anteriormente, es sabido que los hechos que llegan a conocimiento de la Policía subregistran apreciablemente el fenómeno. Cabe aclarar que desde las instituciones que trabajan con mujeres que sufren violencia basada en género no se considera la denuncia como única forma de salir de esa situación. Además, hay diversas razones por las cuales las situaciones de violencia no llegan a transformarse en denuncias.

Gráfica
05 **Mujeres víctimas de homicidio, por agresión en Uruguay (2013–2014)**



Encuesta Nacional de Violencia basada en Género y Generaciones [25]

La Encuesta Nacional de VBGG se enmarca dentro del proyecto "Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes", presentado por el país ante el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra la mujer. El proyecto es ejecutado durante el período 2012 a 2014 por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) —institución que centra su accionar en la violencia ejercida hacia las mujeres— y el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) —que centra su accionar en la violencia ejercida hacia niños, niñas y adolescentes—, con el apoyo y acompañamiento de las Naciones Unidas (las agencias participantes son ONU Mujeres, UNFPA, PNUD, OIM y UNESCO).

En esta encuesta se tomaron en cuenta los diferentes tipos de violencia que se enuncian de manera explícita en la ley de Violencia Doméstica (ley N.°17.514) en su artículo 3.°, a saber:[25]

- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia psicológica
- Violencia patrimonial

En esta encuesta se indaga sobre la ocurrencia de la violencia y sus características e impactos, en los siguientes **ámbitos:**

- Ámbito social
- Ámbito educativo
- Ámbito laboral
- Ámbito familiar
- Pareja o expareja
- Familia
- Infancia
- Adultez mayor

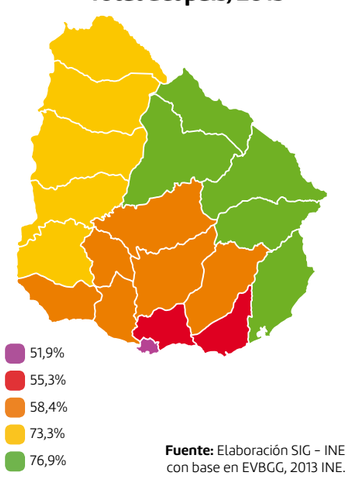
Según las recomendaciones internacionales sobre medición del fenómeno de la VBG, se consideran dos períodos de referencia: el primero abarca a los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta y el segundo al resto de la vida de las mujeres. Cabe señalar que las preguntas sobre el período de la infancia registran como edad máxima de las mujeres los 15 años. Por tanto, en estos casos el período de referencia es toda la vida. Para la violencia en el ámbito familiar, por razones metodológicas, se indagó su ocurrencia para los últimos 12 meses; no habiendo información sobre este tipo de violencia para el período de toda la vida.

Tabla 21 **Porcentaje de mujeres de 15 años o más, según hayan sufrido violencia basada en género en algún ámbito a lo largo de toda su vida.**

Experimentó violencia basada en género	Porcentaje
Sí	68,8%
No	31,2%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración SIG - INE con base en EVBGG, 2013 INE.

Figura 03 **Porcentaje de mujeres de 15 años o más que han sufrido violencia basada en género a lo largo de toda su vida, por región Total del país, 2013**



Fuente: Elaboración SIG - INE con base en EVBGG, 2013 INE.

25. Ley de Violencia Doméstica (ley N.°17.514), 2002.

Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud (2013)

La Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica entre las mujeres de 15 años y más asistidas en los servicios de Salud pública y Privada (2013) se enmarca en el Programa Integral de Lucha contra la Violencia de Género (PILCVG).[26] Su realización fue el resultado de la cooperación de la Facultad de Medicina de la UdelaR, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud Pública. La encuesta se aplicó en servicios de salud de atención ambulatoria no urgente, públicos y privados de todo el país, con un nivel de desagregación que asegura la representación regional de la información. El tamaño de la muestra fue de 1.200 casos distribuidos en 5 regiones a nivel nacional en localidades de 5.000 o más habitantes.

Tabla 22 **Prevalencia de violencia psicológica, física, sexual y de VD total entre mujeres usuarias de servicios de salud**

Tipo de violencia	Tasa de prevalencia
Psicológica	23,9%
Física	6,3%
Sexual	6,2%
Total violencia doméstica	**27,7%**

La prevalencia total no surge de la sumatoria de los porcentajes de los diferentes tipos de violencia, ya que una misma mujer puede haber sufrido diferentes tipos o combinaciones de las mismas

En **7** de cada **10** situaciones de violencia doméstica **la mujer declara convivir** con el agresor y en **8** de cada **10** situaciones el **agresor** es **varón.**

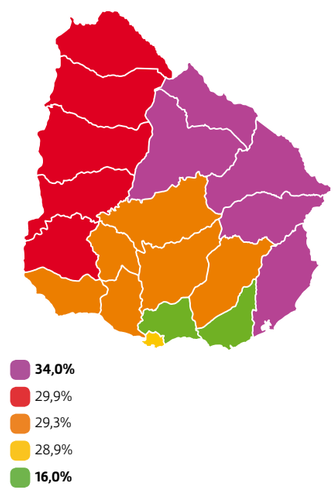
En el **40%** de los casos el **agresor** es su **pareja actual.**

14% de las situaciones identificadas tuvieron lugar cuando **la mujer estaba embarazada.**

Si además se consideran novios, ex novios o ex esposos, este guarismo supera el 60% del total de casos.

Sobre la percepción de las mujeres respecto a la gravedad de los episodios vividos, se destaca que aproximadamente el 35% de ellas considera que fueron hechos bastante o muy graves.

Figura 04 **Violencia doméstica por región entre las mujeres mayores de 15 años usuarias de los servicios de salud**



26. EL PILCVG se lleva a cabo en Uruguay por cuatro instituciones: el Ministerio de Desarrollo Social a través del Instituto Nacional de las Mujeres, el Ministerio del Interior, el Poder Judicial y el Ministerio de Salud Pública, con el acompañamiento de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) con el financiamiento de esta última.

Tabla
23 Prevalencia de siolencia sexual (VS) entre las mujeres usuarias de servicios de salud por Región[27]

VS	Región 1	Región 2	Región 3	Región 4	Región 5	Total
No	97,6%	92,4%	91,4%	96,3%	93,0%	**93,8%**
Si	2,4%	7,6%	8,6%	3,7%	7,0%	**6,2%**
Total	100%	100%	100%	100%	100%	**100%**

Tabla
24 Prevalencia de violencia sexual entre las mujeres usuarias de servicios de salud por edad

VS	15-18	19-24	25-34	35-49	50-64	65 o más	Total
No	97,4%	94,3%	90,9%	94,8%	93,5%	4,4%	**93,8%**
Si	2,6%	5,7%	9,1%	5,2%	6,5%	5,6%	**6,2%**
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	**100%**

En relación al sexo de la persona que ejerció la violencia sexual contra la mujer, la amplia mayoría son hombres (95%).

En cuanto al vínculo existente entre la mujer y su agresor, en más de la mitad de los casos, 53%, son el esposo y la pareja permanente quienes se encuentran involucrados en la situación.

Reafirmando que el espacio de convivencia resulta un lugar de mayor riesgo para las mujeres, la amplia mayoría vivió alguna situación de violencia sexual, el 78%, por personas que vivían en sus hogares. El restante 22% declara que la persona que ejerció violencia sexual no vivía en su mismo hogar.

El 86% de las mujeres declara no haber consultado en los servicios de salud por VS.

El 84% de las mujeres consultadas declaran que la persona que les exigió tener relaciones sexuales contra su voluntad no se encontraba bajo el efecto del alcohol u otras sustancias.

El **95%** de las personas que ejercieron la violencia sexual contra una mujer **son hombres.**

El **86%** de las mujeres declaran **no** haber consultado en los **servicios de salud por VS.**

El **84%** de los agresores se encontraba bajo el **efecto del alcohol** u otras **sustancias.**

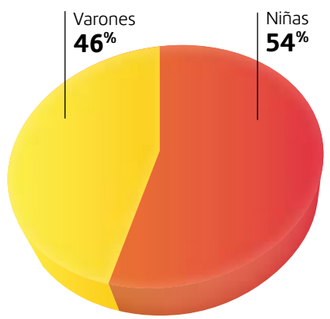
27. Región 1: Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano. Región 2: Rivera, Cerro Largo, Treinta y Tres, Rocha y Tacuarembó. Región 3: Colonia, San José, Florida, Flores, Lavalleja y Durazno. Región 4: Canelones y Maldonado. Región 5: Montevideo.

Perfil de la población atendida en el Sistema de Protección de Infancia y Adolescencia (SIPIAV)[28]

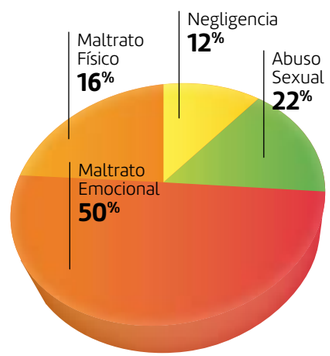
Teniendo en cuenta el total de las situaciones registradas (1.728), en la Gráfica 10 se detalla la discriminación por sexos, correspondiendo 54% a niñas y adolescentes mujeres, mientras que el 46% corresponde a niños y adolescentes varones.

El maltrato emocional, con la mayor prevalencia absoluta, afecta en mayor medida a niñas y niños de más corta edad, donde alcanza un 57%; a más de 1 de cada 2 entre los 4 y los 12 años; 1 de cada 3 después de los 17 años.

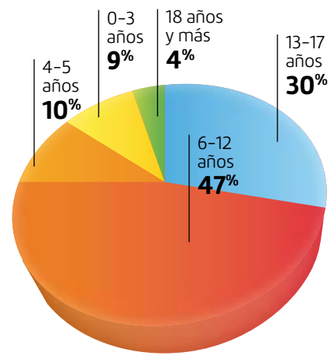
Gráfica **10** **Población infantil atendida por el SIPIAV según sexo Uruguay. 2014**



Gráfica **11** **Población infantil atendida por el SIPIAV según tipos de violencia registrados Uruguay. 2014**



Gráfica **12** **Población infantil atendida por el SIPIAV según rango etario Uruguay. 2014**

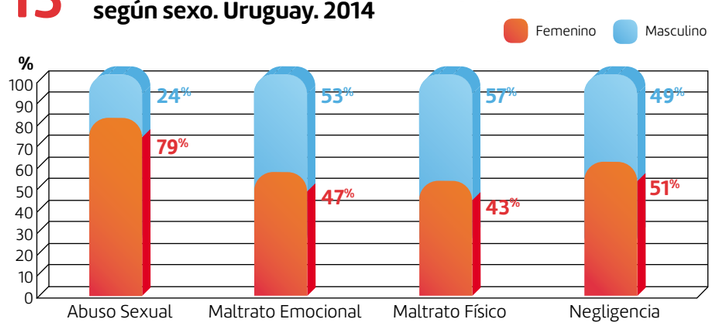


Prácticamente la mitad de las situaciones registradas corresponde al tramo entre 6 y 12 años.

Tipos de violencia por sexos

En relación a la tipología establecida en la ley 17.514, para las poblaciones infantil y adolescente la violencia emocional estaría incluyendo, entre otras, el ser testigo de VD; la violencia sexual, el abuso y la explotación sexual. Se agrega además la categoría de negligencia.

Gráfica **13** **Distribución de tipos de violencia (proporcional) según sexo. Uruguay. 2014**



Los porcentajes son relativamente similares en lo que respecta a maltrato emocional, físico y negligencia. Para el abuso sexual, en cambio, las tres cuartas partes corresponden al sexo femenino.

El abuso sexual, segundo en prevalencia absoluta, estaría afectando a cerca de 1 de cada 3 adolescentes; 1 de cada 5 escolares, 14% entre 4 y 5 años y 3% hasta los 3 años.

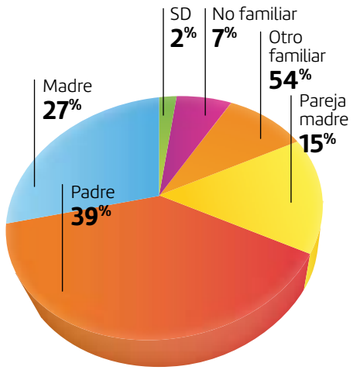
El maltrato físico se reparte en forma muy similar entre los distintos grupos de edades, con un leve descenso entre los 6 y los 17 años.

La negligencia está afectando a 1 de cada 5 menores de 3 años; bajando su incidencia en la medida que aumenta la edad. Este es un dato significativo dada la importancia del impacto de la falta de los cuidados básicos para el desarrollo futuro de los niños y niñas. En 3 de cada 4 situaciones registradas, existió una recurrencia de la violencia; solo en 1 de cada 4 se trata de un episodio único.

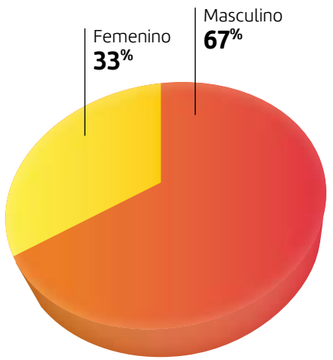
En cuanto a la cronicidad de las situaciones de violencia registradas, surge que casi 9 de cada 10 situaciones (88%) son detectadas en una fase crónica.

28. SIPIAV integrado por: Instituto Nacional del Niño y del Adolescente del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado, Ministerio del Interior, Administración Nacional de Educación Pública y con el apoyo de UNICEF. Datos del Informe de Gestión 2014.

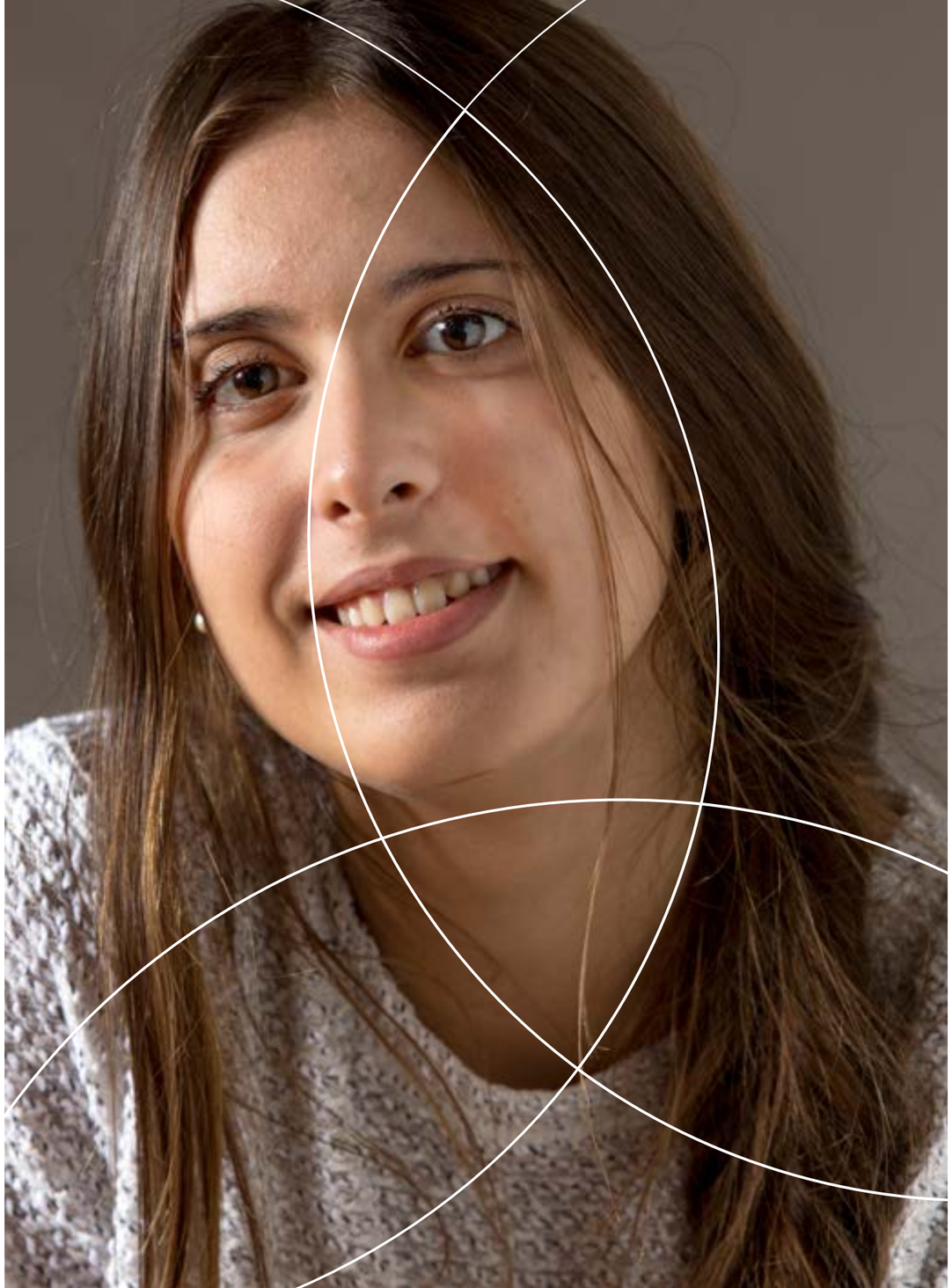
Gráfica **14** **Tipo de vínculo de la víctima de violencia con el agresor Uruguay. 2014**



Gráfica **15** **Distribución de los agresores por sexo Uruguay. 2014**



Al analizar la distribución por sexo de quien agrede según los distintos tipos de violencia, surge una mayoría casi absoluta de varones en la agresión sexual, lo que estaría señalando la incidencia de la relación entre los sexos como una de las causas de este fenómeno.



En relación a la población adolescente,

La Encuesta Mundial de Salud Estudiantil 2012, muestra:

Agresiones sexuales[29]

- Un 2,3% del total de estudiantes encuestados manifestó haber sido forzado a tener relaciones sexuales, no manifestándose diferencias significativas estadísticamente según sexo.
- Un 6,8% de los adolescentes afirma haber sido agredido sexualmente. La encuesta no revela el escenario en donde se produce el abuso sexual.

Intentos de suicidio y abuso sexual[30]

- De los estudiantes que declararon haber sido abusados sexualmente alguna vez en su vida, el 28% realizó intentos de autoeliminación en los últimos 12 meses.
- Cuando en el abuso se refieren relaciones sexuales forzadas, el intento de autoeliminación asciende al 37,4% de los afectados.

Indicadores de atención a las situaciones de violencia basada en género y generaciones (VbGG)

De acuerdo a las pautas establecidas por el MSP en "Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer Guía de Procedimientos para el primer nivel de atención en salud", la pesquisa y primera respuesta debe incorporarse como procedimiento de rutina en la práctica médica y de todos los profesionales de la salud en los diferentes ámbitos de atención.
Desde el año 2010, se establece como estrategia una Meta Prestacional para la indagación sobre la existencia de violencia doméstica.

Cuadro **07** **Principales resultados de la Meta Prestacional sobre violencia doméstica en Uruguay**

Mujeres de 15 años y más que concurren a control			
Trimestre	**Mujeres Pesquisadas**	**Situaciones Positivas**	**Situaciones Coordinadas***
Julio, agosto, setiembre 2013	65.495	2.353	486
Octubre, noviembre, diciembre 2013	53.678	2.311	369
Enero, febrero, marzo 2014	62.573	2.433	444
Totales	181.746	7.097	1.299
Promedio	**60.582**	**2.366**	**2.366**

*Coordinadas a Equipos de Referencia en VD o ESSyR por valorarse de mayor riesgo y/o daño.
Fuente: Metas Asistenciales MSP. Meta 1, Indicador 10 Pesquisa Violencia Doméstica.

29. EMSE. Capítulo 5 Adolescentes y sus percepciones en relación a la violencia. 2012.
30. EMSE. Capítulo 7 Intentos de autoeliminación. 2012.

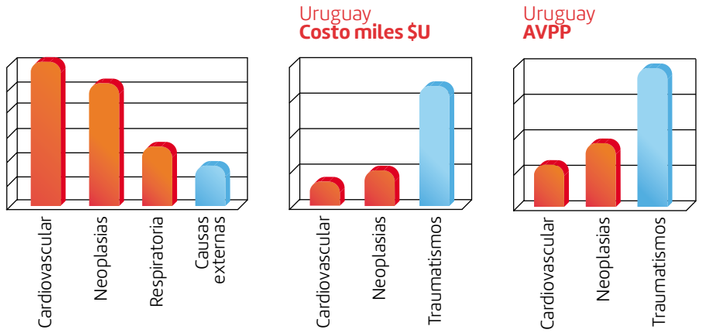
Siniestralidad **vial**

La siniestralidad vial ha sido reconocida como "la enfermedad olvidada de la sociedad moderna" en la década de los años sesenta por el Centro de Control de Enfermedades; recién a partir de año 2004 la Organización Mundial de la Salud incluye en la agenda internacional este problema de salud de nuestras comunidades. Identificada como enfermedad, el abordaje desde el sector Salud actuando como líder en los procesos preventivos ha tenido un importante estímulo a partir del año 2009, cuando el tema es llevado a las Naciones Unidas culminando un proceso de análisis de situación mundial que lo caracteriza como enfermedad prevenible y evitable de enorme costo social y económico, donde cada gobierno debe atender esta prioridad en sus metas en Salud. Dicho proceso culmina con la aprobación de la resolución unánime A/RES/64/255 que establece "La Década de Acción para la Seguridad Vial 2011 – 2020" por la que los países miembros se comprometen a un descenso de las muertes del cincuenta por ciento. Para ello se establecen los Pilares de Acción donde se reúne la evidencia disponible y buenas prácticas a aplicar para alcanzar dicha meta.

La siniestralidad vial en el Uruguay

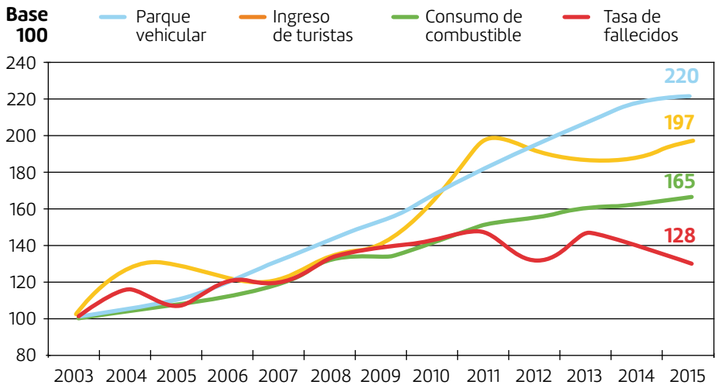
Desde el punto de vista epidemiológico, la caracterización del problema a abordar requiere de una base de datos confiable, integral y reproducible. El funcionamiento de la Unidad Nacional de Seguridad Vial a partir del año 2008 se abocó a la creación y consolidación del Sistema de Información Nacional del Tránsito, que ha permitido la caracterización del problema, su magnitud, sus componentes epidemiológicos, las propuestas y planes preventivos, así como también los indicadores de procesos y resultados.

Cuadro
08 **Mortalidad por traumatismos**



Según los datos de Epidemiología del Ministerio de Salud, las muertes por causas externas ocupan el cuarto lugar en la población general siendo el tránsito el 25% de ellas. Entre los componentes de estas causas externas, las lesiones y muertes vinculadas al tránsito son las que en mayor grado integran el concepto de mortalidad evitable y potencialmente evitable. Son, además, las que generan una mayor carga social en años de vida potencial perdidos y económica por cuanto sus costos son tres a cuatro veces mayores que cualquier otra enfermedad. Tanto los estudios internacionales publicados por la OMS como los nacionales establecen un costo estimado próximo al 2% del producto bruto interno, lo que constituye unos mil doscientos millones de dólares anuales por todo concepto.

Gráfica
16 Evolución de indicadores



Las tasas de fallecidos a treinta días en el tránsito ha experimentado un descenso sostenido en los últimos años ubicándose en el año 2015 en 14,6 cada 100.000 habitantes.

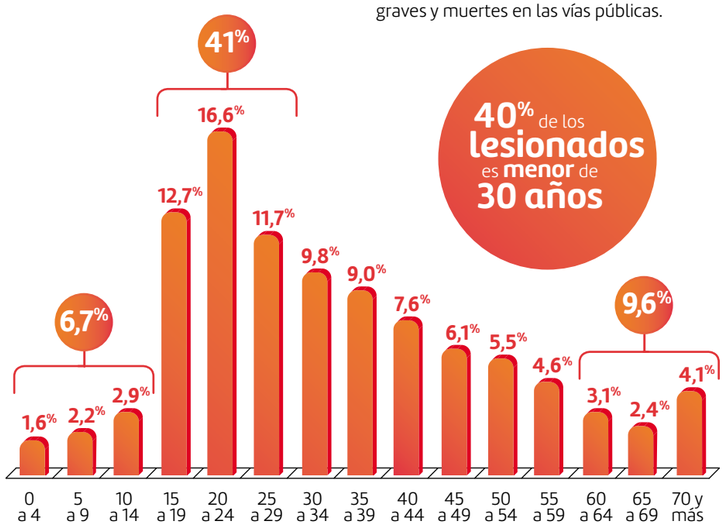
En 2015 se produjeron **23.267 siniestros de tránsito** que arrojaron **30.116 lesionados.**

85% ocurrió en **15% ciudades,** en **rutas nacionales.**

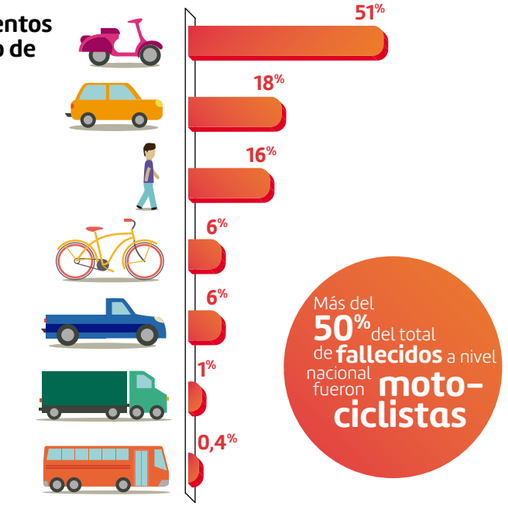
Gráfica
17 Lesionados según tramos etarios.

El 40% de los lesionados es menor de 30 años constituyendo el grupo de edad mayormente expuesto al riesgo de lesiones graves y muertes en las vías públicas.

40% de los **lesionados** es **menor** de **30 años**



Gráfica
18 Fallecimientos según tipo de vehículo



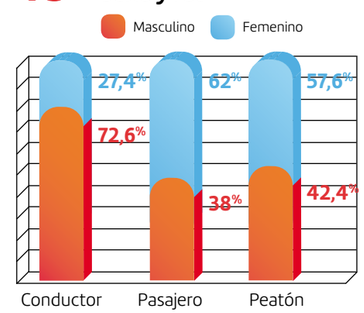
Más del **50%** del total de **fallecidos** a nivel nacional fueron **motociclistas**

Según el modo de transporte de quienes fallecen en siniestros de tránsito, la información indica que motociclistas, peatones y ciclistas son los más vulnerables.

En el caso de los motociclistas, que totalizan 256 fallecidos en el año, la gran mayoría eran jóvenes. Es así que casi 6 de cada 10 motociclistas que fallecieron en el 2015 eran menores de 40 años, con particular incidencia en el tramo etario entre 15 y 29 años, que suma 104 fallecidos.

Entre los fallecidos se destacan además los peatones mayores de 60 años.

Gráfica
19 Siniestros según sexo y rol



Existen diferencias significativas de género en cuanto a la participación en siniestros de tránsito.

Mientras que los conductores son mayoritariamente hombres (casi 3 de cada 4), la participación de mujeres se incrementa sustancialmente en los casos de pasajeros y peatones, pasando a ser la mayoría con casi el 60%.

En términos generales y a partir de los informes anuales de siniestralidad vial elaborados por el Sistema Nacional de Información del Tránsito de la UNASEV, existe un perfil epidemiológico que caracteriza la enfermedad en nuestro país.

Cuadro
10 Perfil epidemiológico de las víctimas

50% de los **heridos** son **menores de 40 años.**
50% de los **fallecidos** son **menores de 40 años.**
50% de los **fallecidos** viajaban en **moto.**
50% falleció en **zona metropolitana.**
50% falleció de **viernes a domingo.**

Período **crítico: viernes a domingo.**

- **Menor** uso de **casco**
- **Mayor** incidencia de **alcohol**

Si bien las lesiones ocasionadas en el tránsito afectan a toda la población, existe una incidencia en edades tempranas de la vida con un predominio del sexo masculino, que conducía motos en la región metropolitana, sobre todo durante los fines de semana, donde se detectan los mayores porcentajes de incumplimiento de las normas preventivas.

Suicidios

En 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100.000 habitantes (OMS, 2014).

Uruguay tiene una de las tasas más altas de suicidio del continente; 17,4 cada 100.000 habitantes en 2014. Los suicidios totales en Uruguay fueron 608 en el año 2014. La tasa de suicidio se ha mantenido relativamente estable en los últimos diez años (2004-2014) con un valor promedio de 16,4 cada 100.000 habitantes.

Según datos de las OPS (2013) respecto a la salud en las Américas en el año 2011, Uruguay presentó la tasa de mortalidad por suicidio más alta de la región. No obstante, en muchos países existe un subregistro, debido a que el suicidio se estigmatiza (o es ilegal) o no se dispone de buenos sistemas de registro civil ni recopilación de datos (OMS, 2014).

Según datos internacionales, se estima que los intentos de autoeliminación (IAE) ocurren entre 10 y 20 veces más que los suicidios (OMS, 2014). Por tanto, en nuestro país, sumando los suicidios y los intentos, la problemática alcanzaría al menos a entre 7.000 y 14.000 personas. A esta cifra es necesario sumar los afectados a nivel familiar, social y comunitario que el fenómeno genera.

Según la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente, desarrollada en el año 2012 por el Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP: "el 10.1% de los adolescentes encuestados en la GSHS declara haber intentado quitarse la vida una o más veces en los últimos 12 meses".

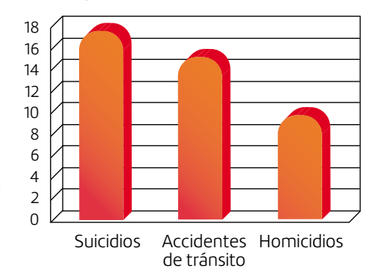
En relación con otras causas de muerte violenta en nuestro país, en el año 2012 el suicidio superó a los accidentes de tránsito y a los homicidios que ocurrieron en 499 y 267 casos respectivamente.

En relación a la distribución por edades, dentro de las poblaciones más afectadas en nuestro país se destacan los adultos mayores (mayores de 65 años) y los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, para los cuales el suicidio es una de las primeras causas de muerte externa (MSP, 2009).

10,1% de los **adolescentes** declara haber intentado **quitarse la vida** una o más veces en los últimos **12 meses**

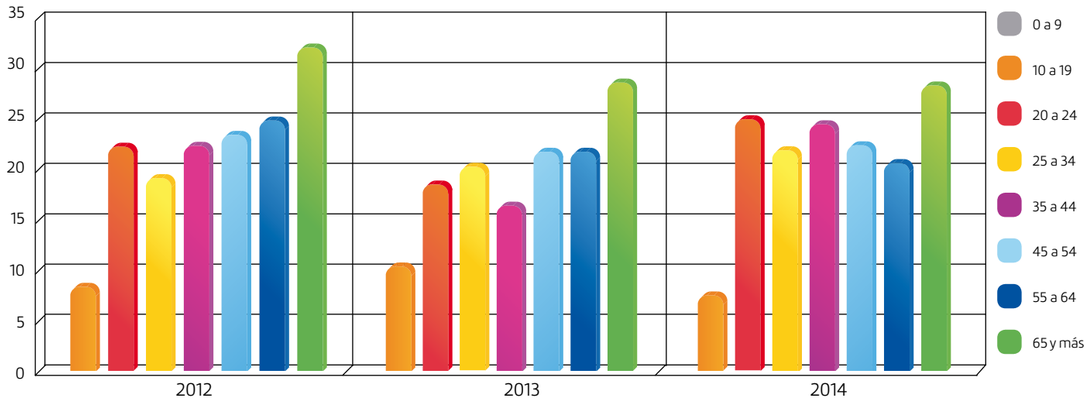
Gráfica **20** **Muertes por causas externas en Uruguay en 2012**

Tasas c/100.000 habitantes



Gráfica
21 Tasa de suicidios según grupos de edad en Uruguay 2012, 2013 y 2014

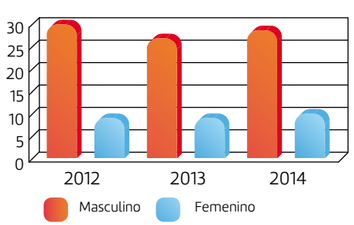
Tasas cada 100.000 habitantes



Respecto a la distribución por sexo, en 2014 la razón hombre/mujer de la tasa de suicidio fue de 3,45 y se ha mantenido bastante estable en el tiempo.

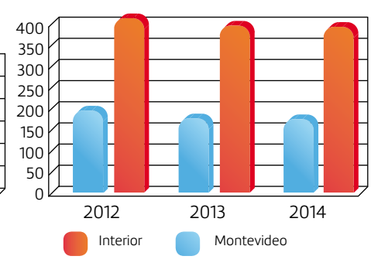
Gráfica
22 Tasa de suicidios según sexo en los años 2012,2013 y 2014

Tasas c/100.000 habitantes



En cuanto a la distribución territorial ocurre en su mayoría en el interior del país.

Gráfica
23 Distribución del número de suicidios según lugar de residencia registrados en Uruguay 2012,2013 y 2014



En la Tabla 25 se puede observar la distribución en cada departamento del país entre los años 2012-2014.

Tabla
25 **Distribución de tasa de suicidios** (cada 100.000 habitantes) **por departamento de residencia** (período 2012-2014)

Departamento	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Artigas	18,45	13,21	15,90
Canelones	17,82	17,22	17,17
Cerro Largo	14,56	10,07	14,54
Colonia	15,65	24,17	24,09
Durazno	18,64	8,47	22,03
Flores	33,95	26,40	22,63
Florida	21,65	18,76	12,99
Lavalleja	26,66	18,38	28,49
Maldonado	25,75	23,12	18,90
Montevideo	13,15	11,90	11,46
Paysandú	17,88	16,98	14,39
Río Negro	10,65	19,43	17,58
Rivera	10,29	13,99	7,44
Rocha	23,10	23,07	18,98
Salto	19,31	16,15	19,90
San José	23,39	23,21	21,25
Soriano	16,57	16,59	22,54
Tacuarembó	25,74	25,75	17,17
Treinta y Tres	29,65	21,75	27,69

Fuente: Estadísticas Vitales del MSP.

Embarazo en la **adolescencia**

La gestación, maternidades y/o paternidades en adolescentes son una situación social y de salud de relevancia para el país, generadora de inequidades que limita el ejercicio de derechos, con grave riesgo para la salud integral de adolescentes y de su hija/o/s.

El porcentaje de adolescentes embarazadas se mantiene en la misma proporción desde 1996 hasta la fecha. Según los datos estadísticos del país ha estado durante 18 años en el entorno del 16%. (7.951 nacimientos de madres de 10 a 19 años en este último año).

Tabla 26 **Distribución de nacimientos en adolescentes Uruguay 1996–2014**

Año	Nacimientos en madres **de 10 a 19 años**	**Total** de nacimientos con dato de edad materna	**Porcentaje** de nacimientos en madres **adolescentes**
1996	9.701	57.440	16,9
2000	8.471	52.177	16,2
2005	7.764	46.158	16,8
2010	7.970	47.162	16,9
2012	8.163	47.999	17,0
2014*	7.951	48.368	16,4

* Cifras preliminares
Fuente: UINS/MSP.

Tasa Fecundidad Global: Promedio hijos por mujer (hijos/mujer) = 2,0 (año 2014) **Tasa Fecundidad Específica en mujeres entre 25 y 34 años** de 2014 fue: 86,9 por mil mujeres **La tasa de fecundidad de las mujeres entre 20 y 24 año**s fue de 90 por mil.[31]

Tasas de Fecundidad Específica en mujeres de 10 a 14 años = 1,4 por 1.000 mujeres de 10 a 14a. En números absolutos, se puede afirmar que la tendencia de los mismos se ha mantenido.[31] **Tasas de Fecundidad Específica en mujeres de 15 a 19 años =** 58.2 por 1.000 mujeres de 15 a 19a.[31]

31. Fuente: Certificado de Nacido Vivo - 2014.

Los departamentos que tienen la mayor tasa de fecundidad en adolescentes en el grupo de 10 a 14 años son Rivera, Salto, Cerro Largo, Treinta y Tres, Soriano y le siguen Paysandú y Durazno. Mientras que en el grupo etario de 15 a 19 años son: Río Negro, Durazno, Artigas, Salto y Cerro Largo.[31]

Se podría destacar a Canelones como el departamento que ha logrado una tendencia a la baja de la tasa en los dos grupos etarios. Le siguen luego Colonia, San José y Lavalleja.

Tabla 27 **Distribución de tasa específica de fecundidad* según departamento de residencia materno Uruguay. 2014****

Departamento	**10 a 14**	**15 a 19**
Todo el país	**1,4**	**58,2**
Artigas	1,5	74,8
Canelones	0,8	44,1
Cerro Largo	2,3	71,9
Colonia	0,7	53,7
Durazno	1,6	82,6
Flores	0,0	55,2
Florida	0,4	51,6
Lavalleja	0,5	60,2
Maldonado	1,2	54,0
Montevideo	1,1	57,2
Paysandú	1,8	68,5
Río Negro	1,2	85,6
Rivera	3,6	60,4
Rocha	1,1	54,6
Salto	3,4	74,4
San José	0,5	50,6
Soriano	2,8	62,1
Tacuarembó	1,4	61,0
Treinta y Tres	2,9	61,1

* Tasas por 1000 mujeres del grupo etario.
** Cifras preliminares.
Fuente: UINS/DIGESA/MSP.

Tabla
28 Indicadores de fecundidad adolescente Dpto. de Canelones. 1996–2011

Año	% madres adolescentes 15–19 a	Paridez media acumulada 15–19a
1996	13,8	0,18
2011	8,6	0,10

Fuente: Atlas Sociodemográfico. Fac. 3. Varela; Pardo; Lara; Nathan y Tenenbaum, 2014

En relación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es pertinente señalar que en el período diciembre 2013–noviembre 2014 hubo 8.499 IVE interrupciones en todo el país. De las mismas, el 17.8% correspondió a mujeres adolescentes menores de 20 años. [32]

El evento de un embarazo en la adolescencia, que es una etapa de la vida que se dedica a la formación y acumulación de capital humano, restringe de manera objetiva las posibilidades de acceso o permanencia de las adolescentes (y en ocasiones de los varones) en los sistemas educativos y/o laborales especialmente formales.

Diversas líneas de análisis refieren al embarazo en la adolescencia como una

situación de causa multifactorial

i. Existen diferencias en el embarazo y maternidad según el grupo etario.

De acuerdo a las diferentes formas de abordar la adolescencia, se la divide en dos subgrupos: menores de 15 años y 15 a 19 años.

En este sentido, el embarazo en una mujer que cursa la primera etapa de la adolescencia, en su mayoría, debe de ser considerado como producto de abuso o explotación sexual.

Desde un enfoque de derechos el primer grupo además de ser sujeto de derechos debe de ser considerado objeto de protección por parte del Estado.

Desde el punto de vista físico tiene mayor riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, parto y puerperio. En relación a las consecuencias, es oportuno señalar que a nivel físico los riesgos ocurren en mayor grado entre los 10 y 14 años, con aumento en la prematurez y bajo peso al nacer.

- En lo que respecta a la prematurez, según las estadísticas vitales del MSP correspondientes al año 2012: las/os hijas/os de madres de 10 a 14 años representan un 22%, mientras que los/as de madres de 15 a 19 años representan un 10,5%.
- En lo que respecta al bajo peso al nacer, los/as hijos/as con peso menor a 2.500 g de madres de 10 a 14 años representan un 15,2%, mientras que aquellos/as hijos/as de madres de 15 a 19 representan un 9,0% (año 2012). El promedio país se halla en 8,1%.

Es así que, se puede afirmar que el embarazo que se presenta durante la adolescencia no permite continuar con el desarrollo personal, educativo y laboral esperado, lo que impactará el futuro nivel biopsicosocial. La maternidad y paternidad en adolescentes compromete el proyecto de vida en cualquiera de las etapas de la adolescencia.

ii. La mayor vulnerabilidad en adolescentes que se embarazan o son madres y padres se agudiza si integran estratos sociales de menores recursos socioeconómicos culturales.

- ✓ En el caso de las jóvenes uruguayas con dos o más necesidades básica insatisfechas, algo más de una cada cinco adolescentes son madres (22,4%), mientras que entre las adolescentes con necesidades básicas satisfechas el porcentaje de madres es muy pequeño (3,6%) (según datos del Censo de 2011).

- ✓ *"Dentro de los hogares con Necesidades Básicas Satisfechas, la fecundidad adolescente es baja. Esto sucede especialmente en Montevideo [...] La situación de aquellas adolescentes que viven en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas es bien distinta. En todos los departamentos se encuentra un porcentaje considerablemente más elevado de madres, que aumenta cuantas más Necesidades Básicas Insatisfechas tiene el hogar".* [33]

- ✓ La situación en Montevideo durante el período intercensal 2004–2011 puede resumirse en los siguientes puntos:
  "a) Disminuyó la maternidad adolescente tanto en los barrios del cinturón de Montevideo como en los de la costa.
  b) Se mantienen brechas importantes en el nivel de la fecundidad adolescente entre los barrios. La maternidad adolescente sigue concentrándose en los barrios del cinturón de Montevideo, los mismos que presentan los mayores niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas.
  c) Se incrementó la cantidad de barrios con muy bajo porcentaje de madres adolescentes. Se extienden a lo largo de la zona costera y en algunas zonas del centro de la ciudad". [33]

32. Fuente: MSP – Salud Sexual y Reproductiva.
33. INE/UdelaR/MIDES. "Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay/La fecundidad en el Uruguay (1996–2011) Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo". Fascículo 3. Uruguay, 2014.

iii. El nivel de instrucción es una de las variables que se asocian con la gravidez en adolescentes.

"El acceso a la educación formal es un marcador relevante que permite corroborar que la edad de inicio de la maternidad y el número de hijas/os tenidos están ligados al nivel educativo de las mujeres. A mayor educación, se puede observar postergación en la edad de inicio de la vida sexual y del calendario reproductivo, así como menor cantidad media de hijas/os tenidos."[34]

Cada año adicional de escolaridad contribuye entre 5-10% a la reducción de la tasa de fecundidad.[35]

"Otro factor asociado al comportamiento reproductivo es la educación. Ya se observó para el total del país: las adolescentes con más años de estudio son madres en menor proporción. Concretamente, una de cada cuatro adolescentes uruguayas con menor cantidad de años de estudio (hasta seis años) es madre. La proporción es aún mayor en las adolescentes menos educadas de Río Negro, Artigas, Salto y Rocha".[36]

iv. La reiteración de embarazos en adolescentes en situaciones de alta vulnerabilidad.

La ocurrencia de un ulterior embarazo en madres adolescentes entre 15 y 19 años, que tenían entre 1 a 3 gestas previas, aumentó de 2010 a 2013 en 3 puntos porcentuales en el sector público y 0,6 punto a nivel privado. En 2010 fue de 22,3% a nivel nacional, y en 2014 ascendió al 26,7% del total de embarazos en adolescentes. (Fuente EV. SIP. MSP)

Políticas integradas

Con relación a las políticas públicas se destacan algunos aspectos y se refuerza la necesidad de "políticas integrales, integradas y articuladas que aborden las oportunidades antes, durante y posterior al embarazo en lo biopsicosocial y con enfoque ecológico y de determinantes sociales y profundicen aspectos en base a grupos etarios y vulnerabilidades asociadas". Producto de la consulta pública realizada, ha sido unánime la opinión de que el embarazo adolescente es solamente la punta de un iceberg mucho más amplio que refiere a la vulnerabilidad de la población adolescente en sí misma y que merecería ser considerado, este último, política de Estado. Estas políticas **requieren de interinstitucionalidad e intersectorialidad a través de acuerdos en el gabinete social.** Las mismas se proponen como política de Estado tomando como eje a las adolescencias. Son necesarias a su vez **políticas universales y focalizadas.**

Se está de acuerdo en la **profundización del NIVEL RECTOR del MSP** a través de la elaboración de guías, protocolos, flujogramas de atención y otras estrategias o instrumentos tales como las metas asistenciales, la acreditación, etcétera.

34. Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay - MYSU. "Informe 2013 - Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas". Uruguay, 2013.
35. OPS/OMS 48.° Consejo directivo. 60.ª sesión del comité regional. "Estrategia Regional para mejorar la salud de Adolescentes y Jóvenes". Washington, D.C. Agosto, 2008.
36. INE/UdelaR/MIDES. "Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay/La fecundidad en el Uruguay (1996-2011) Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo". Fascículo 3. Uruguay, 2014.

Barreras para las y los adolescentes en el acceso real a la anticoncepción

¿Cómo se oferta la anticoncepción a adolescentes? Dificultades en la capacidad instalada de las políticas públicas en implementar estrategias para ofertar métodos barrera y ACO en forma universal y focalizada tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. Si bien es una prestación, solo se puede recibir del personal médico y en la mayoría de las instituciones de ginecología, lo que constituye en sí mismo una barrera. Se vuelve urgente lograr mecanismos que flexibilicen el acceso a los mismos.

Una inequidad es la dificultad que hoy tienen las políticas integradas para la atención de las **situaciones de alta vulnerabilidad**: adolescentes mujeres y varones en los que se concentran varios problemas complejos y con quienes se produce a su vez la reiteración de los embarazos. ¿Cómo se capta a los adolescentes que no están vinculados al trabajo formal? ¿Cómo se logra el acceso de aquellos adolescentes que no están vinculados al sistema educativo formal o no formal?

Desinformación sobre sexualidad y anticoncepción en adolescentes

Si bien la Educación Sexual se halla como un eje transversal en la educación formal, se desconocen indicadores de calidad respecto a la incorporación real de aquellos contenidos relacionados a la atención integral del/a adolescente, las prestaciones en salud a las que tiene derecho y los mecanismos de acceso a la anticoncepción oportuna. En lo global, el tema de sexualidad y anticoncepción se sigue presentando con falta de información adecuada y oportuna. Si se analiza la capacitación de docentes de ANEP se observa que desde el año 2008 solamente existe un seminario obligatorio de 30 h en toda la carrera docente sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva. El mismo resulta insuficiente si se tiene en cuenta la diversidad de contenidos que incluye.

Cuestiones de equidad de derechos y de género

La toma de decisión de la prevención del embarazo es atravesada por cuestiones de género, generaciones e interculturalidad. Habitualmente el embarazo y la anticoncepción en la adolescencia son considerados temas femeninos. Es imperativo el abordaje de las sexualidades y masculinidades en los varones adolescentes como un enfoque estratégico y preventivo que permita crear conciencia en el ejercicio de la sexualidad responsable y la coparticipación.

Se hacen necesarias **políticas de comunicación masiva e individual que promuevan el disfrute y no la negación de la sexualidad,** que promuevan habilidades para la vida además de información en relación a las prácticas sexuales. Se entiende que el mundo adulto no está pudiendo decodificar los constructos adolescentes para que sean de recibo de la población, adecuando su modo de ser, diversidad, tecnología, lenguaje, gustos y aficiones.

Humanización de **partos** y **cesáreas**

La tasa de cesáreas es un tema de preocupación mundial ya que su tasa ha estado en franco aumento, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La cesárea ha demostrado ser eficaz para reducir la morbimortalidad materno-perinatal cuando está indicada. Sin embargo, los riesgos superan a los beneficios cuando se realiza sin estar indicada.

La cirugía, cuando es innecesaria, se relaciona a riesgos a corto, mediano y largo plazo para la madre, el niño y para futuros embarazos.

No es posible establecer una tasa ideal de cesáreas para un país o una población, pero la evidencia científica avala que tasas de cesárea superiores al 10% no se relacionan con una reducción de la mortalidad materna y neonatal. El 1985, la OMS consideró una tasa ideal de cesáreas del 10 al 15%, existiendo una gran controversia internacional respecto a esta recomendación. La comunidad científica internacional ha planteado la necesidad de revisar esta tasa, tarea de alta complejidad y por ahora pendiente. La falta de una clasificación internacional aceptada y fiable limita la capacidad de comparar situaciones en pos de definir una tasa adecuada de cesáreas.

Quizá más que discutir la tasa "ideal" de cesáreas se deben realizar los esfuerzos necesarios para realizar cesáreas a todas las pacientes que lo requieran por razones médicas y evitarla en aquellas que no la necesitan. No es posible establecer una tasa de cesáreas ideal para cada hospital ya que esta depende de las características de la población atendida y los recursos sanitarios disponibles, sin embargo se debe avanzar en un sistema de clasificación de las cesáreas que permita comparar los resultados entre hospitales y a lo largo del tiempo.

La tasa de cesáreas en el mundo ha ido en continuo aumento en los últimos 20 años. Según UNICEF, entre 2006 y 2010 el 38% de los nacimientos a nivel mundial fue por cesárea.

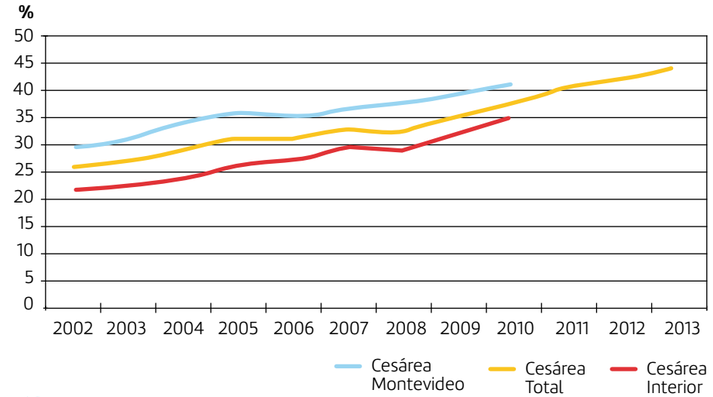
La realidad mundial se marca entre el exceso de cesáreas o el déficit, en especial en aquellos países con débiles sistemas de salud. Una tasa de cesáreas inferior al 10% se relaciona a mayor morbimortalidad materno-perinatal y marca, en muchos países, grandes deficiencias en la atención.

Las realidad al respecto es muy distintas por países, aún dentro de las mismas regiones, por ejemplo en Europa coexisten tasas de cesárea de 36% (Italia) con tasas de cesárea de 21% (Dinamarca). En el contexto regional, Latinoamérica presenta un homogéneo exceso de cesáreas con cifras que oscilan entre un 49% para Chile, 45% para Brasil, 42% para Uruguay y 38,7% para México (2012).

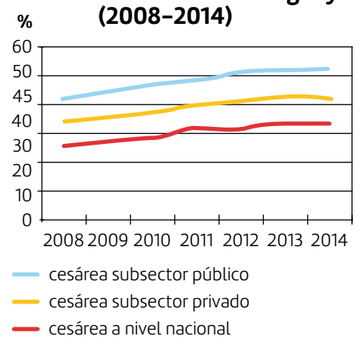
En Uruguay, este aumento se observa en todo el país, independientemente de si ocurre en el interior o en Montevideo. Se observa un mayor índice de cesáreas en las instituciones privadas, en especial en Montevideo.

A continuación se presentan algunas de las cifras para ilustrar el problema.

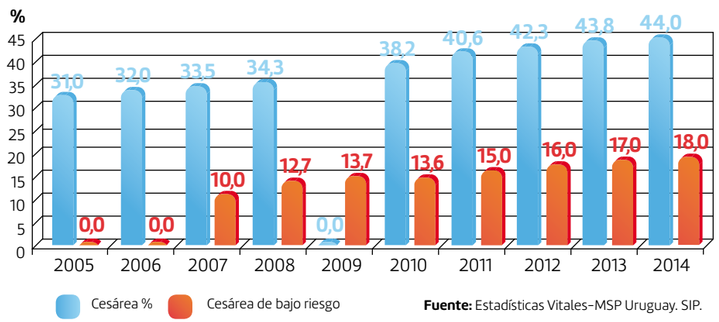
Gráfica
24 Proporción de partos terminados por vía cesárea Montevideo frente al interior del país. Uruguay (2002-2013)



Gráfica
25 Proporción de partos terminados por vía cesárea según sector de asistencia. Uruguay (2008-2014)



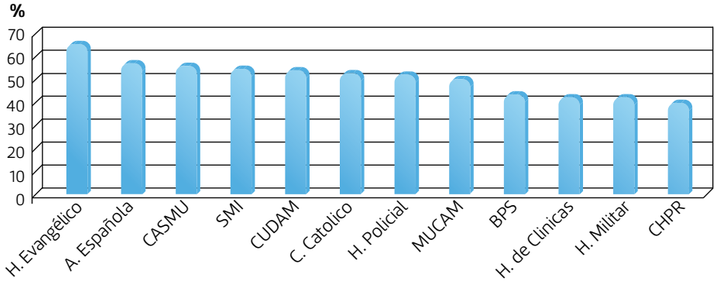
Gráfica
26 Distribución del número de suicidios según lugar de residencia registrados en Uruguay. 2012, 2013 y 2014



Fuente: Estadísticas Vitales-MSP Uruguay. SIP.

Estas cifras permiten asegurar que el aumento de la tasa de cesáreas constituye un problema de salud pública que requiere un abordaje prioritario, particularmente el porcentaje de 18% de partos de bajo riego que culminaron por cesárea, preliminarmente evitables. (Gráfica 26)

Gráfica
27 Proporción de partos terminados por vía cesárea según principales prestadores de asistencia. Uruguay



1. Repercusiones del problema

Una alta tasa de cesáreas implica o puede estar relacionada a:

- **Aumento de la morbilidad materna–neonatal**.

Si bien la cesárea es la cirugía mayor con menor morbimortalidad (vinculada a la indicación, condiciones de realización, la técnica quirúrgica reglada y la experiencia de los ginecólogos), no implica que no presente mortalidad y morbilidad propia. La mortalidad puede llegar al 0,3% (México) y la morbilidad varía ente un 5 y un 20% según los criterios para considerar la misma y las condiciones sanitarias de asistencia. Se calcula que presenta 6 veces más riesgo que el parto vaginal eutócico. Se destaca una mayor prevalencia de hemorragias, infecciones, TEP, histerectomía y paro cardiorrespiratorio (ver Tabla 29).

Tabla
29 Principales resultados obstétricos según vía de terminación (cesárea frente al parto) N = 30.125 [37]

Complicación	OR (IC 95%)
Hemorragia que requiere histerectomía	2,1 (1,2-3,8)
Histerectomía	3,2 (2,2-4,8)
Complicaciones anestésicas	2,3 (2,0-2,6)
Paro cardíaco	5,1 (4,1-6,3)
TEP	2,2 (1,5 – 3,2)
Infección puerperal mayor	3,0 (2,7-3,4)
Hematoma	5,1 (4,6-5,5)

Fuente: Atlas Sociodemográfico. Fac. 3. Varela; Pardo; Lara; Nathan y Tenenbaum, 2014

- No existe evidencia que tasas de cesárea superiores al 10% mejoren la mortalidad materna o perinatal, los resultados pediátricos o el bienestar psicológico o social. No ha sido posible evaluar la asociación entre mortalidad materna y neonatal en tasas de cesárea superiores al 30%.
- Consecuencias negativas sobre futuros embarazos. Riesgo vinculado a cesárea previa.
- Afectación de los derechos de las usuarias.
- Mayores costos en salud para el sistema.

2. Complejidades del problema

Se trata de un problema multifactorial, en el cual se han referido diversas razones que lo explican. Sin embargo, la incidencia real de cada una de ellas no está determinada y en muchos casos puede ser distinta considerando las características de la población o el prestador. El abordaje integral de esta problemática requiere evaluar diferentes estrategias. Podemos mencionar a modo de ejemplo:

- ✓ Aumento de las indicaciones médicas de la cesárea (por ej.: podálica, VIH, etc.)

37. Nisenblat V. Obstet Gynecol 2006.

- ✓ Aumento de los embarazos de alto riesgo, producto del aumento de la fertilidad de pacientes con patologías crónicas y/o luego de tratamientos de fertilidad
- ✓ Aumento de métodos de diagnóstico prenatal que condicionan conductas obstétricas
- ✓ El efecto acumulativo de la "cesárea previa" sobre el índice de cesáreas
- ✓ Cambios culturales que determinan menor tolerancia al dolor, visión del parto como un acontecimiento médico y no como un acontecimiento fisiológico, exigencia de resultados médicos "ideales", mayor seguridad y rapidez en la cesárea, etc.
- ✓ Empoderamiento de las mujeres respecto a las decisiones médicas. Conflicto entre el concepto de autonomía de la usuaria y no maleficencia médica
- ✓ Medicina defensiva por parte de los ginecólogos (siendo esta una de las especialidades con mayores demandas). Visión por parte de los ginecólogos de menor riesgo de demanda en la cesárea.
- ✓ Falta de condiciones asistenciales adecuadas para la asistencia segura del parto
- ✓ Requerimiento de menor tiempo para el equipo de salud al realizar una cesárea
- ✓ La reforma de la salud determinó un mayor número de nacimientos en el sector privado, donde existe mayor prevalencia de cesáreas
- ✓ Copagos quirúrgicos a los equipos de salud

3. Otros aspectos

- ✓ Equidad y derechos. El alto índice de cesáreas impacta directamente en la equidad de derechos ya que la población de menores recursos es la más expuesta a las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la cesárea
- ✓ Percepción de la población: se trata de un tema controvertido de alto impacto en la población. Implica cambios en la percepción de riesgo de la población, en los reclamos de mejor y más humana asistencia del parto, los derechos a decidir, etcétera.
- ✓ Plan de gobierno: la reducción de cesáreas se enmarca en los objetivos de mejora de la salud perinatal marcados por la fuerza de gobierno

Transmisión vertical de sífilis y VIH

Sífilis congénita

El incremento de la sífilis gestacional (SG) y la sífilis congénita (SC) en nuestro país se puso de manifiesto a través del análisis de la base de datos del SIP del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), entre los años 2004 y 2008. El aumento en el número de pruebas reactivas no treponémicas de sífilis en sangre de cordón umbilical, si bien no es la definición precisa de SC, alertó al sistema de salud como medida indirecta de un aumento en la incidencia de SC. Esta constatación determinó que en la última década la SC se haya posicionado en la agenda como problema de Salud Pública. La reemergencia de la enfermedad, que es prevenible en el recién nacido con un tratamiento de la sífilis gestacional altamente efectivo y de bajo costo, ponía de manifiesto una inadecuada atención prenatal y muchas veces errores y omisiones en el proceso asistencial.

En nuestro país la información de incidencia de SC se obtiene a través de la notificación epidemiológica al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), que por ser dependiente del prestador, a pesar de su obligatoriedad, es posible una subnotificación de casos.[38] No existe una notificación específica de sífilis gestacional.

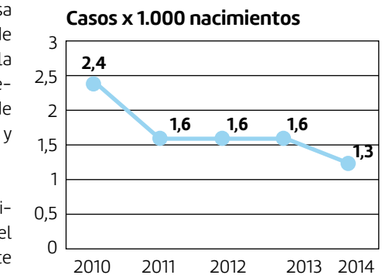
De acuerdo a los casos notificados a DEVISA se muestra en la Gráfica 28 la tasa de incidencia entre el 2010-2014.

Por otro lado, el Sistema Informático Perinatal (SIP) se ha constituido en un instrumento de vigilancia epidemiológica de relevancia con una cobertura creciente. Ha constituido el estándar para evaluar las tendencias en el tiempo en la prevalencia de pruebas reactivas de sífilis en la mujer embarazada y en el recién nacido. Sin embargo, la información que provee es de reactividad de pruebas diagnósticas y no necesariamente corresponde a verdaderos casos de sífilis o sífilis activa.

En la Gráfica 29 se muestra la tasa (%) de prueba reactiva de sífilis en el cordón por 100 nacimientos.

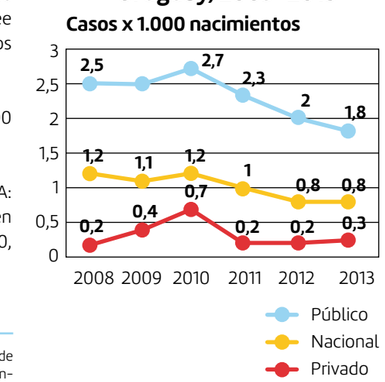
Si bien los datos que se muestran en las gráficas anteriores no son comparables (DEVISA: tasa notificada de SC expresada por 1.000 nacimientos; SIP: tasa de pruebas reactivas en cordón por 100 nacimientos) muestran tendencias similares, con un pico en el año 2010, descenso posterior y estabilidad en los últimos años.

Gráfica 28 **Evolución de tasa de incidencia de SC Uruguay, 2010-2014**



Fuente: Casos remitidos por Notificación Obligatoria a MSP entre 2010 - 2014

Gráfica 29 **Evolución de la tasa de prueba reactiva de sífilis en cordón según subsector de cobertura Uruguay, 2005-2013**

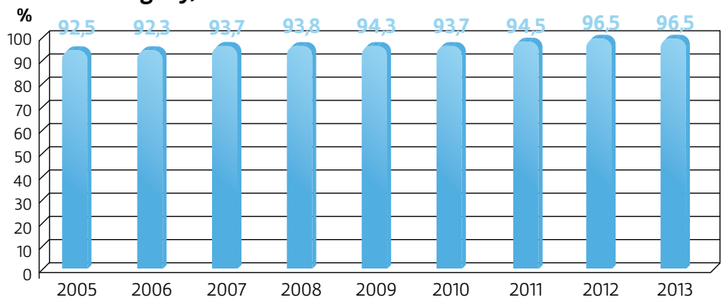


38. Ordenanza ministerial N.° 821-Ref: 4591/2008 notificación obligatoria de: todo caso sospechoso o confirmado de Sífilis en todas sus manifestaciones, incluyendo: Sífilis de la embarazada, Sífilis del adulto (hombre/mujer), Sífilis congénita, todo caso de óbito fetal con lesiones de sífilis.

Se estima que la prevalencia de SG se sitúa a nivel mundial en 1,5% (entre 0,05 a 5) y una incidencia de SC cercana a 1/1.000 nacimientos (entre 0,03 a 2,6). Para el año 2008 hubo aproximadamente 1,4 millones de mujeres con SG (ocupando la región de las Américas el segundo lugar) y, como consecuencia, se proyectó en unos 520.000 el total de resultados adversos de estos embarazos.

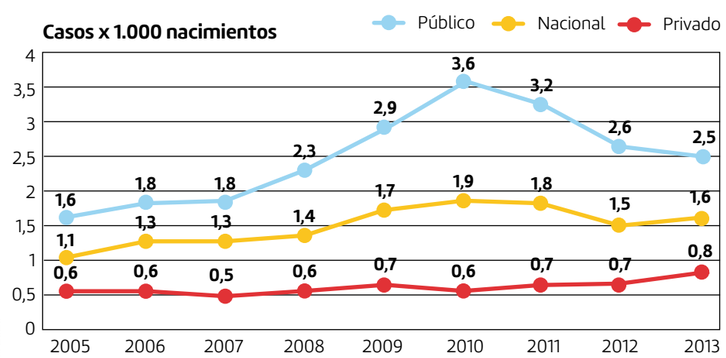
Las estimaciones indican que podría haberse evitado aproximadamente un 55% de los casos de SC en un escenario de cobertura de acuerdo a las metas de eliminación (90% de screening y 90% de tratamiento).[39] A pesar de que Uruguay supera estos indicadores de cobertura, no ha logrado la eliminación de la SC.

Gráfica 30 **Evolución de la proporción de mujeres que reciben una prueba de tamizaje de sífilis durante el embarazo Uruguay, 2005–2013**



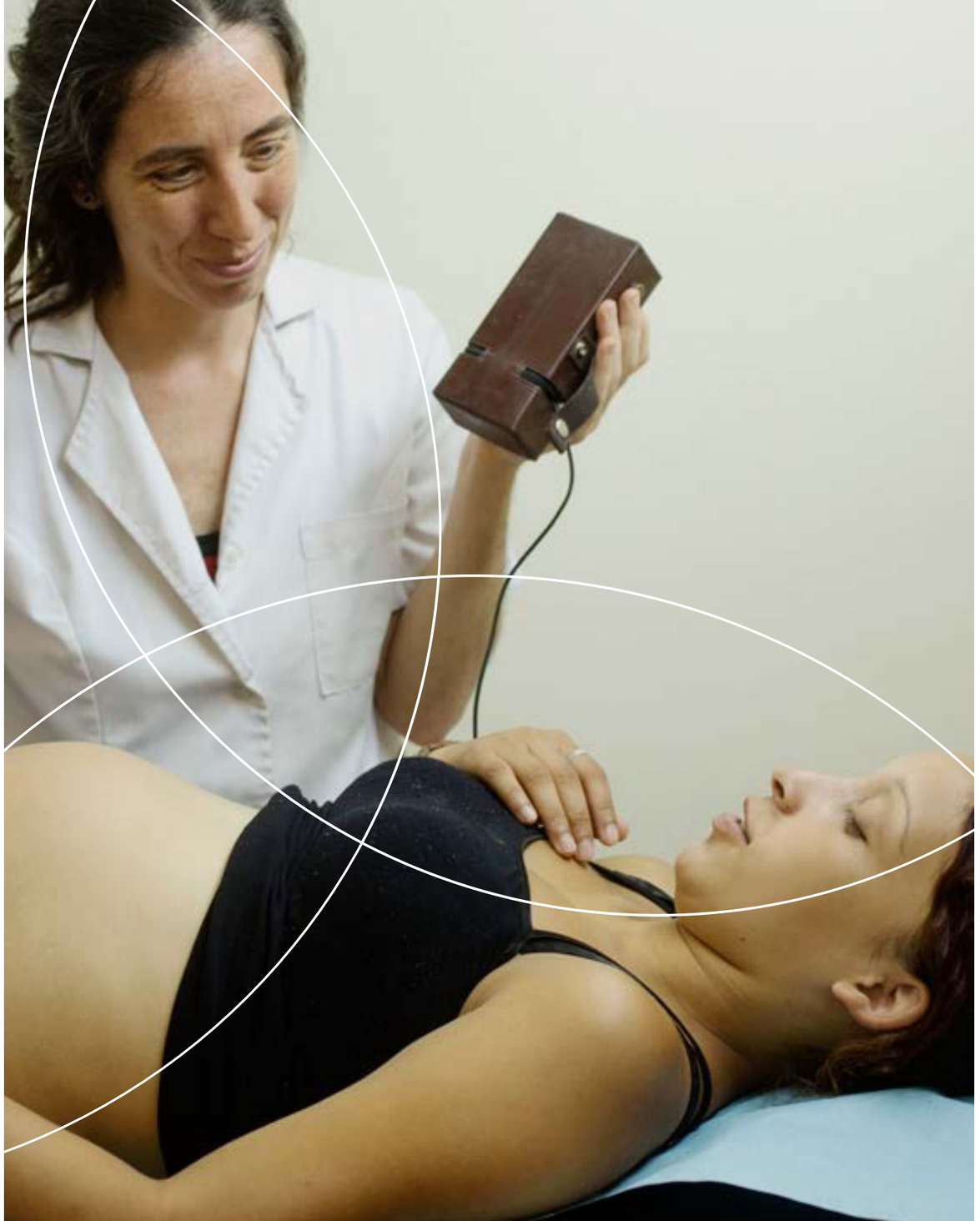
En nuestro país la prevalencia de sífilis en el embarazo se obtiene a través del SIP: registro de cualquier tipo de prueba reactiva de sífilis.

Gráfica 31 **Evolución de prueba reactiva de sífilis en embarazo, total y público-privado.[40] Uruguay, 2005–2013**



39. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, *et al.* (2013) Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. PLoS Med 2013; 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396

40. Se destaca que con cobertura creciente del SIP: 77,1% (2005); 78,6% (2006); 79,1% (2007); 86,8% (2008); 88% (2009); 89,1% (2010); 91,1% (2011); 95,2% (2012); 96,2% (2013).



Para conocer con exactitud la incidencia de SC en nuestro país y evaluar en mayor profundidad los potenciales determinantes, fue que en el año 2013 comenzó a implementarse una auditoría de todo caso de mujer embarazada con prueba de sífilis reactiva (independientemente de la técnica) y de todo recién nacido con prueba reactiva en el cordón (ordenanza 447/12).

Se recibió auditoría de 612 casos en un total de 712 identificados con prueba reactiva en el embarazo a través del registro del SIP, se obtuvo respuesta de las Instituciones de 612 casos (86%). De ellos 64 fueron informados como errores en el registro accediendo finalmente a 548 auditorías, lo corresponde a una cobertura del 85% (548 de 648 con respuesta de instituciones).

La incidencia de SC fue de 2,08 casos/1.000 nacimientos a nivel nacional, 4,3 en el subsector público y 0,51 en el privado. Lo que significa que en el privado se encuentra cercano a la meta de eliminación (0,5/1.000 nacimientos) y es un marcador que pone de manifiesto cómo las condiciones de vulnerabilidad de las usuarias del público influencian estos resultados.

Tabla 30

Incidencia de sífilis congénita* nacional y subsector público y privado. Uruguay, año 2013

Embarazos	Incidencia sífilis congénita
Público	4,3/1.000 (84/19542)
Privado	0,47/1.000 (13/27632)
Total	2/1.000 (97/47174)

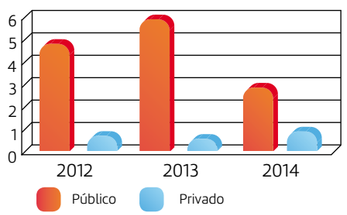
* casos x 1.000 nacimientos

También se encontraron diferencias según nacimientos en Montevideo o en el interior del país.

Gráfica 32

Incidencia de sífilis congénita según resultados de auditoría: público/privado, Montevideo/interior 2013

Tasa x 1.000 nacimientos



Análisis del entramado causal

La realización de una auditoría permitió confirmar algunas presunciones respecto a los factores contribuyentes a la persistencia de SC.

La mayor incidencia de SC en el subsector público es indicativa de la contribución de los factores de vulnerabilidad social aunque estos no se evaluaron en la auditoría. Su objetivo, además de mejorar el conocimiento epidemiológico, es identificar brechas asistenciales que sean pasibles de ser modificadas con acciones en este sector.

El primer hallazgo importante de la auditoría fue que nos permitió caracterizar el significado de las pruebas reactivas en el embarazo, para clasificarlas como: sífilis activa, recuerdo inmunológico y falso positivo.

Tabla 31

Pruebas reactivas de sífilis en embarazo (SIP) y sífilis gestacional (auditoría). 2013

Embarazos	Prevalencia sífilis en embarazo (sífilis verdadera)	Prevalencia prueba reactiva en embarazo
Público	1,1% (213/19542)	1,9% (373/19542)
Privado	0,3% (81/27632)	0,6% (175/27632)
Total	0,6% (294/47174)	1,2% (548/47174)

Tabla 32

Significado de las pruebas reactivas de sífilis en el embarazo por subsector de atención. 2013

	Público		Privado
Sífilis verdadera	213	57,1%	213
Recuerdo inmunológico	95	25,5%	95
Falso positivo	60	16,1%	60
Sin clasificar	5	1,3%	5
Total	**373**	**100,0%**	**373**

En el análisis de las auditorías se encontraron como factores asociados a SC: menos de 5 controles en el embarazo, captación tardía del embarazo, realización de la prueba y diagnóstico de sífilis más tardío en el embarazo, no tratamiento de la pareja, reinfecciones. La tabla 33 muestra las variables asociadas a casos de SC en 2013.

Tabla 33

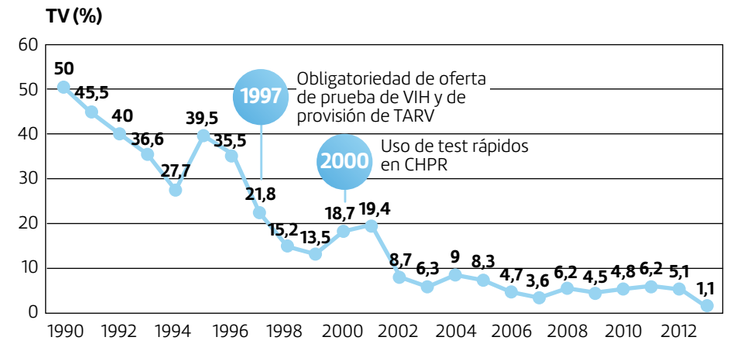
Significado de las pruebas reactivas de sífilis en el embarazo por subsector de atención. 2013

Variables	SC: 97	NO SC: 195	Valor de p
Menos de 5 controles (%)	51,5 (50/97)	14,4 (28/195)	< 0,0001
Diagnóstico de embarazo (EG en semanas)	17 ± 9	12 ± 6	< 0,001
EG media al diagnóstico de sífilis	25 ± 9	18 ± 8	< 0,0001
Diagnóstico de sífilis en el puerperio*	41	2	< 0,0001
Tratamiento correcto (%)	35 (34/97)	96 (187/195)	< 0,0001
Tratamiento pareja (%)	71 (24/34) S/D: 62 (60/97)	80 (69/86) S/D: 43 (83/195)	0,14 0,007
Reinfección	12	0	

Transmisión vertical de VIH

La transmisión materno-infantil del VIH puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Existen intervenciones altamente efectivas para la prevención de la TV en las que nuestro país ha sido pionero en su implementación: introducción de la prueba diagnóstica de VIH durante el embarazo, uso de pruebas rápidas en embarazos mal controlados, terapia antirretroviral (TARV), suspensión de la lactancia y provisión de fórmulas de sustitución.[41]

Gráfica 33 **Evolución de la transmisión vertical de VIH Uruguay. 1990–2013**



En el año 1997 se estableció la obligatoriedad de oferta de la prueba de VIH y de la provisión de TARV. En el año 2000 se implementó el uso de test rápidos en el Centro Hospitalario Pereira-Rossell.

Si bien hubo un rápido descenso de la TV de VIH, a partir del año 2005 las tasas oscilan entre valores de 3,6% a 6,2% sin lograr descender, hasta el año 2013, por debajo del límite de la meta de eliminación (< 2%).

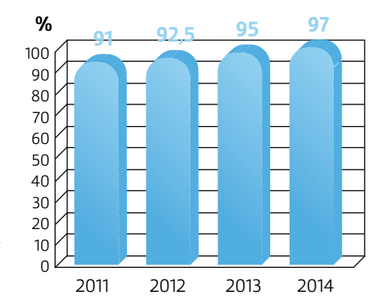
Es de destacar que en el año 2013 también fue diagnosticado un niño con probable adquisición durante la lactancia, hecho que se repite en los últimos años. Estos están vinculados a adquisición del VIH en la mujer en el período de lactancia, que muchas veces es prolongado. Incluso algunos de los diagnósticos de VIH se han realizado tanto en la mujer como en su hijo/a en un siguiente embarazo.

Desde el año 2011 se realizó un relevamiento nacional a través de una encuesta a todas las instituciones para obtener datos de mujeres embarazadas con VIH y transmisión vertical. En el año 2013 también se comenzó a implementar una auditoría (ordenanza 367/13). Esto ha permitido caracterizar mejor el problema e identificar algunos factores asociados a la ocurrencia de TMI.

Análisis del entramado causal

Si bien nuestro país ha implementado medidas tempranas en la historia del VIH, y algunos indicadores cumplen con las metas acordadas en compromisos internacionales (cobertura de prueba de VIH ≥ a 95%), no se han logrado cifras sostenidas que cumplan con la meta de eliminación.

Gráfica 34 **Evolución de la proporción de mujeres que reciben una prueba de tamizaje de VIH durante el embarazo Uruguay, 2011–2014**



41. Quian, J.; Gutiérrez, S.; González, V. *et al.* Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana de tipo 1 en Uruguay: 1987-2009. Análisis de las diferentes medidas adoptadas. Rev. Chil. Infect. 2012; 29: 87-94.

En el período desde el 1.º de enero 2013 hasta el 31 de diciembre 2013, hubo 124 mujeres embarazadas con prueba reactiva de VIH, confirmadas por las Instituciones, por DEVISA o por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública. Esto da una prevalencia de VIH en mujeres embarazadas 0,26%, 95 en el subsector público (0,5%) y 29 en el privado (0,1%). Se debe tener en cuenta que en el estudio de seroprevalencia realizado en población general en el año 2008, la prevalencia global fue de 0,42% (varones 0,68%, mujeres 0,28%).

En 54 casos (44%) el diagnóstico de VIH en la mujer se realizó durante el embarazo y en 70 (56%) este diagnóstico era previo.

En la Tabla 34 se muestran las características de la población y diferencias entre las mujeres embarazadas con VIH del subsector público y privado.

Tabla
34 Características de la población de mujeres embarazadas con VIH en Uruguay

Indicador	Total	Subsector Público	Subsector Privado	Valor de p
Edad (media y DS)	27 ± 7	27 ± 7	28 ± 7	DNS
VIH previo al embarazo	56% (70/124)	56% (53/95)	59% (17/29)	0,67
CD4 basal	469 ± 256	470 ± 240	464 ± 310	0,38
CD4 basal en pacientes sin TARV previa	506 ± 263	456 ± 243	408 ± 225	0,58
TARV en pacientes con VIH previo	33% (23/70)	26% (14/53)	53% (9/17)	0,001
Edad gestacional al diagnóstico de VIH	19 ± 7	20 ± 8	16 ± 4	0,065
Diagnóstico de VIH en TDP o puerperio	4,8% (6/124)	5,3% (5/95)	3,4% (1/29)	DNS
Profilaxis de la transmisión materno infantil	96% (119/124)	96% (91/95)	96,5% (28/29)	DNS
EG de inicio de TARV en el embarazo	21 ± 8	22 ± 8	19 ± 8	DNS
CV indetectable previo al parto	57% (56/98)	51% (38/75)	78% (18/23)	0,0001
Cesárea	75% (93/124)	72% (68/95)	86% (25/29)	0,01
Continuidad de TARV en el postparto	56% (70/124)	53% (50/95)	69% (20/29)	0,02

Algunas de las características que se muestran en la tabla anterior alertan sobre posibles dificultades en el acceso a cuidados y a TARV de las usuarias del subsector público respecto a las usuarias del subsector privado:

- entre las mujeres con VIH previo al embarazo la cobertura de TARV era significativamente menor respecto a las usuarias del privado,
- edad gestacional al diagnóstico de VIH mayor (diferencia no significativa),
- menor porcentaje de usuarias con CV indetectable previo al parto (principal factor de riesgo de TV),
- menor porcentaje de continuidad de TARV en el posparto, factor clave para asegurar una buena calidad de vida y disminuir la tasa de orfandad entre hijos/as de mujeres con VIH,
- la menor tasa de cesáreas en este grupo de mujeres que suelen tener mayor indicación como medida de prevención de la TMI no es claramente explicable entre las usuarias del subsector público, donde además el porcentaje de indicación debería ser mayor (dado el número de mujeres que llegan al parto con CV detectable).

En los casos de 2 RN que adquirieron la infección en el año 2013 (los dos en el subsector público), los diagnósticos de VIH en la mujer fueron al finalizar el embarazo, uno en el trabajo de parto y el otro en el puerperio. Dado que solo son 2 casos se analizan por separado en la siguiente tabla.

Tabla
35 Características de los casos de transmisión vertical de VIH registrados en 2013 en Uruguay

	Caso 1	Caso 2
Edad materna	22	40
N.º de controles en el embarazo	3	>5
Edad gestacional al primer control	24	10
Diagnóstico de VIH	TDP	Puerperio (prueba realizada a las 37 semanas)
1.ª prueba realizada en el embarazo	28 semanas	12 semanas (no reactivo)
TARV	NO	NO
AZT	SÍ	NO
NVP monodosis	NO	NO
Cesárea	SÍ	SÍ
Profilaxis RN	SÍ (AZT + NVP)	NO
Suspensión de lactancia	SÍ	NO inicialmente

En los dos casos se destaca que los factores que contribuyeron a la transmisión estuvieron vinculados a brechas asistenciales, factores que ya han sido identificados en años anteriores.

Caso 1: embarazo mal controlado. 1.ª prueba tardía (28 semanas), se obtiene el primer resultado en el control de las 37 semanas que no es informado ni se toman las medidas de prevención, se realiza extracción para la segunda muestra. Ingresa a las 38 semanas donde se realiza prueba rápida que es reactiva y se realiza cesárea y AZT i/v, suspensión de lactancia y profilaxis al niño. En suma, retardo en el diagnóstico y en su comunicación.

Caso 2: embarazado controlado con 1.ª prueba no reactiva. La 2.ª prueba se realiza de manera tardía, a las 37 semanas y existe una demora en la entrega del resultado que se realiza en el posparto mientras la usuaria estaba de alta y amamantando. Probablemente corresponda a una infección materna adquirida durante el embarazo. La primera PCR del niño fue negativa lo que sugiere la adquisición en el parto o mediante la lactancia, que fue suspendida de manera diferida (a los 10 días del nacimiento).

Análisis agrupado 2012–2013

Durante esos dos años hubo 253 mujeres embarazadas con VIH. La información que se dispone de las mujeres embarazadas de 2012 es parcial dado que en ese momento se recopilaba mediante encuestas pero no existía la obligatoriedad de realizar auditoría.

En 2012 hubo una tasa de transmisión de 5,1%; 5.5% en el sector público y 4,4% en el privado. En la siguiente tabla se resumen los factores asociados a TV cuando se analiza la cohorte de mujeres embarazadas 2012–2013.

Tabla
36 Factores asociados a transmisión vertical en Uruguay (2012–2013)

Características (Sí/No)	RN expuestos (253)		Valor de p
	Positivo (n = 9)	Negativo (n = 244)	
Diagnóstico en TDP o puerperio (n = 242)	3/6	< 0,0001	< 0,0001
No PTMI (n = 242)	3/6	< 0,0001	< 0,0001
No TARV (n = 224)	5/4	< 0,0001	< 0,0001
Edad gestacional al diagnóstico de VIH (media, DS)	36 ± 3	< ,0001	< ,0001
Última CV previo al parto > 50 (n = 211)	6/3	0,016	0,016
Parto vaginal (n = 222)	3/5	0,87	0,87

Resumen del entramado causal en transmisión vertical

La SC y la TV del VIH reconocen causas y determinantes comunes con impacto en la calidad asistencial, relacionados a vulnerabilidad social que requerirán un abordaje común y con involucramiento de otros sectores.

También se reconocen determinantes específicos a cada una de las infecciones. Se resumen en el Cuadro 11.

Cuadro 11

Determinantes específicos de TV en Sífilis y VIH

	Determinantes	Sífilis	VIH
1.	Mala calidad de control del embarazo	Captación tardía del embarazo con el consecuente retardo en el diagnóstico de la infección en la mujer embarazada y de las intervenciones terapéuticas.	
		Embarazos mal controlados (< de 5 controles)	
2.	Acceso a atención	Baja proporción de captación de la pareja sexual para asesoría y tratamiento (reinfecciones).	
3.	Deficiencias en calidad asistencial	En diagnóstico oportuno.	Comunicación tardía del diagnóstico en espera del resultado confirmatorio con el retardo en inicio de TARV en mujeres embarazadas cuando el diagnóstico de VIH se realiza en el embarazo.
		En promoción y prevención con involucramiento de la pareja (maternidad-paternidad responsable).	Infecciones de la mujer adquiridas durante el embarazo o la lactancia. El riesgo de transmisión de VIH es máximo en las primeras semanas de adquirida la infección (pico de viremia).

Equidad y ejercicio de derechos

Existen diferencias notorias en los resultados en el subsector público y privado, que denotan las inequidades en el ejercicio de derechos de poblaciones con particulares diferencias usuarias de ambos sistemas. Mientras que en SC, la meta de eliminación ha sido cumplida en el subsector privado, esta tasa es 8 veces superior en el subsector público.

En VIH la situación es similar, y los pocos casos de TV ocurren principalmente en el subsector público.

Inequidades de género, relaciones de poder-dominación, temores, mitos y prejuicios se conjugan para potenciar la vulnerabilidad de no pueden o no sienten como necesario adoptar métodos de barrera como prevención de las ITS.

Aspectos referidos a la percepción de la población

1. Falta de percepción de la sífilis como problema de salud en la población, incluido el personal de salud.

2. Baja percepción de riesgo de ITS en el embarazo y desconocimiento de su impacto. El énfasis en el uso de preservativo como método de anticoncepción hace que no se perciba la necesidad de su uso para prevención de ITS durante el embarazo y en el período de lactancia (asociado en el imaginario a infertilidad).

Desarrollo en la **primera infancia**

Los primeros años de vida son clave para el futuro de los niños porque en esta etapa son especialmente sensibles a las influencias del ambiente familiar y social que los rodea. El proceso de socialización que se pone en marcha al comienzo de su vida, se va construyendo a lo largo del proceso de crianza (2). De sus vivencias y experiencias en esta etapa del desarrollo va a depender su forma de ser y de relacionarse con otros, así como sus posibilidades de aprendizaje en el futuro (1).

El adecuado desarrollo físico y mental se consolida en los primeros cinco años de vida, momento en el que se establece la arquitectura del sistema nervioso y los patrones de respuesta al estrés físico y emocional (3). Desde el nacimiento y hasta cerca de los tres años de edad las conexiones neuronales (sinapsis) se producen en el cerebro con gran velocidad y eficiencia, los cuales no vuelven a ser alcanzados en el resto de la vida. En el primer año de vida, el cerebro crece más del doble; a la edad de dos años, el cerebro de un niño ha alcanzado el nivel de un adulto y a la edad de tres, las sinapsis existentes en el cerebro de un niño (aproximadamente 1.000 trillones) duplican las de un cerebro adulto (4). Estas etapas de gran vulnerabilidad frente a la influencia de diferentes factores se conocen como “fases críticas” del desarrollo. Son momentos determinados donde están dadas las condiciones para la adquisición de una determinada función y por lo tanto son ideales para influir en el desarrollo del niño de forma óptima (5). Durante el período crítico el niño expuesto a los estímulos ambientales adecuados, desarrolla la función prevista; si ello no ocurre, la función puede no aparecer, aunque se exponga posteriormente al estímulo.

Comienza entonces a cobrar importancia el entorno del niño que será responsable de las influencias que afectarán su desarrollo. Este proceso que conecta el genotipo con el fenotipo, fue acuñado por Waddington en 1942 como “epigenotipo”. La epigenética explica cómo la influencia de factores ambientales determina la expresión de determinados genes influyendo en la diferenciación celular (6). La capacidad de la célula para adaptarse a los cambios del medio está determinada por el “encendido” y “apagado” de determinados genes. Este término se conoce como “plasticidad cerebral” y refiere a la capacidad del sistema nervioso de remodelar los contactos entre neuronas en respuesta a un estímulo (6). Estos conceptos constituyen las bases neurobiológicas de la intervención temprana, la cual puede tener un impacto positivo en el desarrollo incluyendo el comportamiento y el subsiguiente desempeño escolar (5, 7). El cerebro se desarrolla rápidamente para construir las bases de las habilidades cognitivas y conductuales necesarias para alcanzar el éxito en la escuela, la salud, la profesión y la vida (8).

Los procesos de desarrollo neurobiológico que se dan en los primeros años de vida y son influidos por el entorno justifican la intervención del pediatra y de otros profesionales, en la vigilancia del desarrollo y la pesquisa de patologías vinculadas al mismo (5, 7). Muchos de estos trastornos pueden ser causa de discapacidad en la vida adulta y está probado que su detección temprana permite disminuir la prevalencia, aplicar acciones terapéuticas y de apoyo que mejoren sustancialmente su evolución, igualando oportunidades que reduzcan la brecha de inequidad para favorecer la inclusión social (9, 10).

A su vez, el desarrollo durante la primera infancia influye directamente en la economía, la salud y las consecuencias sociales para los individuos y la sociedad. Los entornos tempranos adversos generan déficits en las habilidades y capacidades que reducen la productividad e incrementan los costos sociales, lo que se suma a los déficits financieros que enfrentan los ciudadanos. Invertir en la primera infancia es una estrategia rentable para el impulso del crecimiento económico. Nuestro futuro depende de la provisión de las herramientas necesarias para el desarrollo social y para la creación de una fuerza laboral altamente educada y capacitada (8).

Contar con una política que favorezca el desarrollo en la primera infancia, identificando factores de riesgo y actuando sobre ellos, realizando un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno asegurado por las prestaciones integrales, y realizando un monitoreo continuo de las intervenciones realizadas, resulta esencial e impostergable si queremos brindarle a nuestros niños las herramientas para un adecuado desarrollo.

Componentes del problema y su priorización

- **Fragmentación e insuficiencia de información.**
  Si bien se ha avanzado en el conocimiento de algunos datos, se desconoce la prevalencia de alteraciones del desarrollo a nivel nacional, tampoco se conocen a nivel de cada prestador de salud.
  No hay registros protocolizados que permitan hacer un relevamiento para establecer la prevalencia de las diferentes alteraciones, lo que dificulta la planificación de los servicios que serían necesarios para la prevención, atención y rehabilitación.

- **No existen protocolos de abordaje integral: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y evaluación de su aplicación en prestadores sanitarios.**

- **Recursos humanos insuficientes y con formación inadecuada.**
  La falta de recursos humanos especializados es notoria en todo el país, además de estar deficientemente distribuidos, con áreas del país totalmente desprovistas de servicios adecuados.
  Se requieren de recursos humanos capacitados, con las competencias necesarias para el abordaje integral de este tema, por lo que es necesario un compromiso desde la academia para priorizar dentro de los contenidos curriculares el desarrollo infantil en todas sus dimensiones.

- **Falta de regulación en la cobertura de las prestaciones y servicios.**
  Se hace absolutamente necesario coordinar y sincronizar los servicios para optimizar los recursos a nivel nacional. Nuestro país muestra que en la atención a la primera infancia concurren multiplicidad de actores institucionales tanto del sector público como privado, por lo tanto resulta necesaria la articulación de esta pluralidad de agentes como forma de evitar que los servicios y prestaciones rivalicen entre sí, se obstaculicen o provoquen restricciones involuntarias en su implementación y acceso.

- **Falta de sensibilización en la población general y en los prestadores.**

Indicadores de morbimortalidad

Resultados ENDIS

Canelones, desde el programa Canelones Crece Contigo, informó que el 67% de la población de niños estudiada tenía un desarrollo normal, mientras que el 22% tenía un rezago en el desarrollo y un 11% un retraso, según Informe Consultoría en Desarrollo Infantil. Lic. Claudia Castello (2014).

La atención al problema en los últimos años

A continuación se describen diferentes acciones que se han llevado a cabo atendiendo al problema.

UCC: Se crea Uruguay Crece Contigo (UCC) un programa consolidado desde Presidencia de la República-OPP, que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y de los niños y niñas uruguayas menores de 4 años, en particular los más desfavorecidos, con una visión que garantice el desarrollo integral con una perspectiva de derechos, de equidad, justicia social y de desarrollo humano integral. Surge como espacio de articulación y fortalecimiento del trabajo que viene desarrollando el Estado para atender las necesidades de dicha población.

Uno de sus principales focos de trabajo se relaciona con el desarrollo infantil integral, en el entendido de que los resultados del desarrollo en la primera infancia desempeñan un papel fundamental a lo largo de toda la vida del individuo, afectando tanto aspectos relacionados a su productividad y sus ingresos futuros, como a su expectativa de vida y a su salud en general. Un deficitario desarrollo infantil tendrá consecuencias a largo plazo, afectando los logros escolares, el empleo y la inclusión social en la vida adulta.

UCC conforma una Mesa Temática Interinstitucional en la que participan MSP-ASSE-ANEP-MEC-INAU-BPS- UdelaR Medicina Cátedra de Neuropediatría y Psiquiatría infantil- Escuela de Tecnología Médica, Lic. Fonaudiología con la intención de coordinar esfuerzos en el abordaje del problema.

Facultad de Medicina. Cátedra de Neuropediatría – ASSE: En el año 2000, en el Uruguay, había 4 neuropediatras cada millón de habitantes, y en el sistema público la atención estaba concentrada en el Servicio de Neuropediatría del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). La enseñanza de la Pediatría se centraba en el crecimiento del niño y su patología y no tanto en el desarrollo.

En un proceso de varios años, identificando carencias como retraso en la atención de los recién nacidos, o consultas tardías, se instrumentaron acciones claves en la atención de los recién nacidos y las consultas por trastornos neurológicos.

1. Se incrementó la matrícula en la especialidad de neuropediatría. Al año 2013 en el Uruguay existen 13 neuropediatras cada millón de habitantes.

2. En el año 2001 se instaló en el CHPR un grupo de trabajo interdisciplinario honorario, encargado del seguimiento de niños con parálisis cerebral, coordinado por un neuropediatra e integrado por: fisiatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, neumólogo, gastroenterólogo, odontólogo, ortopedista, asistente social, psicólogo y psicomotricista. Al año 2005 se realizó el seguimiento a 174 niños.

3. En el Servicio de Neuropediatría se instalaron grupos de trabajo de acuerdo al tipo de discapacidades (motoras, sensoriales, intelectuales, trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje) las que pueden presentarse aisladas o combinadas, por lo cual los grupos permanecen interconectados. Esto se logró por un objetivo común: captación precoz e inicio oportuno del tratamiento.

4. Con el apoyo de la Cooperación Española, en 2006 se inició el Programa SERENAR (Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo Psiconeurosensorial) que fue institucionalizado en el MSP-ASSE, alcanzando en tres años la formación de 9 Unidades de Atención Temprana (UAT), 3 en Montevideo y 6 en el interior. Cada UAT del SERENAR incluye neuropediatra, pediatra, fisioterapeuta, psicólogo y fonoaudiólogo, y/o psicomotricista, según las posibilidades de la localidad. Entre agosto de 2006 y agosto de 2013 ingresaron al Programa un total de 5.520 niños (3.530 en Montevideo y 1.990 en el interior).

5. Se descentralizó la atención neuropediátrica del sistema público, en 2013 ASSE asegura consultas con un neuropediatra en 13 hospitales del interior, 4 de ellos residen en el respectivo departamento.

6. El trabajo interdisciplinario fundamental para el seguimiento del desarrollo, motiva en 2010 el inicio de la Diplomatura en Neurodesarrollo, dirigida a diversos especialistas: médicos, pediatras, fonoaudiólogos, psicomotricistas y fisioterapeutas. A fines de 2013 los alumnos de la Diplomatura ascienden a 36, habiendo obtenido su título de especialistas en neurodesarrollo 20 profesionales.

Programa Niñez MSP. Facultad de Medicina-UCC. En estos momentos se encuentra en proceso de validación la Guía de Vigilancia del Desarrollo. Ya se ha seleccionado y capacitando a los pediatras que participarán. Se hizo el llamado a psicomotricistas.

Se determinó la muestra y se han realizado reuniones con autoridades de CAIF y ANEP. (Proyecto disponible)

Equidad y ejercicio de derechos

Valoración del equipo técnico respecto a la medida en que la no resolución o abordaje del problema impacta en la inequidad (clases sociales, género, generaciones) y la vulneración de derechos.

Discapacidad
en el curso de la vida

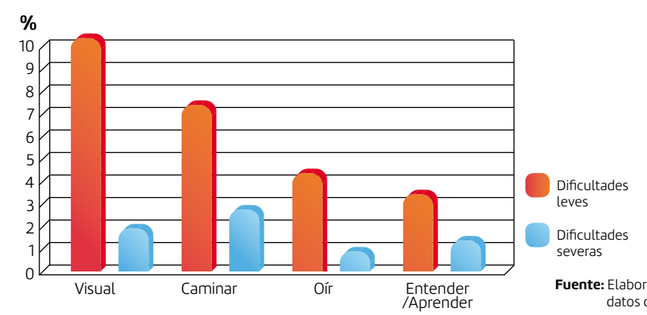
El último censo realizado en Uruguay en 2011 incluyó en el cuestionario preguntas específicas para relevar la condición de discapacidad con el objetivo de identificar a personas con limitaciones, según tipo y grado de severidad. Esta apuesta innovadora responde tanto a los antecedentes numéricos que se tenían al respecto (manejando la cifra estimada por la OMS que aproximadamente el 10% de la población de Uruguay tenía algún tipo de discapacidad), como a las recomendaciones internacionales en torno a incluir la perspectiva de discapacidad en todo relevamiento que se haga a nivel país. El cuestionario puso énfasis en cuatro de las dimensiones que las Naciones Unidas exhortan a incluir para poder establecer parámetros de discapacidad. Las mismas fueron: a) nivel motriz (caminar o subir escalones); b) a nivel sensorial (ver, oír) y c) nivel intelectual (razonar, entender o comprender). Este módulo identificó 3 niveles de limitaciones: "alguna dificultad" = limitación leve; "mucha dificultad" = limitación moderada; "no puede hacerlo" = limitación severa.

El censo mostró que el 17,01% de la población total declara tener al menos una discapacidad, lo que significa 517.771 personas (1 de cada 6). De estas, un 70,5% declara tener una discapacidad leve, un 25% una discapacidad moderada y un 4,5% una discapacidad severa (23.433 personas). En la Gráfica 35 se especifican los tipos de discapacidad analizadas y el grado de dificultad. Se puede observar que 10% de la población declaró tener dificultades permanentes para ver y que el 1,9% declaró tener dificultades permanentes graves o que no puede ver. El 4% de la población declaró tener dificultades permanentes para oír y el 0,8% declaró tener dificultades permanentes graves o que no puede oír. El 7% de la población declaró tener dificultades permanentes para caminar y el 2,3% declaró tener dificultades permanentes graves o que no puede caminar, el 3% de la población declaró tener dificultades permanentes para entender o aprender y el 1% declaró tener dificultades permanentes graves o no pueden hacerlo.

1 de cada 6 declara tener al menos **una discapacidad** 17,01%

4,5% declara tener una **discapacidad severa** (23.433 personas)

Gráfica **35** **Distribución de los tipos de limitación y grados de severidad en Uruguay, 2013**

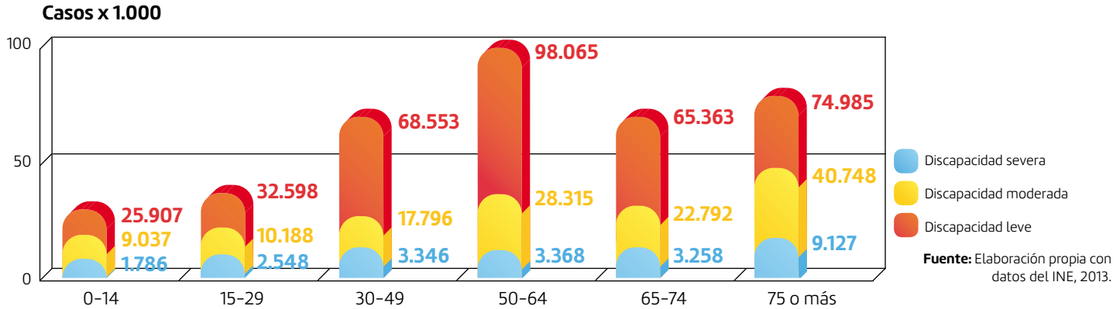


Fuente: Elaboración propia, datos del INE, 2013.

Distribución de la discapacidad por edad y sexo

La Gráfica 36 muestra que existe un gradiente que supone mayor severidad de la discapacidad a medida que se consideran mayores rangos etarios, fundamentalmente observado para la discapacidad severa. Este hecho resulta razonable en tanto confluyen en la edad geriátrica quienes envejecen con discapacidad de cualquier origen y quienes la adquieren en el transcurso de su vida. Considerando globalmente todas las discapacidades, se observa que el 42% de la población tiene 65 o más años y que el 24% tiene 75 o más años, los que significa que prácticamente 1 de cada 4 personas que refirieron tener alguna discapacidad están en esa faja etaria.

Gráfica 36 **Tipos de discapacidad de acuerdo a la edad, Uruguay 2013**

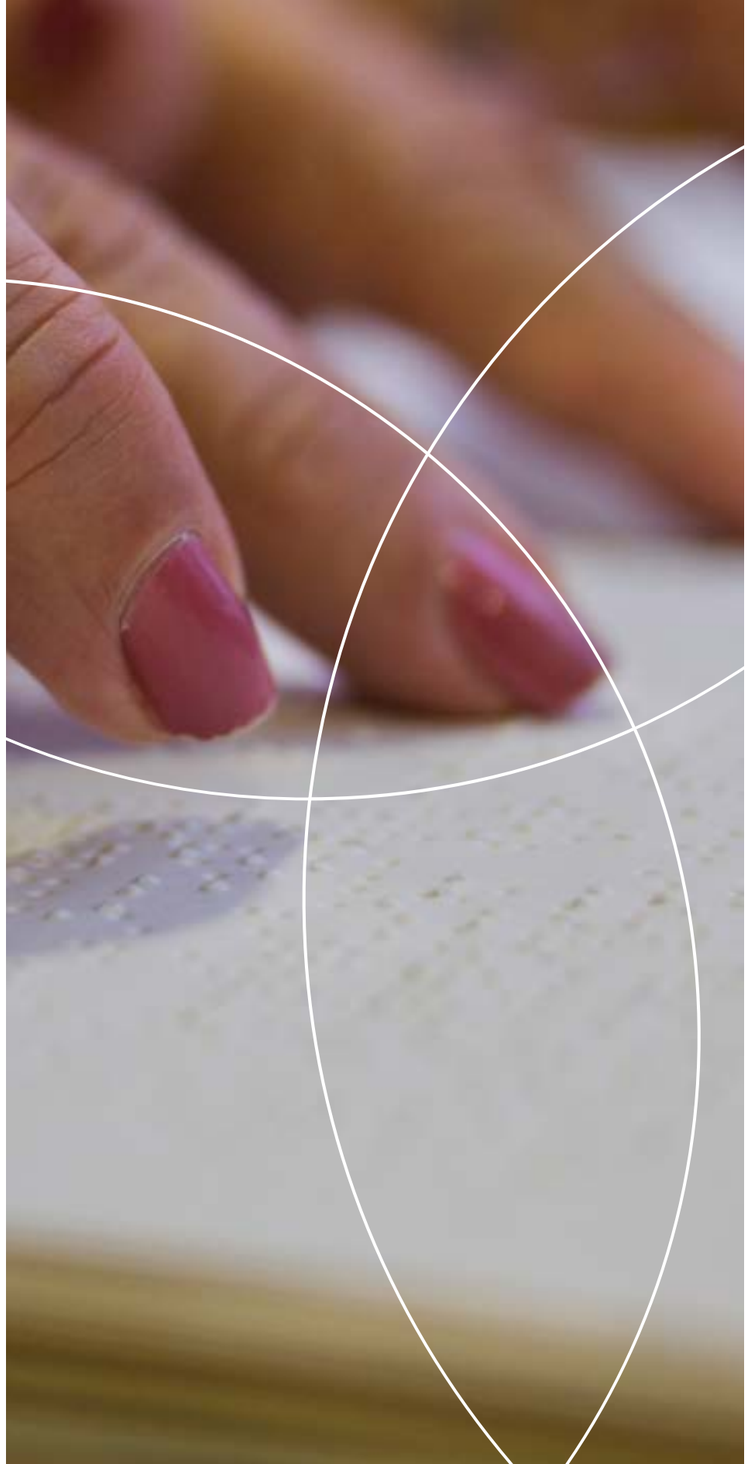


Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013.

Cuando analizamos específicamente la discapacidad severa (Gráfica 37) que corresponde a un total de 23.433 personas en todo el país, vemos que existe un leve cambio en la distribución etaria. Este cambio es fundamentalmente a expensas del mayor número de personas afectadas del grupo de 65 o más años alcanzando un 53%. Exceptuando las pensiones, habitualmente no es población beneficiaria de algún tipo de ayudas técnicas (bastones, prótesis, entre otros). De acuerdo a sus ingresos puede acceder a los beneficios que brinda la CNHD y el PRONADIS/MIDES. Desde el punto de vista epidemiológico, sin duda que para esta faja etaria, se justifican acciones sanitarias concretas para prevenir mayores grados de discapacidad. La población de entre 30-49 y 50-64 años representa un 14% cada una de ellas, sin embargo, cuando se analiza la discapacidad en forma global, estas cifras se corresponden con el 17 y el 25% para esas mismas franjas etarias.

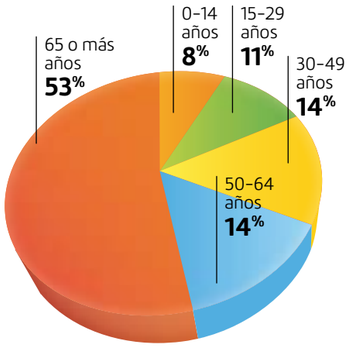
53% de las personas con **discapacidad severa** tiene **más** de **65 años**

Cuando consideramos las personas menores de 30 años, también se nota un leve incremento de 1% (desde el período neonatal a los 14 años) y 2% (entre 15-29 años) para la discapacidad severa cuando se compara con la discapacidad total. Es importante señalar que las acciones de salud necesariamente deben contemplar todas las edades y cualquier tipo de trastorno que potencialmente pueda producir una discapacidad, sea esta física, mental, sensorial o visceral, ya que muchas personas van a llegar a la edad geriátrica lo que puede potenciar aún más su discapacidad.



La Gráfica 37 muestra la distribución de la discapacidad permanente (leve, moderada, severa) de acuerdo al sexo de los afectados. Datos recabados en el último censo nacional (INE, 2013).

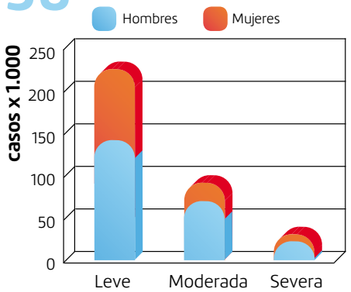
Gráfica 37 **Distribución etaria de la discapacidad severa en Uruguay, 2013**



Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013

Con respecto a la distribución por sexo, se observa al igual que en el resto del mundo, que las mujeres están globalmente más afectadas. Los datos presentados en la Gráfica 38 así lo ilustran y muestran que del total de la población afectada el 60% son mujeres. Situación que se mantiene independientemente del grado de deficiencia, siendo más notoria la diferencia con el sexo masculino para la deficiencia de grado moderado (63% y 37% sexo femenino y masculino respectivamente).

Gráfica 38 **Tipos de discapacidad por sexo, Uruguay 2013**



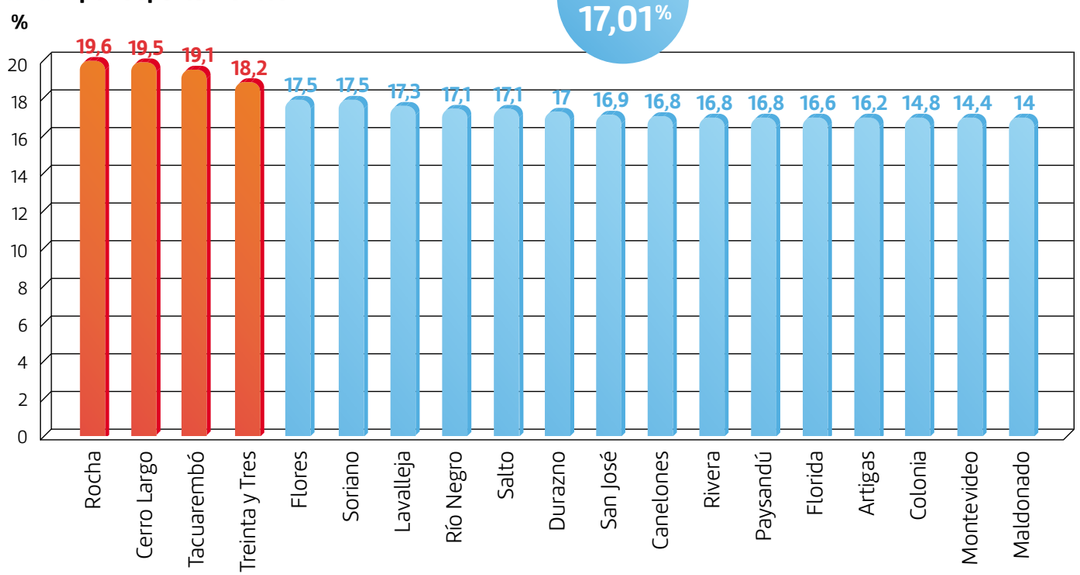
Fuente: Elaboración Propia con datos del INE, 2013.

Discapacidad por departamentos

La distribución de la discapacidad de acuerdo al grado, en los 19 departamentos del territorio nacional muestra que el 65% de las personas de todas las edades, que refieren tener algún tipo de deficiencia, residen en localidades del interior y fuera del área metropolitana. La Gráfica 39 muestra cómo es la distribución poblacional de la discapacidad por departamento. Se observa una mayor concentración en los departamentos de mayor densidad de población: Montevideo, Canelones y Maldonado. En relación al grado, existe una correlación positiva con los tipos de discapacidad, sea esta leve moderada o severa, en todos los departamentos. Cuando se considera la proporción de la discapacidad global por cantidad de habitantes, se observa que los departamentos de Rocha, Cerro Largo, Tacuarembó y Treinta y Tres son los más afectados y existe una frecuencia media de 19% (1 de cada 4-5 personas) (Gráfica 39). Es interesante observar que en la capital donde se concentra la mitad de la población, el porcentaje de personas con discapacidad es inferior a la media nacional y corresponde al 14,4%.

De acuerdo al tipo de discapacidad que se considere, se observa una distribución variable para cada departamento. De esta forma la discapacidad visual es más frecuente en los departamentos de Rocha (19,6%), Tacuarembó (13,7%) y Cerro Largo (13,6%); las dificultades para caminar o subir escaleras en el departamento de Rocha (7,6%), seguido por San José (7,1%) y Lavalleja (7%); las dificultades para oír/escuchar en Rocha (4,5%) y Flores (4,4%) y las dificultades para entender o aprender son más frecuentes en Rivera afectando al 4,2% de la población.

Gráfica 39 **Porcentaje de discapacidad por departamentos**



Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013.

Enfermedades crónicas no trasmisibles y otras causas que pueden causar o potenciar la discapacidad

Es importante señalar que el grupo de enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes son la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas. Dichas patologías comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable. Las ENT se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud y requieren un abordaje intersectorial e integrado. Esto significa que las personas con discapacidad de cualquier tipo y edad son más vulnerables a enfermedades crónicas o agudas prevenibles. Si bien existe dentro del Sistema Nacional de Salud el Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles (PPENT) del Ministerio de Salud Pública (2008-2015) (MSP, 2012), este no tiene el enfoque de la discapacidad, ni en sus recomendaciones ni en sus componentes. En esa misma lógica quedaron excluidas de acciones preventivas las personas de 65 años y más. Es importante resaltar que el PPENT está destinado a fortalecer los servicios públicos en salud y las políticas sanitarias del MSP para la promoción y prevención de las ENTS. Pretende asegurar la accesibilidad y mejorar la calidad de la atención primaria en salud relativa a este grupo de patologías, así como reducir la exposición de las personas a los factores de riesgo (MSP, 2012).

La discapacidad ocasionada por accidentes de trabajo, de tránsito, por violencia, por enfermedades del sistema osteoarticular y degenerativas del sistema nervioso central son trastornos que contribuyen al problema de la discapacidad. Está documentado que entre 1,2 y 1,4 millones de personas fallecen cada año como resultado de accidentes de tránsito y entre 20 y 50 millones sufren lesiones. En la actualidad se desconoce en forma exacta el número de personas que desarrollan una discapacidad como consecuencia de un accidente (OPS, 2014). Es importante señalar que las enfermedades mentales crónicas y persistentes, el abuso de sustancias legales o no y los déficits intelectuales se suman y potencialmente pueden estar presentes en personas de todas las edades que envejecen con una discapacidad y también en aquellas que adquieren la discapacidad durante la vejez.

Costo de la discapacidad

Las estimaciones del costo de la discapacidad son escasas y fragmentadas, incluso en los países desarrollados, sin embargo dicha información es una necesidad importante para el diseño de políticas públicas. La mayoría de los países tienen algún tipo de programa público de protección social destinado a las personas con discapacidad, pero en los países de bajos ingresos estos abarcan solo a las personas con discapacidad grave. El costo de la discapacidad está alrededor del 10% del gasto social público en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y cubre solo al 6% de la población en edad laboral (OPS, 2014). En nuestro país no existen datos documentados sobre los costos de la discapacidad en ningún grupo etario. La caída con fracturas ilustra los elementos a tener en consideración para el cálculo de los costos, que incluye no solo la atención médica sino también los costos sociales secundarios a la ausencia de rehabilitación.

Buenas prácticas

De acuerdo al Informe Regional de la Discapacidad y Rehabilitación (OPS, 2014), algunos países de la Región como Ecuador, Venezuela, Chile, Perú y Uruguay han desarrollado buenas prácticas para la atención de salud y la protección social de las personas con discapacidad, en especial aquellas con discapacidad grave. Dicho informe menciona a: Misión solidaria Manuela Espejo (Ecuador), al Programa Nacional de Atención de Personas con Discapacidad (PASDIS), (Venezuela), Chile con el IVADEC, Costa Rica y la Red de Rehabilitación en Atención Primaria, Perú, con el Proyecto Tumbes y Piura Accesible, Artigas sin Barreras (Uruguay). Los países de la Comunidad Andina adoptaron el Convenio Hipólito Unanue que se refiere a la Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad.

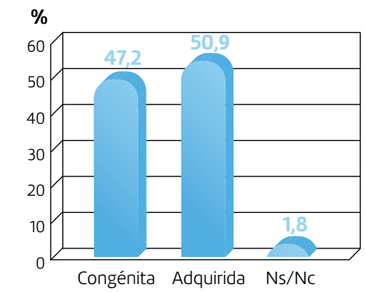
Experiencia piloto de Uruguay

El Proyecto Piloto Artigas sin Barreras fue un Proyecto de Cooperación Técnica entre Países, TCC-Ecuador, realizado entre 2012 y 2013, denominado: Abordaje Bio-Psico-Social-Clínico y Genético de las Personas con Discapacidad en el Departamento de Artigas. Participaron en el mismo siete instituciones: Vicepresidencia de Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Púbica, Asociación de los Servicios Sociales del Estado, Ministerio de Defensa Nacional y Programa Nacional de la Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Con tres objetivos principales:

1. Realizar un monitoreo de la información sobre las condiciones de las personas con discapacidad (situación familiar y socioeconómica).
2. Dar respuesta en forma integral a las situaciones identificadas de necesidad de ayudas técnicas y acceso a salud.
3. Contribuir a erradicar toda forma de discriminación hacia las personas con discapacidad promoviendo actividades de inclusión social y cultural.

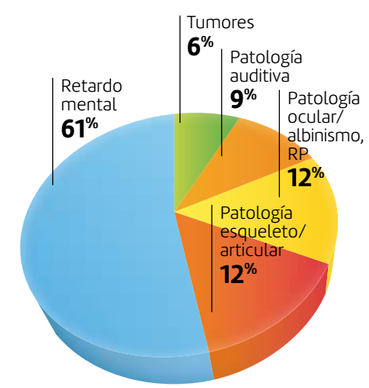
De acuerdo a los datos del censo, existían en ese departamento 573 personas con al menos una discapacidad severa (INE, 2013). Los resultados preliminares mostraron que el 53% de los hogares tenía al menos una persona con una discapacidad leve a moderada (22,6 a 29,2 respectivamente) y que el 30% se correspondía con discapacidades graves y muy graves. A diferencia de lo encontrado a nivel país de acuerdo a los datos del censo, el sexo masculino fue el más afectado (52%). El prestador de salud más importante fue ASSE ya que más del 80% de las personas con discapacidad disponía de esa cobertura médica. Se demostró también que el origen de la discapacidad de origen congénito fue de 47% (ver Gráfica 40).

Gráfica 40 **Origen de la discapacidad**



Fuente: Videoconferencia de presentación de los datos de artigas sin barrera realizada en el MSP (Mayo 15, 2014).

Gráfica 41 **Distribución de tipos de discapacidad en Uruguay**



El estudio mostró que un gran número de pacientes no contaba con documentación médica que certificara su diagnóstico.

Marco legal de la discapacidad en Uruguay

Desde el año 2010, la responsabilidad política dentro de la estructura estatal, en materia de discapacidad es ejercida por la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD), que es una persona de derecho público no estatal, bajo la jurisdicción del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), específicamente del Programa Nacional de la Discapacidad (PRONADIS).

Anteriormente, la CNHD se denominaba Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, fue creada por la **ley N.° 16.095 del 26 de octubre de 1989**, como una entidad pública de derecho privado, con personería jurídica y funcionó en la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública por más de dos décadas. La mencionada ley fue derogada y sustituida por la **ley 18.651 del 19 de febrero de 2010**, que en su artículo 14 refiere que corresponde a la CNHD la elaboración, el estudio, la evaluación y la aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación biopsicosocial e integración social de la persona con discapacidad, a cuyo efecto deberá procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios, creados o a crearse a los fines establecidos por a la propia ley. Esta legislación, que aún está en fase de reglamentación, es un nuevo paso hacia el establecimiento de un sistema de protección integral a las personas con discapacidad para asegurarles su atención médica, educación, rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional, su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca. Además la **norma sobre discapacidad en el Capítulo del Salud (VI)** establece en su **artículo 36:** que el Estado deberá implementar estrategias para apoyar y contribuir a la prevención de la deficiencia y de la discapacidad a través de diferentes acciones (Larrandaburu y col., 2013).

Estrategias para prevención de la deficiencia y de la discapacidad (ley 18.651)

1. Promoción y educación para la salud física y mental.
2. Educación del niño y del adulto en materia de prevención de situaciones de riesgo y de accidentes.
3. Asesoramiento genético e investigación de las enfermedades metabólicas y otras para prevenir las enfermedades genéticas y las malformaciones congénitas.
4. Atención adecuada del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido.
5. Atención médica correcta del individuo para recuperar su salud.
6. Detección precoz, atención oportuna y declaración obligatoria de las personas con enfermedades incapacitantes, cualquiera sea su edad.
7. Lucha contra el uso indebido de sustancias adictivas.
8. Asistencia social oportuna a la familia.
9. Contralor del medio ambiente y lucha contra la contaminación ambiental.
10. Contralor de productos químicos de uso doméstico e industrial y de los demás agentes agresivos.
11. Contralor de los trabajadores y las trabajadoras, ambos necesitan diferentes cuidados en los ambientes de trabajo; estudio de medidas a tomar en situaciones específicas, horarios, licencias, instrucción especial de los funcionarios, equipos e instalaciones adecuadas para prevenir accidentes y otros.
12. Promoción y desarrollo de una conciencia nacional de la seguridad en general y en salud en particular.

Elementos referidos a la percepción de la población

Inequidad en el acceso a los servicios de salud en general, para las personas con discapacidad. Servicios insuficientes e inequidad en el acceso al tratamiento integral de la rehabilitación física y psicosocial

El Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental del año 2011 incluyó prestaciones para personas adultas con trastornos mentales severos y para niños con discapacidad física, mental y trastorno del espectro autista. Pudiendo acceder a 48 sesiones anuales, renovables hasta 144, las que en un número importante de casos resultan insuficientes. La internación psiquiátrica brinda atención a usuarios con problemas agudos o crónicos agudizados. El período de hospitalización es generalmente corto, la mayor parte de los usuarios mejora sin utilizar los treinta días y luego continúa el tratamiento en forma ambulatoria en la red de servicios asistenciales. Pero existen algunos casos en los que son necesarios más de treinta días anuales, ya sea porque en el curso de un año se requieren varias internaciones o porque se insume más tiempo para resolver la crisis. La medida de limitar la cobertura en la internación atenta contra la continuidad de la asistencia e implica una inequidad y una discriminación hacia un grupo de usuarios. El subsector mutual debería asegurar la internación durante todo el episodio y cada vez que este ocurra, sin la limitación actual de treinta días por año. Un cambio así fortalecería la equidad del sistema y evitaría la discriminación que esto implica para los usuarios más vulnerables, afectados de enfermedades más severas.

En Uruguay habría 45.000 adultos mayores con alzheimer u otras demencias y no se dispone de abordajes integrales para atender las necesidades de esa población (Savio, 2004; Arnaiz y col., 2014).

Falta de unidades de información, de equipos multidisciplinarios y de gestión clínica de los casos en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Existe una serie de problemas aún no resueltos a nivel de todos los prestadores del SNIS, en algunos casos esto es más grave debido al número de usuarios que deben asistir. Dichas dificultades van desde la gestión clínica en proceso de rehabilitación integral para la atención de cualquier tipo de discapacidad, sea esta única o múltiple, transitoria o permanente. Así como la falta de información, capacitación y de equipos multidisciplinarios. Dar cuenta de este problema impactaría simultáneamente sobre los diversos tipos de discapacidad en todas las etapas del ciclo vital, lo que implicaría disponer de:

- Equipos interdisciplinarios-multidisciplinarios competentes que superen la agregación y fragmentación y se constituyan efectivamente en colectivos con dedicación específica a esta función, cuya conformación disciplinar puede variar desde lo básico a lo complejo.
- Servicios de atención-rehabilitación, esto es servicios específicos, con dotación de equipamiento y recursos humanos calificados de complejidad creciente, centrados en las necesidades de los usuarios. Que abarquen desde la rehabilitación de base comunitaria (primer nivel de atención) a centros específicos de mayor complejidad (tercer nivel de atención), precisamente enfocados a las discapacidades de mayor complejidad, las discapacidades múltiples o coexistentes en una misma persona (Ej.: lesionados medulares, traumatismo encéfalo-craneano, accidentes vasculares encefálicos, entre otros).
- Servicios de orientación y gestión de casos de baja complejidad en los prestadores, creación de una ventanilla única y centralizada, con algoritmos preestablecidos, acceso a valoración interdisciplinar básica y adecuada derivación y seguimiento. Desarrollo de centros de información sobre el tema desde los cuales los prestadores deban remitir información hacia el MSP (sistemas de información y vigilancia epidemiológica).

Fragmentación e insuficiencia de los sistemas de información

Ausencia de un enfoque sistémico en cuanto sistema de información gerencial y nacional para sustento de las políticas. A la fecha, la información existente está dispersa y procede fundamentalmente de BPS, MIDES, CNHD, BSE. Estas instituciones tienen diferentes bases de datos que habitualmente no son compatibles. Sin duda que el MSP deberá generar o desarrollar sus propios sistemas de información, que necesariamente deberán articularse con las instituciones antes mencionadas, las cuales son claves para sustentar las políticas de salud a largo plazo.

Inexistencia de protocolos de abordaje integral a la discapacidad que contemplen: la prevención, el diagnóstico, el tratamiento integral y el seguimiento

No existen protocolos de atención nacionales adaptados a nuestra realidad, ni guías de buenas prácticas recomendadas por la autoridad sanitaria. Si la norma vigente no se reglamenta, si no

existe un sistema de información aplicable al diseño de políticas y respuestas, es claro que no existirán regulaciones sobre aspectos más concretos, tales como las prestaciones o las mejores prácticas a través de la aplicación de protocolos exigibles. Este déficit y desregulación absoluta conducen a una heterogeneidad extrema de las prácticas clínicas entre los prestadores y una discrecionalidad que perjudica la equidad hasta en resultados en salud. Parece razonable apuntar al seguimiento de aplicación de protocolos vinculados a los resultados en salud, con pagos complementarios a la cuota salud, vinculado a los resultados de cada prestador en este tema.

Falta de regulación y el correspondiente monitoreo sobre las prestaciones necesarias para que los protocolos y mejores prácticas basadas en evidencia se apliquen en beneficio de los usuarios con discapacidad. Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) insuficiente en el diseño y contenidos no actualizados en este campo

Como se ha dicho, el SNIS aún sigue sin garantizar integralidad en los cuidados ya que no asegura un acceso mínimo y equitativo a la rehabilitación integral, ni ello es parte de las prestaciones consideradas en el PIAS de forma global y consistente con la evidencia científica. Esta situación conduce a variadas prácticas entre proveedores de salud (ya que no está regulada) que puede producir una atención de baja calidad e inequitativa. Los problemas más complejos carecen de respuestas locales y aun cuando existen condiciones objetivas para darles respuestas, la ausencia de control alimenta campañas de recolección de fondos para realizar rehabilitaciones en el exterior. Esa sigue siendo la base de un modelo que no reconoce la rehabilitación (prevención terciaria) como un derecho, sino apenas como un evento "catastrófico", cuya respuesta se financia históricamente con base en la beneficencia o al poder adquisitivo personal/familiar, como acaece desde el siglo XIX.

Al momento actual no existen planes ni sistematización en la rehabilitación física, como por ejemplo en tratamientos de fisioterapia (número de sesiones, metodología, tecnología empleada, tiempo, etc.), elementos estos no contemplados en la canasta básica de prestaciones integrales a la salud (PIAS). En la mayoría de los casos son los propios usuarios y sus familias que luego de penosos procesos de "aprendizaje" gestionan los medios para su "rehabilitación". Obviamente la misma estará condicionada por el poder adquisitivo individual o familiar, en un universo de inequidad desregulada.

Necesidad de definir una agenda nacional y plan para dar cuenta de las necesidades y formación de los recursos humanos de la salud relacionados con una atención integral a los usuarios del SNIS con discapacidad

Al igual que en otros campos de las respuestas hacia objetivos sanitarios, la situación y necesidad de recursos humanos con habilidades, destrezas y competencias en diversas disciplinas de la salud relacionadas con la integralidad y hacia todas las edades y circunstancias constituye un desafío en sí mismo. Es necesario definir una agenda nacional que madure un plan específico, considerando las necesidades en plazos prolongados, de 10 o más años, de forma de establecer este requerimiento en los espacios de diálogo y articulación que el MSP tiene con las diferentes instituciones educativas. Si no existe consideración y jerarquización de las propuestas educativas que contemplen la dimensión de la discapacidad en sus contenidos, difícilmente se podrán asegurar los derechos de las personas con discapacidad.

Cuidados **paliativos**

En Uruguay en 2011,[42] solo recibió cuidados paliativos el 18% de los pacientes que lo hubieran requerido (14% en subsector público y 17% en subsector privado). Sólo el 3% de los niños recibió atención paliativa. Con la creación del Plan Nacional de CP, la cobertura pasó de 18 a 25% y se crearon 19 dispositivos nuevos de Cuidados Paliativos, que van desde equipos básicos (médico-enfermero) a Unidades de CP con complementación público-privada.

Cuadro
12 Equipos que realizan atención paliativa por regiones y cobertura. 2014

Región del país	N.° de instituciones con CP específicos 2011	N.° de instituciones con CP pediátricos específicos 2011	Cobertura general en 2011 a población blanco	N.° de instituciones con CP específicos 2014	N.° de instituciones con CP pediátricos específicos 2014	Cobertura general en 2014 a población blanco
Región Norte	**6**	**1**	**11,5%**	**5**		**8,34**
Artigas	1	0	5,5%	1	0	7,3
Salto	2	0	14,8%	2	0	13,6
Paysandú	2	1	12,9%	1	1	7,4
Tacuarembó	1	0	10,2%	1	0	13,3
Rivera	0	0	0%	0	0	S/d
Región Oeste	**3**	**0**	**2,8%**	**8**		**11,37**
Río Negro	1	0	1,5%	1	0	6,6
Soriano	0	0	0%	0	0	3,6
Colonia	1	0	0%	2	0	7,3
San José	1	0	13,5%	1	0	23,5
Flores	0	0	0%	2	0	19,2
Florida	0	0	0%	1	0	19,4
Durazno	0	0	0%	1	0	s/d
Región Este	**1**	**0**	**0,6%**	**4**		**5,04**
Cerro Largo	0	0	0%	1	0	7,3
Treinta y Tres	1	0	5%	0	0	s/d
Lavalleja	0	0	0%	0	0	s/d
Maldonado	0	0	0%	2	0	10,8
Rocha	0	0	0%	1	0	7,1
Región Sur	**14**	**2**	**29%**	**26**		**26,22**
Montevideo	13	2	40%	22	2	46,75
Canelones	1	0	0,6%	4	0	5,7
TOTALES	24	3	18%	43	4	25%

42. Encuesta Nacional de Estado de Desarrollo de la Prestación Cuidados Paliativos (CP) 2011 y 2014.

La mayoría de los equipos de CP del país:

- Tiene asistencia domiciliaria
- Integra a la familia en la asistencia
- No asegura la continuidad asistencial dado que no tienen asistencia en internación/consultorio/domicilio
- Tiene equipos incompletos (no integrados por médico/enfermero, psicólogo/trabajador social) y con profesionales con cargos parciales: solo en dos casos hay equipos estables con todos los profesionales con cargos propios de cuidados paliativos necesarios para la asistencia

Consumo nacional de morfina

El consumo de morfina por paciente fallecido por cáncer es un indicador OMS de calidad de acceso de los pacientes a los cuidados paliativos

Nuestro país ocupa el lugar 30 en el mundo con un consumo de morfina de 4,4 mg/per cápita, Austria es el primer país de la lista con 199 mg/per cápita.

En Uruguay en 2012 fallecieron 7.816 pacientes por cáncer, lo que implica un consumo de 5,2 mg/paciente fallecido por cáncer por día.

Expertos mundiales recomiendan un uso medio de 60 mg/día de morfina.

Causas del problema sanitario crítico

- Escasa Implementación de servicios de CP
- Política sanitaria no fiscalizada. Tema no presente en la agenda pública
- Barreras psicológicas, sociales y culturales: mitos respecto a los cuidados paliativos y uso de morfina, negación social de la muerte
- Formación profesional escasa y no sistematizada

En nuestro país la disponibilidad de analgésicos opioides (planteada como otra barrera a nivel mundial) no constituye una barrera para el desarrollo de los CP.

80% de los pacientes muere con dolor no controlado

Consecuencias del problema sanitario crítico

Para el paciente

- Sufrimiento innecesario
- 80% de los pacientes muere con dolor no controlado
- Mala calidad de vida
- Mayor riesgo de obstinación terapéutica

Para la familia

- Sufrimiento innecesario
- Mayores gastos, ya que se hacen múltiples consultas por fuera del sistema sanitario o se usan terapias no convencionales por no encontrar respuesta en el Sistema Sanitario
- Mayor riesgo de duelo patológico: aumento de las enfermedades prevenibles, ausentismo laboral, etc.

Para el Sistema Sanitario

- Mala calidad asistencial: control inadecuado del dolor, atención no especializada
- Mayores gastos:
  - 80% de los pacientes muere con dolor no controlado, severo, pero todos tienen analgésicos indicados, los que resultan inefectivos
  - Mayor gasto en internaciones, estudios, tratamientos oncológicos y otros fútiles
  - Distorsión del uso de recursos humanos y materiales: sobrecarga de sistemas de emergencias sanatoriales y de emergencias móviles, que no dan la respuesta adecuada a estos pacientes, por tener otro objetivo

Para los profesionales de la Salud

- Medicina no segura ni gratificante
- Sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional por falta de formación profesional

Brechas de **calidad y seguridad** del paciente

La seguridad de los pacientes es definida como la disminución del riesgo de daño durante la provisión de asistencia sanitaria según la clasificación internacional de seguridad de los pacientes en el marco de la Alianza Mundial creada en 2004 en el seno de OMS. Es un imperativo ético basado en el principio bioético de no maleficencia, es un imperativo económico dado que estudios internacionales, como el conducido por Runciman y col. determinan que cerca del 7% del gasto en salud es el costo de los eventos adversos en sistemas sanitarios como el australiano, el inglés y el estadounidense. Es, a su vez, sustentado por los estudios de incidencia realizados en Inglaterra, Francia, EE. UU., Nueva Zelanda, Australia y España, que evidencian que cerca del 10% de los pacientes que ingresan a los hospitales sufren algún tipo de daño durante su estadía.

Estudios como el ENEAS (estudio de incidencia de eventos adversos en España) muestra que los vinculados a infecciones intrahospitalarias, a uso inseguro de medicación y a procedimientos invasivos son causa del 90% del daño. Asimismo más del 50% fue evaluado como evitable.

La cultura dominante sobre los incidentes de seguridad con daño es aquella en la cual tiene que haber un responsable directo del error y, que hallándolo, culpándolo y castigándolo, la organización prevendrá futuros incidentes. Los estudios provenientes de industrias de alto riesgo, complejas (como la aeronáutica civil, la petroquímica y las plantas nucleares) han demostrado la inoperancia de esta concepción. Basándose en que la mayoría de los errores radican en fallas latentes del sistema y los errores activos son favorecidos por la ausencia de barreras para que estos se produzcan, han trabajado sobre todos los factores humanos (fatiga, motivación, comunicación, trabajo en equipo, necesidad de supervisión y formación continua) para el rediseño de sus sistemas de trabajo logrando reducir drásticamente los accidentes y catástrofes. Uno de los elementos determinantes ha sido la capacidad de aprender de los errores, en especial aquellos que no ocasionan grandes consecuencias. Esto les permitió detectar fallos sistémicos y corregirlos. Estimulaban a los trabajadores a reportar los errores y fallos que ocurrían. Para ello requirieron una cultura no punitiva (justa), ya que "matar al mensajero" impide modificar las condiciones que determinan los accidentes, con las muertes y daños económicos que ocasionan. Se crearon verdaderos sistemas de reportes con análisis de causas y alertas de incidentes de seguridad en dichas industrias.

Otra característica de la cultura de seguridad es el compromiso de los líderes de las organizaciones con los principios rectores de la misma. La transmisión de los valores de la nueva cultura debe estar en el lenguaje, símbolos, misión y visión de las organizaciones.

La introducción de estos conceptos en el sistema sanitario cobra fuerza en los últimos 15 años.

El sistema sanitario tiene las características comunes a las industrias de alto riesgo de ser un "sistema adaptativo complejo", que depende de que muchas personas de distinta formación realicen lo correcto, de la manera correcta y en el momento correcto. El resultado depende de múltiples factores concatenados, como los señalados previamente.

Existen múltiples estrategias que han demostrado impactar en la disminución de los eventos adversos en la asistencia, pero su implementación y fundamentalmente su sostenibilidad dependen del desarrollo de una cultura de seguridad institucional.

La cultura de seguridad puede definirse como "las características de una organización, valores , filosofía, tradiciones y costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria" (Universidad de Michigan) o como " el modo en el que se hacen las cosas en un determinado centro o servicio" (Peter Pronovost. JHH). El National Quality Forum la considera la primera de las prácticas seguras entre 30 recomendadas desde el año 2005, tiene su indicador propio (Encuesta de clima de seguridad) avalado por HRQ y utilizada por las principales agencias de calidad en el mundo para monitorizar el avance cultural.

Por lo tanto la transición de una cultura de la culpa a una cultura de seguridad se considera como el elemento más importante y duradero (National Quality Forum) para el logro de mejores resultados, de una asistencia que minimice la posibilidad de provocar a los pacientes.

El sistema de vigilancia de control de infecciones funciona desde 1996 en nuestro país con muchos avances y retrocesos en los últimos años debido a problemas estructurales pero también por falta de devolución de datos a prestadores y profesionales, disminución de la formación profesional, percepción de punibilidad y falta de control y evaluación.

Se ha constatado que el promedio de dedicación de nurses (datos no auditados) es de 27 horas al mes en las instituciones con CIIH. No se fiscalizaron las actividades ni reuniones ni contamos con datos actualizados de la formación del personal que lo integran.

Si bien se vierten datos al sistema informático en línea no se cuenta con la capacidad para auditarlos en particular los denominadores utilizados para calcular las tasas. No cumplen el papel de enfermeras *link* (devolución de datos a cirujanos, intensivistas y en algunos casos a personal directivo). El país, a su vez, no cuenta con datos ni indicadores del uso indiscriminado de ATB. El retraso en enfrentamiento de brotes ha determinado en algunos casos alarma pública y pérdida de días-cama en instituciones con impacto económico y de imagen para las mismas y el sistema. Es necesario promover desde el MSP actividades que nucleen a los CIIH.

No hay auditoría de las capacidades instaladas en los laboratorios de microbiología en lo estructural en RR. HH. Desde la seguridad de los pacientes pensamos de todos modos que la historia del funcionamiento del programa de control de infecciones es un modelo a estudiar, consolidar y mejorar introduciendo los nuevos conceptos de la disciplina de la seguridad de los pacientes y concibiéndolo como evento adverso prevenible en el cual la vigilancia sea el medio para medir, priorizar estrategias de abordaje e impactar sobre los eventos adversos vinculados a la asistencia.

El ámbito hospitalario es muy proclive a los errores y los eventos adversos vinculados a iden-

tificación de pacientes y muestras de laboratorio y de anatomías patológicas, a caídas de pacientes, daños mecánicos e infecciosos por procedimientos invasivos, úlceras por presión, daño por medicamentos erróneos como alergias o errores de prescripción o administración, en particular con medicamentos de alto riesgo, daño durante las transferencias de cuidado y traslados inseguros al centro inadecuado o mal diseño de la información y pasaje de responsabilidades, errores en las conexiones de catéteres y sondas que han generado eventos centinelas en nuestro país y en el mundo. Todos estos desafíos están expresados en posibles soluciones propuestas por la OMS en su Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. Son incidentes de seguridad de mucho impacto social que implican daño a los pacientes y daño económico y de imagen a las instituciones prestadoras de servicio de salud y al sistema sanitario.

Estos eventos adversos son genéricos del ámbito hospitalario en general, existiendo particularidades en algunas áreas asistenciales. Las de mayor riesgo son las vinculadas a la cirugía, la medicina intensiva y la emergencia que merecen una atención especial.

La obstetricia y la neonatología por la sensibilidad del daño en estos sectores y los buenos resultados esperados también merecen una atención especial.

Nuestro país ha adherido (año 2007) a la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, creación impulsada por la OMS (año 2004), comprometiéndose en promover los retos lanzados por la Alianza de "Un cuidado limpio es un cuidado seguro", con especial énfasis en la higiene de manos y el de "Cirugía segura salva vidas" con la implementación de la "lista de verificación quirúrgica" como herramienta de trabajo.

En octubre de 2006, por ordenanza ministerial N.º 660, se dispone la creación de una Comisión Asesora con el fin de adaptar definiciones sobre "Eventos Adversos en el área de la salud". En mayo de 2007 se constituye la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Vigilancia del Error en Medicina (dependiente de la DIGESA). Se definió como instrumento clave para la internalización de dicha política en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a los COSEPA de los prestadores sanitarios (ordenanza ministerial N.º 481 del 31 de agosto de 2008).

En nuestro país en vistas de generar un escenario de factibilidad para desarrollar una estrategia nacional de seguridad que impacte en los resultados sanitarios se implementaron diversas medidas y herramientas:

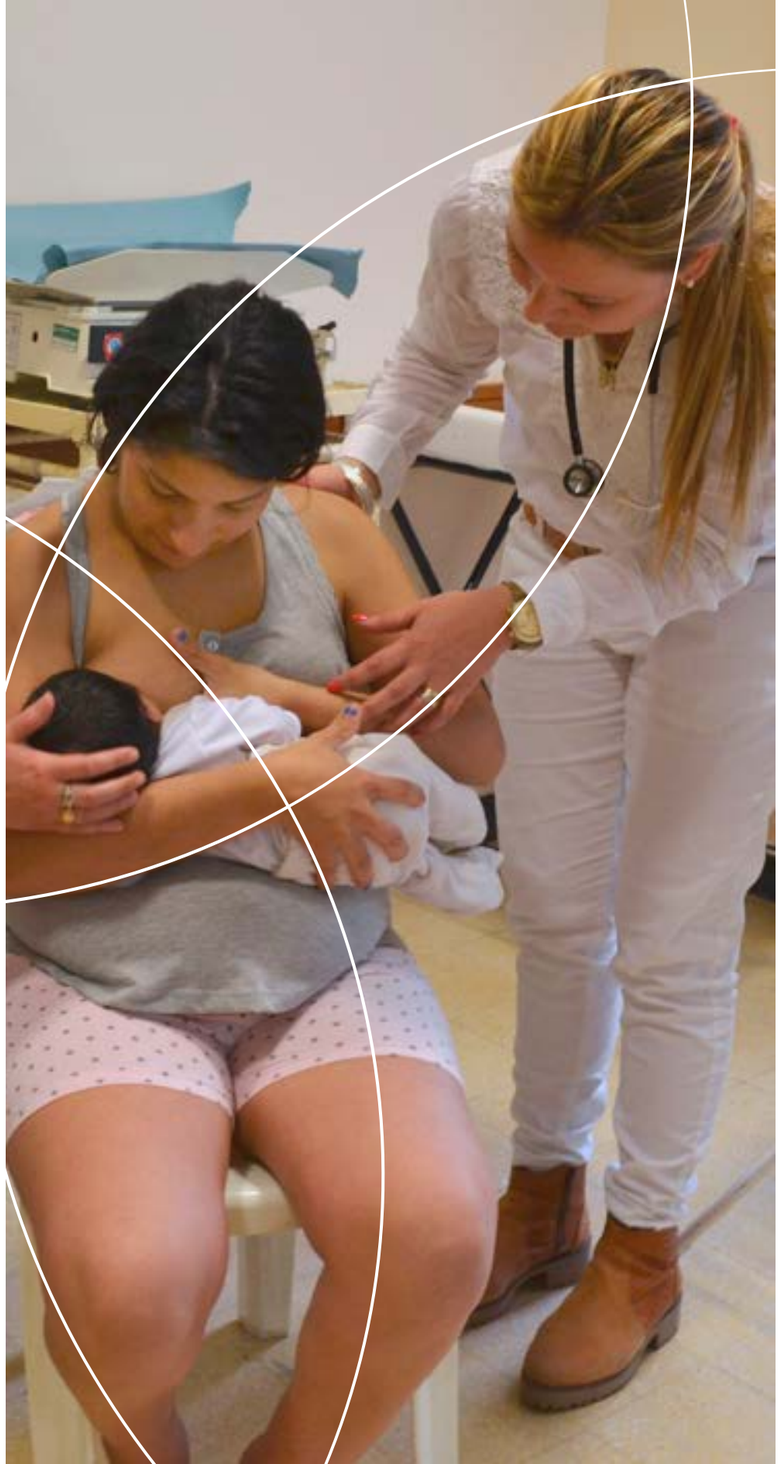
- **Estrategia educativa:** dirigida a los integrantes de los COSEPA institucionales. Se hicieron actividades con participación de técnicos ministeriales en las instituciones en 126 oportunidades en 5 años.

- **Estrategia de difusión y sensibilización:** de los profesionales sanitarios (congresos y actividades) y usuarios del sistema. El núcleo ministerial estuvo presenta en las mesas de seguridad de congresos de: Cirugía, Cirugía pediátrica, Medicina interna, Medicina intensiva, Psicología médica, Laboratorio clínico, Pediatría, gastroenterología y Jornadas de Obstetricia.

- **Consolidación de alianzas** con organismos gubernamentales, no gubernamentales y organismos internacionales: que complementarán nuestra actuación (FNR, UdelaR, Academia Nacional de Medicina, INACAL, Colegio Médico, OPS), así como sociedades científicas,sindicatos y asociaciones de usuarios.
- **Actividades de consolidación y desarrollo de los COSEPA institucionales.** Funcionamiento común entre Comisión Nacional de Seguridad del Paciente (2007-2013) DECASEPA (2014-2015) y los COSEPA institucionales generando:

i. Ateneos y talleres conjuntos: con exposiciones de estrategias de trabajo y recomendaciones generales en seguridad con masiva participación de los COSEPA de todo el país (actividades presenciales en los departamentos).
ii. Visitas a COSEPA institucionales y monitoreo de su actuación: estas instancias se cumplieron en forma presencial en las instituciones o mediante citación de las mismas a DIGESA.

Estas actividades se consolidaron en el Primer Mapeo Nacional de Actividades y Estrategias desarrollados por los COSEPA en Materia de Seguridad del Paciente (2012-2013).



En este mapeo se monitorizaron estrategias promovidas por la rectoría y desarrolladas por las instituciones como:
- Identificación de pacientes
- Uso seguro de medicación de alto riesgo
- Lista de verificación quirúrgica
- Transferencias de cuidados y comunicación intraequipo
- Acuerdos de comportamientos
- Sistemas de reporte de eventos adversos
- Educación y difusión
- Inducción del nuevo personal

Y aspectos estructurales como:
- Existencia y conformación del COSEPA
- Participación de Dirección Técnica
- Existencia de un Plan Anual de Trabajo

- **Productos e insumos desarrollados** por el equipo técnico ministerial para la consolidación de la estrategia nacional de seguridad del paciente:

1. **Sistema articulado de notificación de eventos adversos (SANEA):** Desarrollado en el marco del tratado OPS de cooperación Uruguay-Costa Rica 2010-2012. Tomado y publicado por OPS: "Sistemas de registro, reporte o notificación de incidentes en la Región de las Américas".
2. **Adaptación de la LVQ de OMS** en el marco del tratado OPS de cooperación

Uruguay Costa Rica 2010-2012. La adaptación se realizó por parte de un grupo técnico integrado por los principales profesores y exprofesores de las clínicas quirúrgicas.

3. **Encuesta Nacional de Comportamiento Disruptivo en el equipo de Salud:** realizada en cooperación con la Sociedad de Psicología Médica y con la participación de 38 instituciones prestadoras integrales de servicios de salud, constituyéndose en la primera encuesta mundial realizada desde la rectoría sanitaria y las más grande del mundo por participación permitió un diagnóstico de situación del problema en nuestro país.
4. **Acuerdo de comportamiento:** se desarrolló en conjunto con la Comisión Nacional de Bioética, hoy es la base teórica de los acuerdos institucionales que vienen realizando los prestadores de Salud. El acuerdo fue debatido en conjunto con: SMU, Colegio Médico, Academia Nacional de Medicina, FEMI y Comisión de Salud del PIT-CNT. Lo consideramos el punto de partida para la gestión escalonada de los comportamientos disruptivos en el ámbito sanitario.
5. **Estrategias de gestión de los comportamientos disruptivos:** en conjunto con la Sociedad y Cátedra de Psicología Médica se comenzaron a delinear los mecanismos de gestión para la prevención y el abordaje de los comportamientos que podría convertir al Uruguay en el primer país en contar con una política de comportamientos liderada desde la rectoría sanitaria.
6. **Manual de gestión de eventos centinela:** es sabido que la comunicación pública del daño en la asistencia sanitaria por parte de las instituciones tiene mucho impacto social y político. A raíz de la participación por parte del equipo técnico como asesor en dos eventos centinela graves a nivel nacional, se detectó la necesidad de la creación de una herramienta que guiara a los prestadores y profesionales de la salud en la estandarización de respuestas frente a estas situaciones. Esta herramienta tiene pendiente la evaluación y el aval de las autoridades sanitarias y actores claves del sistema.
7. **Herramienta de autoevaluación de la seguridad en siete pasos:** es una adaptación a la realidad nacional de la herramienta de autoevaluación del Sistema Británico de Salud. La misma se realizó con la metodología de *Focus Group*, con la participación de 28 expertos en el área temática. Su cometido es brindar direccionamiento estratégico para el trabajo de los COSEPA institucionales.

Es así que el departamento se encuentra actualmente trabajando en los puntos que se priorizarán en la caracterización del problema crítico como fuera solicitado por el comité coordinador.

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) constituyen uno de los eventos adversos prevenibles más frecuentes dentro del sistema de asistencia sanitario.

Tienen la especificidad que ponen en riesgo a otros pacientes que pueden ser contagiados e inclusive impacta en los que vendrán ya que la resistencia antimicrobiana es una carrera en la que las bacterias están derrotando a las nuevas moléculas en la velocidad de aparición.

Su epidemiología, los sistemas de vigilancia de las mismas y las medidas de prevención se han estudiado por más de 50 años y en nuestro país se desarrollan desde 1996. Las amenazas que se mantienen son la emergencia y diseminación de microorganismos multirresistentes (favorecidos por el excesivo uso de antimicrobianos) y la ocurrencia de nuevas IAAS en la medida que se incorporan nuevos procedimientos invasivos terapéuticos o de monitorización.

Sobre estos antecedentes y esta historia recorrida es que planteamos los objetivos sanitarios para el período 2015–2020 tratando de capitalizar todos los aprendizajes y la experiencia acumulada.

El problema crítico y su entramado causal

En las instituciones del SNIS no existe un desarrollo adecuado de la cultura de seguridad, predominan las culturas informales sobre las formales y se ha instalado una cultura que relativiza las actitudes respetuosas que perjudica el ambiente laboral, el trabajo en equipo y pone en riesgo la seguridad del paciente. La cultura imperante es una cultura reactiva donde solo se reacciona frente un evento adverso después de que este sucede y no se establecen soluciones sostenibles.

En nuestro sistema sanitario es extremadamente baja o inexistente la inversión especialmente en recursos humanos capacitados para la seguridad del paciente.

Entramado causal

1. Cultura de seguridad

1.a Cultura de seguridad con escaso desarrollo y nivel de inversión. No se miden procesos ni resultados que permitan una mejora continua.

1.b Comportamiento disruptivo establecido y aceptado en el equipo de salud, lo que genera riesgo para los pacientes, equipos de trabajo inefectivos y deterioro del ambiente laboral.

2. Seguridad en el ámbito hospitalario y áreas específicas

Breve reseña: Es prioritario para el desarrollo de las estrategias de seguridad del paciente trabajar sobre las prácticas seguras en el ámbito hospitalario. Las que aquí se plantearán específicamente se relacionan con la carga de trabajo de enfermería y su dotación, es el ejemplo de los cuidados para evitar las UPP, la movilización de pacientes sin determinar caídas con daño y la prevención de IAAS claramente vinculada a la dotación y calificación de los enfermeros.

Se jerarquiza particularmente la dificultad para adoptar buenas prácticas para la prevención de IAAS y la profesionalización para el manejo de brotes de infecciones IH, con la incorporación de herramientas de análisis procedentes del ámbito de la seguridad del paciente.

En lo referente a las prácticas seguras por áreas se ha decidido iniciar con Cirugía, debido a que es una práctica cada día más frecuente, con posibilidad de medición de resultados, de alto impacto económico y en la que han surgido propuestas de cambios estructurales en su organización, lo que hace imprescindible un diagnóstico de situación de los resultados actuales para los tomadores de decisiones.

2.1 Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS)

2.1.1 Manejo ineficiente de brotes
2.1.2 Diseminación de multirresistencia bacteriana
2.1.3 No se logra la incorporación de las buenas prácticas preventivas en el personal sanitario.

2.2 Cuidados de enfermería insuficientes

2.2.1. Caída con daño
2.2.2. Úlceras por Presión (UPP)
2.2.3. Dotación de enfermería y ausentismo

2.3 Prácticas seguras por área

2.3.1. Seguridad en cirugía. *Check List* quirúrgico. Auditoría de cirugías
2.3.2. Identificación de pacientes
2.3.3. Seguridad en medicación

3. Fortalecimiento de la institucionalidad

Breve reseña: Se plantea el fortalecimiento de la institucionalidad como un componente prioritario del problema tanto en la macro como en la meso gestión, que ha determinado en algunos casos la reducción de la ya escasa cantidad de horas destinada por las instituciones al trabajo en seguridad del paciente.

3.1 Dificultad de control y fiscalización: no se fiscaliza el cumplimiento de la normativa y no se ejerce rectoría sobre el incumplimiento.

3.2 COSEPA y CIIH con limitación de la capacidad operativa: escasez de recursos humanos en número y tiempo adecuado para desarrollar la estrategia a nivel institucional.

3.3 A nivel central, dificultades operativas para mantener la producción de herramientas de gestión, liderazgo técnico y supervisión capacitante dado que no se cuenta con una estructura básica de funcionamiento que permita mantener la operativa.

Sistema y **servicios** de salud

Los **servicios de salud centrados en las necesidades de las personas y de las comunidades,** según documentos recientes de la OMS,[43] implican un enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de los individuos, familias y comunidades, y los identifica como participantes, además de como beneficiarios de los mismos, generando la confianza de que los sistemas de salud respondan a sus necesidades y preferencias en forma humanizada y holística.

Servicios de salud **centrados** en las **necesidades** de las **personas** y las **comunidades**

La **atención centrada en la persona y las comunidades** requiere que los ciudadanos tengan la información, la formación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Está organizada en torno a las necesidades y expectativas de la gente en el campo de la salud más que en lo referido a resolver enfermedades. Se apoya en valores y principios aceptados universalmente que están consagrados en el derecho internacional, tales como los derechos humanos y la dignidad, la no discriminación, la participación y el empoderamiento, el acceso y la equidad, y una asociación de igual a igual entre ciudadanos-usuarios, organizaciones y Estado. Su objetivo es lograr mejores resultados para los individuos, las familias, las comunidades, los profesionales de la salud, las organizaciones de atención de la salud y sistemas de salud mediante algunos ejes sustantivos: cultura de la atención y la comunicación con usuarios informados y que participan en la toma de decisiones y tienen opciones; proveedores que aseguran respeto a la privacidad, la dignidad y la respuesta a las necesidades de una manera holística; atención basada en la evidencia, entre otros.[44]

Atención centrada en la **persona** y las **comunidades**

Los **servicios de salud integrados** se caracterizan por estar gestionados y entregados de una manera que asegura que las personas reciban un continuo de la salud que incluye la promoción, la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y los servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles y sitios de atención dentro del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su curso de vida .[43]

Servicios de **salud integrados**

Para avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades de las personas, es necesario un enfoque que se sitúe desde una perspectiva que:

- Asuma a las personas en integralidad y complejidad.
- Asegure procesos de decisión clínica compartidos con conocimiento informado y espacios de acuerdo y negociación sobre las intervenciones a realizar.
- Fortalezca la educación para la salud, empoderamiento, autocuidado y la autogestión de la enfermedad.
- Propicie familias y comunidades como receptoras y prestadoras de cuidados de salud.
- Asuma los enfoques de interculturalidad y de género.

43. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015.
44. Adaptado de: People-centred health care. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2007; y National Ageing Research Institute. What is person-centered health care? Melbourne: Victorian Government Department of Human Services; 2006.

La fragmentación en el SNIS

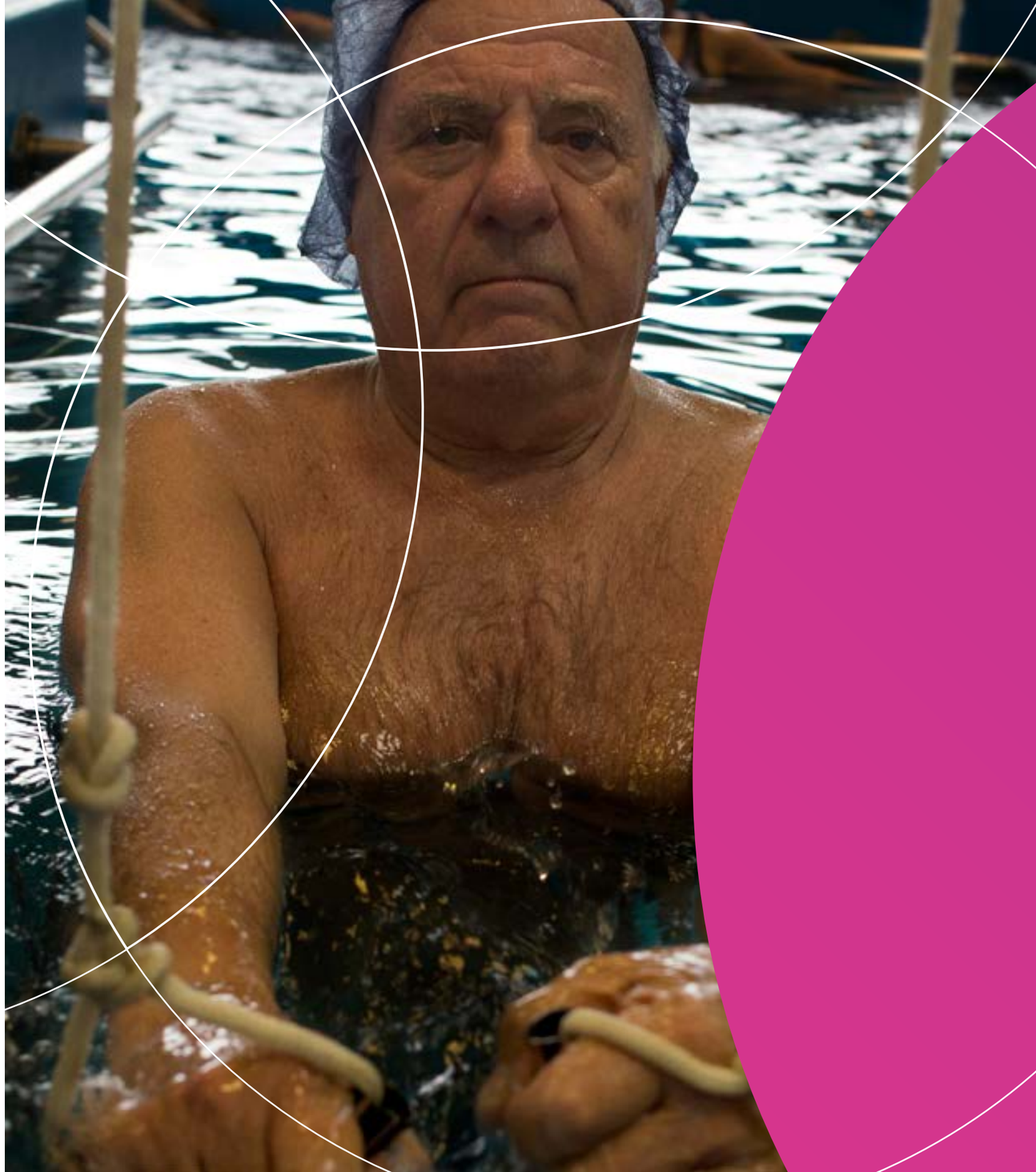
En el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, ocupa un lugar relevante el planteo sobre la necesidad de cambios en el modelo de atención. El mismo es producto de una evolución de los servicios de salud que, a la vez que favoreció una extensa y temprana cobertura poblacional y territorial, ambientó acciones descoordinadas, con miradas y prácticas compartimentadas y autorreferidas, que moldearon la cultura de gestión y uso de los recursos del sistema de salud. La fragmentación y la segmentación resultantes se relacionan con la ineficacia, la ineficiencia y la inequidad, todas condiciones que la creación del SNIS ha apuntado a modificar. De esta manera, un sistema de salud centrado en las personas y las comunidades organizará las estructuras institucionales y las formas de recorrerlas de una manera novedosa para todos los niveles de gestión y para todos los actores involucrados (conductores políticos, propietarios, administradores, trabajadores y usuarios de los servicios de salud).

La mirada de mediano y largo plazo que necesita la fijación de los OSN por parte de la autoridad sanitaria, dialoga bien con los cambios antes mencionados, dado que por tratarse muchos de ellos de aspectos culturales, que mutan en el largo plazo y se interrelacionan, se necesita de orientación estratégica, seguimiento y evaluación constantes de parte del rector del sistema.

La **fragmentación** se define como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en una red de servicios de salud, es un determinante de un mal desempeño de los servicios sanitarios, incide desfavorablemente en la mejora de la calidad de la atención y genera ineficiencias en el uso de los recursos. Se expresa en procesos asistenciales que determinan insatisfacción de los usuarios malestar en el equipo de salud. Pacientes con los mismos problemas suelen ser atendidos de muy diversa forma. Se constatan fallas en la coordinación vertical y horizontal de los servicios.

La fragmentación es determinada por un entramado causal del cual forman parte:

- Debilidades y escasa regulación de los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre el primer nivel de atención, los servicios especializados para consultas o estudios y los niveles hospitalarios de internación de diverso nivel de complejidad; comprometen la continuidad de la atención tanto en ASSE como en las IAMC en grados diversos.
- Un modelo de atención en el que los médicos tratantes, médicos de referencia, no están investidos de la responsabilidad y no asumen la gestión del proceso asistencial de sus pacientes en los diversos niveles de atención que estos deben transitar en el devenir de su proceso diagnóstico y terapéutico; el "pase" a otro profesional o nivel institucional esta naturalizado, exonera de responsabilidad y fragmenta la atención, dejando al paciente librado a los avatares de las barreras institucionales existentes para lograr la atención requerida.
- Distintas formas de competencia entre prestadores determinan barreras en la utilización de la capacidad instalada en los diferentes departamentos, obligando traslados o desplazamientos a unidades asistenciales alejadas o concentradas en la capital del país. En ocasiones la primacía de una lógica competitiva y de mercado obtura procesos colaborativos que los profesionales estarían dispuestos a transitar.
- Desde la rectoría persiste el desafío de permear la toma de decisiones de los gestores para que asuman que todas las instituciones no pueden tener todo, en lo que refiere a servicios. Es necesario avanzar en la racionalización de los recursos humanos calificados. Esto adquiere expresiones varias como el desafío con los traslados por accidentes de tránsito en rutas nacionales, los inaceptables tiempos de espera para algunos estudios y especialistas, la duplicación de maternidades que son ineficientes por la baja demanda de partos en algunas localidades que debilitan las curvas de aprendizaje de sus equipos de salud. Todo indica que la profundización de la reforma pasa por articulación de prestadores públicos y privados en territorio.
- Otras causas contribuyentes a la fragmentación se vinculan al predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos o poblaciones específicas, así como un modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intrahospitalario. Se hace necesario rediseñar los modos de organizar los recursos a efectos de superar la compartimentación que implica la "institucionalización" de los programas como líneas de trabajo independientes e inconexas, prescindentes de la articulación interinstitucional y de los imperativos que surgen del entramado sociocultural y los determinantes existentes en el territorio.



Problema 1

Persisten elementos de fragmentación del sistema que comprometen la oportunidad, la continuidad y la equidad de la atención.

No se han implementado suficientemente las estrategias de complementación en territorio para racionalizar los recursos, para evitar carencias y superposiciones.

Una de las alternativas para abordar el problema de la fragmentación es el **impulso de acuerdos de complementación asistencial**[45] entre los diferentes tipos de proveedores del sistema, tanto para la instalación de nuevos servicios como para la adecuación de las estructuras ya existentes. Este tipo de acuerdos refuerza las posibilidades de construcción de redes integradas de servicios de salud (RISS), el uso eficaz y eficiente de los recursos y, en definitiva, la equiparación de condiciones de atención en salud de calidad para todos los habitantes del país.

Considerar al instrumento de la complementación como uno más dentro de un amplio repertorio posible no implica desconocer la complejidad que tiene su utilización. Es complejo porque, en el plano conceptual, refuerza la búsqueda de prácticas cooperativas en un escenario caracterizado históricamente por la diferenciación entre proveedores y la competencia empresarial. Y, desde un punto de vista operativo, porque su utilización corresponde allí donde lo indique el análisis combinado de, al menos, tres factores: a. ***las necesidades de salud de la población*** (y los elementos que las hacen variar a lo largo del tiempo –sociodemográficos, productivos, ambientales, etc.); b. ***los recursos existentes*** (materiales, humanos, de infraestructura social-vial, por ejemplo) y c. ***los objetivos de política sanitaria*** planteados por el rector sectorial.

Por lo tanto, el impulso de acuerdos de complementación le impone al MSP el desarrollo de nuevas capacidades e instrumentos que le permitan orientar los cambios, contribuyendo a la construcción de un sistema de salud efectivamente integrado. En consecuencia, se hace necesario que entre los primeros insumos a desarrollar estén el relevamiento exhaustivo y dinámico (actualizable) de las capacidades instaladas en el país y, también, el diagnóstico de necesidades de salud de la población con criterio territorial.

Las **rutas de salida para las problemáticas de fragmentación del sistema y de los servicios en el SNIS** exigen **innovaciones**. Estas parecen estar vinculadas al fortalecimiento de las estrategias de complementación entre prestadores y la organización de la atención con base en modalidades que aseguren una atención longitudinal de los equipos de salud a la población que tienen asignada, particularmente en lo que refiere a la infancia y a la atención de las ENT. Esto implica la premisa de asignar población a equipos de salud, que es un atributo esencial de las redes integradas de servicios de salud (RISS).

Innovar el modelo de atención significa, además, desarrollar capacidades en los efectores territoriales para promover la salud, prevenir daños y enfermedades, limitar la discapacidad y crear las condiciones para convivir con las condiciones crónicas.

Asumir que las personas y los equipos de salud deben convivir con las condiciones crónicas es un aspecto crítico para innovar el modelo de atención, debido a la prolongación de la vida y la alta prevalencia de enfermedades y condiciones crónicas en la población. Exige a los profesionales nuevas actitudes, competencias y prácticas clínicas renovadoras, que además de prevenir y curar, deben ser capaces de acompañar a un conjunto de usuarios bajo su responsabilidad, que vive con una o varias condiciones crónicas.[45]

En este sentido, **modalidades de atención longitudinal** contribuyen fuertemente a una atención de calidad y la satisfacción de usuarios y profesionales:

- El acompañamiento a lo largo del tiempo y en las distintas contingencias asistenciales del usuario, de la familia o comunidad por parte del profesional o el equipo de salud, implica "estar con" los individuos, las familias y las comunidades.
- El vínculo entre el individuo (y su familia) y el profesional (y el equipo) que le brinda cuidados se gesta y fortalece en varios encuentros, en una relación usuario-equipo de salud tan larga como la vida del paciente o su decisión de mantenerse vinculado a ese profesional o equipo de salud.
- Crear un sistema de alianzas y de confianza habilitada por una organización y una dinámica de los servicios en la lógica del médico de cabecera, que se ha replanteado en el médico de referencia, y se hace más integral con la participación de equipos de salud en las unidades asistenciales de base territorial.

45. El Contrato de Gestión firmado en 2011 entre la JUNASA y los Prestadores Integrales de Servicios de Salud, establece que: "Se entiende por complementación de servicios y acciones de salud, la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerdes y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina" (Decreto 81/012, disposición general trigésimo cuarta).

Aspectos vinculados a la gestión del acceso[46]

En el marco de la Reforma del Sistema de Salud se han elaborado desde el Ministerio de Salud Pública diferentes instrumentos para mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema y promover cambios en los modelos de atención y de gestión. Es necesario continuar desarrollando y promoviendo diferentes herramientas desde la macrogestión del sistema, potenciando el papel de la participación social en la misma y fortaleciendo la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria. Sin embargo, es a nivel de la gestión llevada adelante en los propios prestadores y servicios por sus gestores y administradores, a nivel organizacional o mesogestión, así como en el desarrollo de la práctica individual, médica y de otros profesionales y técnicos, y de los equipos de salud en la microgestión, donde se materializan las acciones necesarias para impactar en el desarrollo de los nuevos modelos y lograr un acceso más oportuno y de calidad a la atención en salud.

La nueva institucionalidad que surge a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud propicia un accionar sinérgico entre los diferentes actores del sector, donde las responsabilidades de cada nivel de gestión confluyan en una estrategia común que tiene como objetivo final garantizar el derecho a la salud de toda la población. La interacción entre los tres niveles de gestión afecta los procesos y los resultados.

Desde la autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud Pública, incluyendo a la Junta Nacional de Salud, la contribución es desde la formulación de ejes orientadores y la coordinación de esfuerzos, la evaluación y el monitoreo de los avances y dificultades.

Desde la gestión de los servicios de salud, la responsabilidad implica conocer tanto las demandas específicas de la población a cargo de cada prestador como sus necesidades de atención en salud. Las demandas y las necesidades no siempre coinciden en un mundo de incertidumbres e importantes asimetrías de información como es el sector salud. La organización y gestión de los servicios deberá entonces adaptarse a esas necesidades, procurando una atención oportuna y de calidad. La participación de trabajadores y usuarios en la mejora de los procesos resulta entonces clave en el nuevo modelo de gestión, aprovechando la experiencia de la práctica diaria, para realizar un mejor uso de los recursos, que redundará en mejores resultados en salud y mayor satisfacción de todos los actores involucrados. Existen en este sentido, innumerables ejemplos de mejoras, de buenas prácticas que han logrado mejorar el acceso, disminuir los tiempos de espera, priorizar la atención según necesidades, entre otras, que deben ser compartidas y puestas en práctica adaptándolas a las condiciones de cada prestador.

A nivel de la microgestión, en la práctica clínica, profesional y administrativa, también hay muchas acciones que resultan en mayor satisfacción de la población usuaria, mayor efectividad y eficiencia y, finalmente, sin duda, en mejores resultados en salud.

46. Basado en: Gestión del acceso oportuno y de calidad. Ministerio de Salud Pública – Diciembre 2014.

Necesidades de salud de la población y demanda de atención

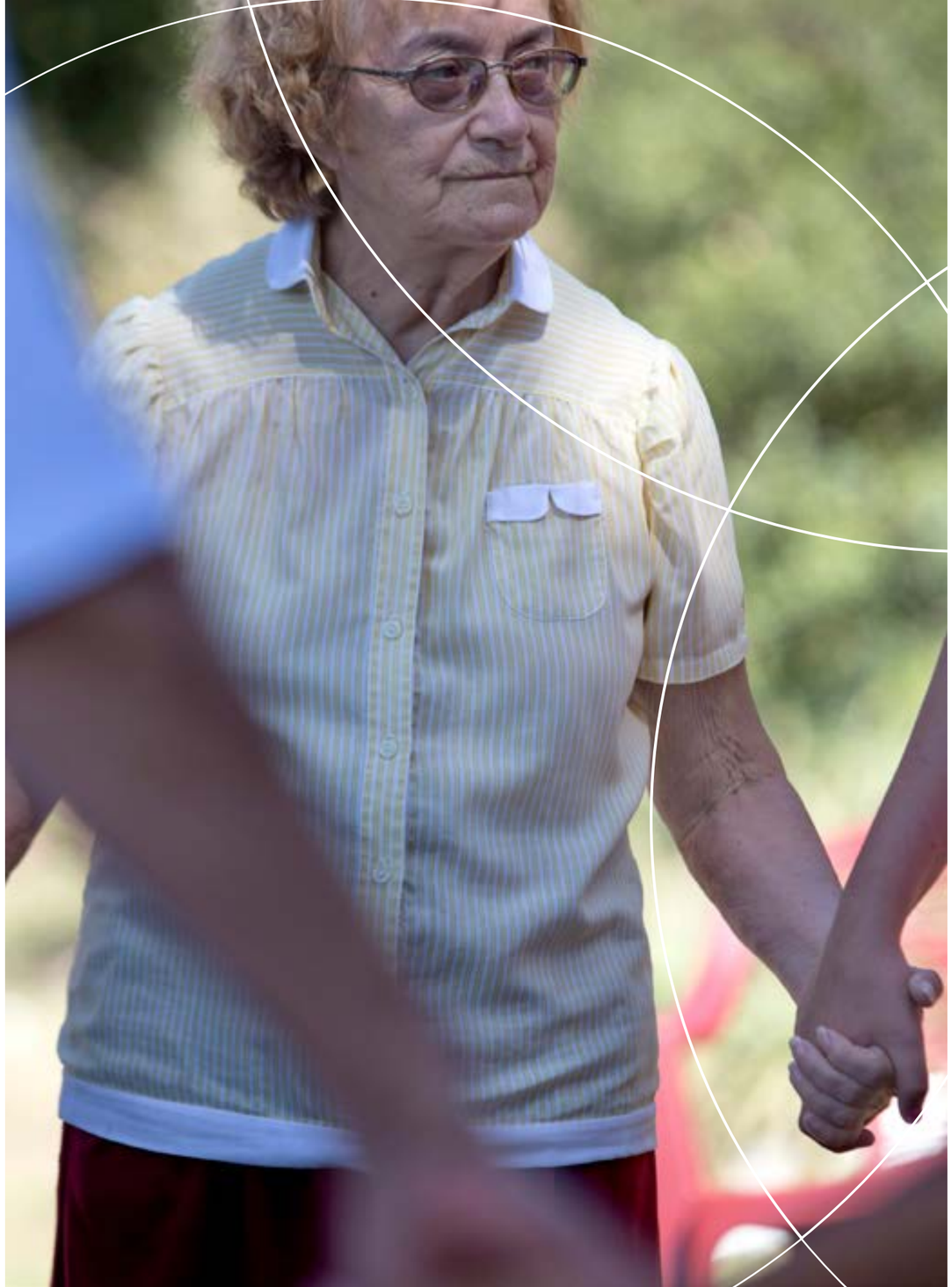
Es necesario diferenciar las necesidades de salud de determinada población de la demanda de atención. A su vez, también es importante no confundir demanda con utilización. La utilización de los servicios refleja la demanda que efectivamente se resolvió, pero oculta la demanda insatisfecha, aquella que no pudo resolverse por diversos motivos. El logro de un acceso más oportuno y de calidad a la atención en salud requiere conocer y diferenciar cada uno de estos conceptos.

En particular y en primer término, es imprescindible conocer el estado de salud de la población para poder determinar sus necesidades. Se carece de diagnósticos de situación de salud a nivel de los prestadores, dificultando la elaboración de diagnósticos departamentales o por localidad que posibiliten un conocimiento más afinado de las necesidades de salud en cada territorio y permita entonces, emprender acciones y diseñar políticas más efectivas y eficientes. En particular gran parte de los prestadores no cuentan con Unidades de Epidemiología.

Los datos de utilización de servicios, en particular de los prestadores integrales, están disponibles en el MSP desde hace tiempo y en los últimos años se ha avanzado en completitud, oportunidad y calidad. Resta mejorar la apertura de los servicios reportados y georreferenciar la información.

Respecto al conocimiento de la demanda de atención, es recién a partir del año 2013 que comienza a implementarse el Sistema de Agenda de Consulta Externa (resolución ministerial, ordenanza N.° 603). Esta herramienta surge a partir de la necesidad del desarrollo de un método estandarizado para medir y reportar tiempos de espera, así como identificar la demanda insatisfecha y poder actuar sobre ella. Con anterioridad, la información existente en los prestadores de salud no permitía medir con transparencia y en forma estandarizada los posibles tiempos de espera para cada servicio demandado. Luego de dos años de iniciado su uso, se han registrado importantes avances en la implementación del sistema, más allá de situaciones heterogéneas entre los diferentes prestadores, y también las mediciones muestran mejoras en los tiempos de espera reportados así como en la gestión de las agendas. Sin embargo, se han identificado diversas limitaciones que hacen necesario introducir modificaciones tanto en la normativa vigente como en los objetivos de la herramienta. Se trata de sistema con una gran potencialidad que requiere de ajustes que permitan conocer la verdadera demanda insatisfecha y generar listas de espera, así como continuar estandarizando criterios y compartiendo buenas prácticas de priorización de pacientes.

El desarrollo de sistemas de información que apoyen la toma de decisiones, tanto a nivel del regulador como de los propios gestores de los servicios, ha avanzado en los últimos años. Sin embargo, resulta aún insuficiente para alcanzar una gestión más eficaz y eficiente de los recursos tanto humanos como materiales, mejorando los tiempos y calidad del acceso en todo el proceso de atención.



Se ha avanzado en la estandarización y normalización de los datos, tanto en los reportes solicitados por el MSP a los prestadores como a través de la participación de todos los actores del sector salud en el Proyecto Salud.uy, que tiene como su principal línea de acción el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica Nacional. De esta forma se verán facilitadas la coordinación y complementación entre diferentes prestadores, aportando a la atención en redes que acerquen los servicios y acciones de salud a los usuarios. Es necesario continuar con el esfuerzo iniciado en el cual no solamente se favorecerán el funcionamiento en red del sistema y la trazabilidad de los pacientes, sino también algunas funciones de rectoría del sistema.

Problema 2

Existe un escaso conocimiento de las necesidades de salud de la población usuaria de los servicios, tanto aquellas que podrían verse reflejadas a través de la demanda insatisfecha como las resultantes de sus condiciones de salud, aspectos epidemiológicos, sociales, de localización geográfica, entre otros.

El desarrollo de los sistemas de información tanto a nivel de la autoridad sanitaria como de los prestadores de servicios de salud, no permite aún el diseño, evaluación y monitoreo de políticas de forma oportuna y efectiva.

Tiempos de espera y buenas prácticas de gestión del acceso

Mejorar el acceso a la atención en salud implica tener en cuenta las necesidades de salud, la demanda realizada por los usuarios y la capacidad de oferta de los prestadores.

Los usuarios recurren a los servicios de salud por diversos motivos y sus expectativas sobre la oportunidad y calidad de la atención dependerán de diversos factores. La espera representa para ellos un costo en tiempo y en muchos casos incertidumbre sobre su condición de salud.

Diversas estrategias llevadas adelante en la Reforma, como la baja de tiquets y órdenes, la gratuidad de consultas para prevención, la estrategia de médico de referencia, las metas asistenciales tanto en mujer como en niñez, incorporando luego al adulto mayor y, finalmente adolescentes y adultos, con énfasis en controles y rutinas preventivas, así como la difusión de derechos, han incrementado el acceso de los usuarios y, como consecuencia, han aumentado la demanda.

Por otra parte, desde el lado de la oferta, no es posible que los prestadores puedan ofrecer todos los servicios en el mismo momento en que son demandados. Implicaría disponer de recursos humanos y materiales que pueden no estar disponibles. La oferta de algunas especialidades médicas así como personal de enfermería y otros técnicos es limitada, agudizándose el problema en el interior del país. Pero aún en el caso hipotético de que los recursos disponibles fueran suficientes para satisfacer en forma inmediata la demanda, implicaría altísimos costos.

Es necesario entonces encontrar un equilibrio entre los costos del usuario asociados a la espera y la incertidumbre y los costos que cada prestador y el país en su conjunto pueden afrontar. La estrategia común desde los tres niveles de gestión del sistema debe, por lo tanto, orientarse a realizar el mejor uso posible de los recursos disponibles.

Nuevamente, las necesidades de salud deberían ser el único determinante de la prioridad de atención, evitando cualquier otra barrera al acceso. Será necesario, entonces, priorizar la atención de forma que el estado de salud de los usuarios determine el grado de urgencia o el tiempo de espera posible.

Desde el año 1990 comienzan a regularse en el país los tiempos de espera máximos para algunas especialidades. Sin embargo, los controles sobre su cumplimiento han resultado casi imposibles por la inexistencia de información confiable al respecto. Como ya fuera señalado, uno de los objetivos del Sistema de Agenda de Consulta Externa que comienza a implementarse en el año 2013 es precisamente contar con criterios homogéneos que permitan cuantificar los tiempos de espera.

La normativa vigente plantea algunos problemas en la medida en que está definida de la misma manera para todos los prestadores integrales, públicos y privados y sin importar su localización geográfica. A su vez, no considera criterios de priorización según condiciones de salud u otros criterios. Por esta razón, resulta posible mejorar la reglamentación a la luz de la nueva información disponible y tendiendo a la conformación de listas de espera que permitan una mejor gestión del acceso en función de las necesidades de salud.

Por otra parte, es necesario poner en común con la población los conceptos, especificidades y dificultades que la temática presenta, contando para ello con los espacios de participación y comunicación que ha propiciado la creación del SNIS.

Problema 2

No se ha resuelto aún la tensión entre normativas, expectativas de los usuarios y respuesta de los prestadores, respecto a los tiempos de espera adecuados, atendiendo a la disponibilidad de recursos y los costos el país en su conjunto puede soportar.

Es insuficiente la información disponible y, por tanto, el diagnóstico sistematizado sobre los tiempos de espera y sus determinantes para los distintos servicios y prestaciones (consultas, intervenciones quirúrgicas, estudios, etc.), en diferentes situaciones (gravedad del caso, condición socioeconómica, localización geográfica, etc.). De esta manera no se ha avanzado hacia la definición de estándares deseables y posibles relacionados con las poblaciones y el territorio.

No se ha generalizado la gestión de la espera con base en criterios de priorización de la atención de forma que el estado de salud de los usuarios determine el grado de urgencia o el tiempo de espera posible.

Buenas prácticas en gestión del acceso

Es posible encontrar en nuestro país diversos ejemplos de acciones y prácticas desarrolladas a nivel de la gestión institucional, meso y microgestión, que han resultado en una atención más oportuna a la población. Lo mismo ocurre a nivel internacional, en donde los temas relativos a la gestión de la espera, tanto de las listas como de los tiempos, es uno de los aspectos que ha recibido mayor atención por tratarse de un problema generalizado en todos los sistemas de salud, impactando en la calidad y equidad de los cuidados y resultados en salud.

Algunos ejemplos de estas buenas prácticas refieren a:

- **Estrategias destinadas a la priorización** de aquellos pacientes que están esperando un determinado servicio. Una priorización adecuada de pacientes no incide directamente sobre los indicadores de lista de espera, pero sí actúa sobre la eficiencia y la equidad de su gestión. La experiencia identifica criterios tanto clínicos como sociales o diferentes combinaciones. Estas estrategias pueden ser administradas a partir de **Unidades de evaluación y clasificación de interconsultas, técnicas y procedimientos.**

- **Consultas de alta resolución.** Su objetivo es realizar el mismo día la consulta y las pruebas complementarias indicadas y completar un informe de asistencia. Suele aplicarse en algunas especialidades (ejemplos: neumología, cardiología, urología, neurología).

- **Protocolos de referencia y contrarreferencia.** La reorganización y optimización del uso de los recursos ha demostrado ser una medida que impacta positivamente en la disminución de las listas y tiempos de espera. Para ello se requiere de una mayor coordinación e integración entre los diferentes niveles de atención y a la interna de estos.

- **Protocolos de atención y guías de práctica clínica.** Ayudan a disminuir la variabilidad de la práctica médica determinada fundamentalmente por la incertidumbre de los procesos de salud y enfermedad, por la escasez de recursos o por presiones externas.

Más allá de reconocer la existencia de diversos ejemplos a nivel nacional de prestadores que aplican una o varias de estas prácticas, no existe un relevamiento y conocimiento generalizado de las mismas. Tampoco se conocen sus impactos en la satisfacción de los usuarios y los trabajadores del sector ni incluso, en los costos de las instituciones. La identificación de estas buenas prácticas y su difusión, así como el análisis de su aplicabilidad a diferentes prestadores, representan oportunidades de mejora de la calidad de la atención centradas en una mejor gestión del acceso.

Finalmente, la importancia de las estrategias de comunicación con la población tanto por parte de los propios servicios de salud como de las autoridades del sistema, constituye un elemento destacado para la comprensión de los problemas y el conocimiento de derechos y responsabilidades.

Problema 3

No existe una experiencia compartida sobre la implementación de buenas prácticas de gestión del acceso y sus resultados.

La comunicación y la difusión de derechos y responsabilidades, así como el diseño y evaluación participativos de diferentes medidas que aporten a un acceso más equitativo y oportuno a los servicios, son aún de escaso desarrollo.

Recursos humanos en salud[47]

Los recursos humanos son la esencia misma de las prestaciones sanitarias. Su cantidad y calidad, así como su distribución y organización determinan en gran medida la calidad y oportunidad de los servicios que se prestan.

Los problemas planteados anteriormente vinculados a la fragmentación del sistema de salud, la gestión del acceso y la oportunidad, continuidad y equidad de la atención, tienen su correlato en problemas vinculados a los recursos humanos.

En este sentido, podemos identificar cuatro grandes problemas: distribución territorial, distribución entre prestadores, composición de los recursos humanos y fragmentación del trabajo entre y dentro de los prestadores.

En primer lugar, la distribución de los recursos en el territorio está caracterizada por una fuerte concentración en la capital del país y en las zonas urbanas del interior.[48] El tema de la distribución territorial es complejo y multicausal y su análisis debe exceder los lugares comunes y partir de diagnósticos que excedan indicadores generales. En términos generales, el acceso a recursos humanos calificados por parte de la población está determinado por las condiciones de trabajo, las necesidades de la población y la organización de los servicios de salud. Las condiciones de trabajo inciden linealmente en la disponibilidad por medio de la dedicación horaria de los trabajadores. Por otra parte, la equidad en el acceso implica que la disponibilidad de recursos esté asociada a las necesidades de salud, vinculadas a aspectos epidemiológicos y de determinantes sociales en salud. Por último, el acceso no debe confundirse con proximidad geográfica. La responsabilidad del SNIS es brindar acceso a la población de manera eficiente, lo que implica analizar qué recursos deben tener proximidad geográfica y cuáles necesitan un escala mayor y, por ende, una organización regional o de centros de referencia. La función del regulador es mejorar el acceso en ambos casos.

En segundo lugar, existen problemas en la composición de esos recursos humanos en lo que refiere a enfermería y a algunas especialidades médicas. En nuestro país las licenciadas en Enfermería son uno de los recursos relativamente más escasos, lo que tiene un fuerte impacto en la calidad de la atención y los cuidados y en la eficiencia del sistema. Si bien han aumentado las dotaciones en los últimos años, fruto de los esfuerzos realizados desde la Facultad de Enfermería, las dificultades aún persisten. En lo que refiere a las especialidades médicas, existen algunas que en general son consideradas "críticas" por contar con un número reducido de profesionales formados. Esto *per se* no es un problema, en la medida que son en general especialidades cuyo ámbito de ejercicio profesional está asociado a enfermedades de baja prevalencia. En este caso hay dos tipos de problemas Por un lado, la baja cantidad de recursos humanos formados se traduce en este caso en escasez relativa porque se conjuga con los problemas de fragmentación del mercado de trabajo que se describirán más adelante. Por otro lado, la existencia de pocos especialistas formados puede ser un problema en sí mismo en la medida que genera pequeños grupos de poder que están a cargo de todo el proceso de formación e inserción laboral anulando de esta manera la capacidad rectora del MSP e, incluso, de las propias instituciones rectoras de los aspectos formativos como la UdelaR.

47. Basado en el documento "Componentes estratégicos de la planificación de la estrategia nacional de RR. HH. en la salud". DEMPESA – MSP. 2011

48. A modo de ejemplo, Montevideo cuenta con cerca de 8 médicos cada 1.000 habitantes y cerca de 9 enfermeras cada 1000 habitantes, mientras que en el interior estos ratios disminuyen a 2 y 6 respectivamente.

En tercer lugar, existe una importante fragmentación de los cargos inter e intrainstitucionalmente. En el subsector privado, los médicos tienen en promedio 3 cargos dentro de una misma institución y las enfermeras 2,6, y si consideramos el conjunto del sistema estos valores se elevan a 4,9 y 2,7 respectivamente. Esto determina valores de multiempleo que superan el 60% en el caso de los médicos y el 30% en enfermería.

En el caso de los médicos, los laudos existentes en el sector privado determinan cargos de baja carga horaria, diferenciados por actividades, "unifuncionales", lo que repercute en una alta fragmentación de la actividad dentro de las instituciones prestadoras de salud y altos niveles de multiempleo que opera en detrimento de la continuidad y longitudinalidad en la atención.

En el caso de enfermería, los cargos son de mayor dedicación horaria, por lo que las causas del multiempleo seguramente radiquen en los aspectos salariales o vinculados a condiciones de trabajo y organización de los servicios de salud.

Por otra parte, existen problemas en la distribución intersectorial de los recursos humanos, no solo entre los subsectores público y privado, sino también al interior del subsector público. La existencia de regulaciones diferentes en materia de recursos humanos determina sistemas de remuneración y niveles salariales dispares. Esto repercute directamente en las dotaciones relativas de recursos humanos generando inequidades en el acceso a los servicios de salud, no solo en términos de cantidad sino también de calidad de los recursos que atraen.

En el período posdictadura el subsector público no era competitivo en materia de atracción de los recursos humanos, pero a partir de 2005, que los salarios de ASSE comienzan a tener importantes incrementos, la existencia de diferentes laudos entre subsectores genera espirales salariales en la competencia por los recursos humanos disponibles en el país. Este mecanismo circular conlleva a un incremento desregulado del gasto en salud que genera fuertes ineficiencias en el sector.

Los equipos de salud en el primer nivel[49]

El desarrollo de equipos de salud de primer nivel basados en un enfoque de APS se identifica en este contexto como una política articuladora de muchos de los problemas identificados. Esta estrategia debería permitir mejorar la distribución de los recursos humanos en el territorio, garantizar equidad en el acceso a los mismos, adaptarse a las necesidades específicas de salud de las distintas poblaciones, avanzar en el cambio de modelo de atención, mejorar la organización de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contra referencia para garantizar la continuidad asistencial.

El enfoque de APS es considerado un elemento sustancial en los sistemas de salud, particularmente porque constituye y encierra la noción de primer nivel de atención. El primer nivel de atención de manera resumida puede ser concebido como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario. El primer contacto refiere: a la organización del conjunto de recursos humanos (Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención - ESPNA) y procedimientos tecnológicos, utilizados para solucionar las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en materia de salud de una población. El buen desempeño del ESPNA está relacionado con su habilidad de llevar a cabo su trabajo y de manejarse coordinadamente, asumiendo ciertas responsabilidades a la hora de tomar decisiones en pro del beneficio de los usuarios y de la calidad asistencial.

Los equipos de salud de primer nivel deben, por un lado, garantizar el acceso de recursos mínimos a toda la población y, por otro lado, reconocer e incorporar las necesidades específicas de las poblaciones de acuerdo a su realidad epidemiológica y socioeconómica. En este sentido, es pertinente plantear una subdivisión del ESPNA en dos unidades: el equipo de proximidad (EP) y el equipo del primer nivel (EPN).

El EP se constituye como la puerta de entrada al sistema, su integración es la misma a nivel nacional y estará dada por médico general y pediatra (o médico de familia) y licenciada en enfermería (o auxiliar, de acuerdo a la disponibilidad de recursos). Este equipo deberá ser responsable de su población referenciada, proveerle accesibilidad a los servicios de salud y estimular la utilización de dichos servicios cuando surja una necesidad sanitaria.

El EP es una parte importante dentro del primer nivel de atención, pero no es en definitiva el primer nivel, ya que lo que desarrolla el equipo son funciones estructuralmente utilitarias para el cumplimiento de las otras dos dimensiones que componen este nivel: facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema y asegurar la integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente.

La **función de puerta de entrada** que desarrollará el EP resulta esencial para la eficiencia del sistema ya que disminuye la (sobre) demanda en los otros niveles. Pero evidentemente la eficiencia no significa que haya que convertir al EP en una barrera; por el contrario, al ser este el equipo referente del usuario deberá poseer capacidades resolutivas. La coordinación en el primer nivel de atención es fundamental para la consecución de tres componentes básicos, como son la accesibilidad, la longitudinalidad y la integralidad. La esencia de la coordinación

49. Basado en "Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. División Recursos Humanos del SNIS". DT 01/14. ISSN: 1688-8235. MSP. 2014.

es la disponibilidad de información acerca de los problemas previos y de los servicios utilizados. La base estructural para el mantenimiento de este proceso es la continuidad asistencial garantizada por la atención del mismo EP, cuyas vías de comunicación le permitirán actuar en conjunto

El EPN tiene una integración flexible que deberá adaptarse a las necesidades sanitarias de cada población, con la particularidad de poseer un componente fijo definido por la autoridad sanitaria.

El ESPNA deberá responder a las exigencias sanitarias de la población, trazarse objetivos claros, desarrollar actividades propias del mismo, haciéndolo desde una perspectiva interdisciplinar y con una integración multiprofesional, con orientación individual, familiar y comunitaria, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

El aspecto esencial del trabajo en equipo se debe asumir atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, garantizando la atención integral de la persona, por lo que la actividad se focalizará en la gestión por procesos, donde el punto de atención es la persona y sus necesidades; entablando una relación de confianza entre el equipo y el usuario, una relación basada en acuerdos entre ambas partes.

Los equipos deberán desarrollar sus funciones asegurando el máximo nivel de resolutividad, brindando un trato digno, respetuoso y de cercanía con el usuario y la familia, aplicando el código ético de cada disciplina, con la comunicación adecuada y pertinente de la información y orientación precisa acerca de la oportunidad, uso y acceso a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

La referenciación a los ESPNA

Actualmente no existe regulación alguna sobre la metodología a utilizar para la referenciación de la población a un médico o equipo del primer nivel de atención.

A la hora de definir la forma de referenciación de la población hay que tener en cuenta las siguientes premisas:

1. Libertad de elección del usuario
2. Carga horaria de los trabajadores
3. Tiempos de espera

A la hora de referenciar, existen diferentes alternativas. En primer lugar, puede no establecerse límite a la capacidad de los equipos de salud en la referenciación, que es como funciona actualmente el sistema. En este caso el ajuste se termina dando a través de los tiempos de espera.

En segundo lugar, el regulador puede definir centralmente el número máximo de usuarios referenciados por equipo. En este caso el problema es que pueden existir sesgos por riesgo entre equipos que determinen cargas de trabajo muy disímiles. Una posibilidad es considerar el sexo y la edad para hacer el ajuste a la hora de determinar el número máximo de referencia. Si bien este mecanismo mejora la asignación del trabajo entre los equipos no logra evitar que se concentre, por ejemplo, población con enfermedades crónicas en algunos equipos.

En síntesis, se considera que la mejor opción es que el tope de población referenciada se realice a nivel micro, tomando en cuenta las características poblacionales y evitando que el ajuste se realice a través de los tiempos de espera.[50]

La regulación de la cantidad de población referenciada a cada médico o equipo de salud es un aspecto crucial vinculado a la gestión de acceso, que implica asociar la población asignada a la capacidad real de los equipos de salud de brindar una atención oportuna y de calidad a sus usuarios.

Problema 3

Existen importantes problemas de fragmentación en el mercado de trabajo que se traducen en inequidades en el acceso a los servicios de salud y determinan escaseces relativas de recursos en casos en que la oferta es suficiente.

Los regímenes de trabajo no se alinean a los objetivos sanitarios y operan en detrimento de la continuidad y longitudinalidad de la atención.

No están implementados equipos técnicos que configuren una puerta de entrada al sistema.

Son deficitarias las vías de comunicación para permitir actuar en conjunto a los equipos de primer nivel con los otros niveles de complejidad de la red asistencial.

Hay escaso desarrollo de los criterios y no se dispone de regulación suficiente sobre las condiciones para la referenciación de la población a un médico o equipo del primer nivel de atención. No se estimula en forma suficiente la complementación para asegurar la posibilidad de referenciación en todo el territorio.

50. Un mecanismo de referenciación de este tipo se encuentra en los acuerdos de Consejo de Salarios vinculados a los CAD médicos.

Bibliografía consultada por áreas temáticas

Consumo de **tabaco**

1. Instituto Nacional de Estadística. Principales resultados Encuesta Continua de Hogares. 2014
2. Junta Nacional de Drogas. 6ta. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2014
3. Ministerio de Salud Pública. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (STEPS). ECNT. MSP. Uruguay. 2015
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centers of Diseases Control and Prevention. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística. Global Adults Tobacco Survey (GATS). Uruguay. 2009
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centers of Diseases Control and Prevention. Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Drogas. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Uruguay. 2015
6. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. Abascal *et al.* The Lancet, 2012.

Alimentación **saludable**

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares 2005-2006. Los alimentos y las bebidas en los hogares. 2008
2. Ministerio de Salud Pública. 2.ª Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2013. MSP. 2015.
3. Ministerio de Salud Pública 2.ª Encuesta Mundial sobre Salud en Estudiantes. 2012
4. Organización Mundial de la Salud. Fact sheet N° 394 "Healthy diet" Mayo 2015
5. Organización Panamericana de la Salud. Jacoby E. Consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública. Esta hoja informativa se basa en resultados de un proyecto de investigación encargado por OPS NMH/Risk Factors Unit al Dr Jean-Claude Moubarac (U. de São Paulo/U. de Montréal).
6. Tesis Magister en Nutrición. Ing. Alim. Lara Taroco. Estimación de los efectos de una disminuciónón en el contenido de sal de los panificados sobre la salud cardiovascular.

Sedentarismo y **actividad física**

1. Ministerio de Salud Pública. 2.ª Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles 2013. MSP. 2015.
2. Ministerio de Salud Pública 2.ª Encuesta Mundial sobre Salud en Estudiantes. 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Fact sheet N.° 385 "Physical Activity". Enero 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.

Nutrición en la **primera infancia**

1. Bhutta, Z. A.; Ahmed, T.; Black, R. E.; Cousens, S.; Dewey, K.; Giugliani, E.; Haider, B. A.; Kirkwood, B.; Morris, S. S.; Sachdev, H. P.; Shekar, M.; Maternal and Child Under-nutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child under-nutrition and survival. Lancet 2008 Feb. 2;371(9610):417-40. doi: 10.1016/ S0140-6736(07)61693-6.
2. Bove, M., Cerruti, F. (2011). Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. En niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. Montevideo: MSP-MIDES-RUANDI-UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf
3. Cunningham, S. A.; Kramer, M. R.; Venkat-Narayan, K. M. Incidence of childhood obesity in the United States [en línea]. N Engl J Med 2014; 370(5):403-411.
4. Daniels, S. R.; Arnett, D. K.; Eckel, R. H.; Gidding, S. S.; Hayman, L. L.; Kumanyika, S. *et al.* Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. [en línea]. Circulation 2005;111:1999-2012 (AHAScientific Statement) .
5. Durán P. Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver. Arch Argent Pediatr 2007; 105(6):488-490.
6. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and-middle-income countries: a systematic review. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, *et al.* Am J Clin Nutr 2012 Aug
7. Frente Amplio (2014). Bases Programáticas Tercer Gobierno Nacional del Frente Amplio. 2015-2020. Disponible en: http://www.vertiente.org.uy/web-new/documentos/Bases_FA_2015-2020.pdf
8. Ministerio de Salud Pública. SIPNUT. Programa desarrollado por el Programa de Nutrición.
9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/
10. Naciones Unidas. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/mdgs/
11. Organización Mundial de la Salud. FAO (2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición. Disponible en: http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf

12. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO,
13. Parasitosis intestinal en escolares. Hacia una respuesta integral desde el SNIS (2011). Montevideo: División Salud, MSP, Cátedra de Parasitología, ASSE, ASSE-RAP, ANEP (Consejo de Primaria-Bienestar Escolar-Educación para la Salud), Casa de Galicia, CASMU, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y GREMCA.
14. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (Comité Regional de la OMS para las Américas). OMS/OPS. 2014.
15. Rivera, J. A.; Martorell, R.; González, W.; Lutter, C.; González de Cossío, T.; Flores-Ayala, R.; Uauy, R.; Delgado, H. Grupo Técnico de Nutrición del SMS. Prevención de la desnutrición de la madre y el niño: el componente de nutrición de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Salud Pública Mex. 2011;53 supl 3:S303-S311.
16. Semiología Pediátrica. Pérez-González; García Pesamosca, A. Oficina del Libro. Fac de Medicina. MSP.
17. UNICEF (2006). La Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
18. Victora, C. G.; Adair, L.; Fall, C.; Hallal, P. C.; Martorell, R.; Richter, L.; Sachdev, H. S.; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008 Jan 26;371(9609):340-57. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61692-4.
19. Vigorito, A. y col. (2014 o 2015). Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil. Montevideo: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Instituto Nacional de Estadística y la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
20. Whitaker, R. C.; Wright, J. A.; Pepe, M. S.; Seidel, K. D.; Dietz, W. H. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity [en línea]. N Engl J Med. 1997;337:869-873.
21. World Health Organization. Iron deficiency anemia. Assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. WHO; 2001

Sustancias **psicoactivas**

1. Boidi, F. Queirolo, R. Cruz, M. (2015) Marijuana Consumption Patterns among Frequent Consumers in Montevideo. Paper presented at the 9th Conference of the International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP), Belgium
2. Secretaria Nacional de Drogas (2014) Sexta encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf
3. Secretaria Nacional de Drogas (2015) VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_encuesta_hogares_2015.pdf
4. Secretaria Nacional de Drogas (2015) La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos. Disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta_tratamiento_Uruguay_OUD_2015.pdf

Enfermedades cardiovasculares **no transmisibles**

1. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay. Montevideo. 2012.
2. Ministerio de Salud Pública. Estudio de Carga Global de Enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de Riesgo o de Carga Atribuible a Factores de Riesgo. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT). MSP. 2015.
3. Ministerio de Salud Pública. 2.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. PPENT. MSP. 2015.
4. Organización Mundial de la Salud. Hoja descriptiva "Enfermedades No Transmisibles" Enero 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014.
6. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2014.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos. OMS. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112396/1/9789243548395_spa.pdf?ua=1
8. Organización Mundial de la Salud. Hoja descriptiva "Enfermedades Cardiovasculares". Enero 2015.

Cáncer

1. GLOBOCAN. IARC. Online analysis, mayo de 2015. http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx
2. Resumen de la situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Mayo 2015. Registro Nacional de Cáncer. CHLCC.
3. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles Montevideo, en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf 20068.
4. Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Uruguay 2014. http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf
5. Uruguay. Informe sobre el control del tabaco. OPS. 2011.
6. OMS: Marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, en: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es
7. Programa de prevención del cáncer de cuello uterino "Dr. Enrique Pouey". CHLCC. Informe del cumplimiento de la ordenanza N.º 466 del MSP. Noviembre de 2014.
8. Berterretche, R. *et al.* Análisis del equipamiento médico instalado para la detección precoz del cáncer de mama en Uruguay. 2008. www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx.
9. Carol A. Parise and Vincent Caggiano, "Breast Cancer Survival Defined by the ER/PR/HER2 Subtypes and a Surrogate Classification according to Tumor Grade and Immunohistochemical Biomarkers," *Journal of Cancer Epidemiology,* vol. 2014, Article ID 469251, 11 pages, 2014.
10. Sonnenblick, A.; Fumagalli, D.; Sotiriou, C.; Piccart, M. Is the differentiation intomolecular subtypes of breast cancer important for staging, local and systemictherapy, and follow up? Cancer Treat Rev. 2014 Oct;40(9):1089-95.
11. Pautas de oncología médica para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento del cáncer de mama. Cátedra de Oncología Clínica, 2014. http://www.oncologiamedica.hc.edu.uy
12. Breast Cancer Treatment-for health professionals (PDQ®). NIH. National Cancer Institute. 2015. http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq

Violencia basada en **género y generaciones**

1. Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD)
2. Hasanbegovic, Claudia. Producto 1. Consultoría para el diseño de un Documento Preliminar del Plan Nacional de Lucha contra la VD y VBGG. Proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas, niños y adolescentes. Marzo 2014.
3. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002.
4. Ministerio de Desarrollo Social. Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBGG). MIDES. 2013. Disponible en http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/33876/1/resumen_de_encuesta_mides.pdf
5. Ministerio de Salud Pública. Adolescencias, un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Estudiantil, EMSE. JND. MIDES. MSP. Uruguay 2012. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012.
6. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe. CEPAL.
7. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Diciembre 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia. OMS. 2014.
9. Uruguay Informe de implementación de las recomendaciones del CEVI Segunda ronda. Agosto 2014 disponible http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-I-CE-doc.19.esp.Informe%20Uruguay.pdf
10. Violencia contra la mujer. Respuesta del sector salud. OMS. 2013.

Suicidios

1. Organización Mundial de la Salud (2014) Prevenir el suicidio. Un imperativo global. Washington, DC. OMS.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional. OPS. Washington (DC): 2014.
3. Ministerio de Salud Pública. Adolescencias: un mundo de preguntas II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. GSHS, OPS/OMS, JND, MSP, MIDES. 2012. Uruguay. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012.

Siniestralidad **vial**

1. http://anm.org.uy
2. http://unasev.gub.uy/inicio/normativa/leyes/
3. http://unasev.gub.uy/inicio/sinatran/informes_siniestralidad_vial_uruguay/
4. http://unasev.gub.uy/inicio/biblioteca/documentos_nacionales/
5. http://unasev.gub.uy/inicio/biblioteca/documentos_internacionales/
6. http://www.oisevi.org/a/
7. http://www.paho.org
8. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/index.html
9. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/index.html
10. http://www.fia.com/campaign/action-road-safety
11. http://anm.org.uy/documents/siniestrosvialesmuestrantendenciaaldescenso.pdf
12. http://anm.org.uy/documents/ELROSTROENELDA%C3%91OCORPORALANM.pdf
13. http://anm.org.uy/documents/Extractodeexposici%C3%B3nsobrMampara.pdf
14. http://anm.org.uy/documents/ParasiniestrosACU2.pdf
15. http://www.roadsafetyfund.org/Pages/default.aspx
16. http://www.eisevi3.com.ar/oisevi/conclusiones-es.html
17. http://www.cepasafedrive.com/es/
18. http://www.latinncap.com/es/

Embarazo en la **adolescencia**

1. CELADE - División de Población de la CEPAL/ONU. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. América Latina - Revisión 2015.
2. EQUIPOS MORI. "Estado de la cuestión sobre Salud Sexual y Reproductiva adolescente en el Uruguay". Uruguay 2010.
3. Frente Amplio. Bases Programáticas Tercer Gobierno Nacional del Frente Amplio 2015-2020. Objetivos programáticos y líneas estratégicas para el quinquenio 2015-2020.
4. Instituto Nacional de Estadística. Censos de población 2011 y anteriores.
5. NE/UDELAR/MIDES. "Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay/La fecundidad en el Uruguay (1996 - 2011) Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo". Fascículo 3. Uruguay, 2014 .
6. Ministerio de Salud Pública/DIGESA/UINS. Estadísticas Vitales y Estadísticas SIP.
7. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud Adolescencia y Juventud. Uruguay 2007.
8. Ministerio de Salud Pública. Guías de Abordaje a la Atención Integral de Adolescentes. Uruguay 2009. (www.msp.gub.uy/guía-de-abordaje-la-salud-integral-de-adolescentes).
9. Ministerio de Salud Pública. Historia clínica del Adolescente 2010. (www.msp.gub.uy/publicación/historia-clínica-del-adolescente).
10. Ministerio de Salud Pública. Buenas Prácticas de Atención a la salud Integral en los Espacios Adolescentes. Uruguay 2014.
11. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Espacios Adolescentes. Uruguay 2014.
12. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva- Manual de Orientación Anticonceptiva. Métodos Temporales y Permanentes. Uruguay, 2013.
13. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay, 2014.
14. Ministerio de Salud Pública. Pautas para la atención de personas con VIH en el primer nivel de atención. 2015.
15. Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay - MYSU. "Informe 2013 - Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas". Uruguay, 2013
16. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 48º Consejo directivo. 60ª sesión del comité regional. "Estrategia Regional para mejorar la salud de Adolescentes y Jóvenes". OPS/OMS Washington, D.C. Agosto, 2008.
17. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Plan Andino de prevención del Embarazo Adolescente. 2008.
18. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18.211/2007 – Reforma de la Salud: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
19. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18.426/2008 – Defensa al Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva y Cambios en el Código de la Niñez y del Adolescente respecto a la Atención. Principio de Autonomía Progresiva Adolescencia.
20. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18.437/2008 art. 74 - ley General de Educación – Defensa de los derechos de la adolescente embarazada.
21. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18.437/2008 Art. 40 Lit. G y H - La Educación sexual y la educación para la salud forman parte de las líneas transversales de toda la currícula Educativa.
22. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Ley 18.987/2012 Interrupción voluntaria del embarazo
23. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 293/ 2010 -Reglamentación de ley 18.426 - Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.
24. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 295/1997.
25. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 67/2006.
26. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 293/2010.
27. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 383/2010.
28. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 009/2011.
29. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 292/2012.
30. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 375/2012.
31. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Decreto 534/2014.
32. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Programa de Población. Materia Problemas Demográficos. 2010.
33. Universidad de la República. López, Lic. A. Pablo y Maneiro, Lic. Cristián. "Wiki Fecundidad adolescente en el Uruguay".

Humanización del **parto y cesáreas**

1. Amatya, A.; Paudel, R.; Poudyal, A.; Wagle, R. R.; Singh, M.; Thapa, S. Examining stratifi ed cesarean section rates using Robson classifi cation system at Tribhuvan University Teaching Hospital. J Nepal Health Res Counc 2013; 11: 255–58.
2. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2 (8452):436- 7.
3. Belizán, J. M.; Althabe, F.; Barros, F. C.; Alexander, S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ 1999; 319: 1397–400.
4. Betrán, A. P.; Gulmezoglu, M.; Robson, M. *et al.* WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean sections. Reprod Health 2009; 6: 18.
5. Betrán, A. P.; Vindevoghel, N.; Souza, J. P.; Gulmezoglu, A. M.; Torloni, M. R. A systematic review of the Robson clas-

sifi cation for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. PLoS One 2013; 9: e97769.
6. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Atención durante el parto.
7. Boyle, A.; Reddy, U. M. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. Semin Perinatol 2012; 36: 308-14.
8. Brown, H. C.; Paranjothy. S.; Dowswell, T.; Thomas, J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. N.º: CD004907. DOI: 10.1002/14651858. CD004907.pub3.
9. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema Informático Perinatal (SIP).
10. Cóppola, F. Cesáreas en Uruguay. Rev Méd Urug 2015; 31(1):7-14.
11. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud. 2015.
12. Gibbons, L.; Belizan, J. M.; Lauer, J. A.; Betran, A. P.; Merialdi, M.; Althabe, F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. Am J Obstet Gynecol 2012; 206:331.e1-19.
13. Goffinet, F.; Carayol, M.; Foidart, J.; Alexander, S.; Uzan, S.; Subtil, D. *et al.* Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1002-11.
14. Hannah, M.; Harrah, W.; Hewson. S.; Hodnett, E. D.; Saigal. S.; Willan, A. R. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Lancet 2000; 356(9239):1375-83
15. Hannah, M.; Whyte, H.; Hannah, W.; Hewson, S.; Amankwah, K.; Cheng, M.; *et al.* Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004; 191(3):917-27.
16. Kelly, S.; Sprague, A.; Fell, D. B. *et al.* Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classifi cation system. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35: 206-14.
17. Khunpradit, S; Tavender, E; Lumbiganon, P.; Laopaiboon, M; Wasiak, J; Gruen, R. L. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6. Art. No.: CD005528. DOI: 10.1002/14651858. CD005528.pub2.
18. Khunpradit, S; Tavender, E; Lumbiganon, P.; Laopaiboon, M; Wasiak, J; Gruen, R. L. SOGC clinical practice guideline: Vaginal delivery of breech presentation: no. 226, June 2009. Int J Gynaecol Obstet 2009; 107:169-76.
19. McCourt, C.; Weaver, J.; Statham, H.; Beake, S.; Gamble, J.; Creedy, D. K. Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. Birth 2007; 34:65-79.
20. Ministerio de Salud Pública. Guías de SSYSR. Manual para la Atención a la Mujer en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio. MSP. Uruguay 2014.
21. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. Obstet Gynecol 2010; 115:1279-95.
22. Perinatal Services British Columbia. Examining cesarean delivery rates in British Columbia using the Robson Ten Classifi cation. Part 1: understanding the ten groups. Vancouver: Perinatal Services British Columbia, 2011.
23. Robson, M. S. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001; 15: 179-94.
24. Robson, M. S. Classifi cation of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev 2001; 12: 23-39.
25. Silver, R.; Landon, M.; Rouse, D.; Leveno, K. J.; Spong, C. Y.; Thom, E. A. *et al.* Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107:1226-32.
26. Souza, J.; Gülmezoglu, A.; Lumbiganon, P. *et al.* Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med 2010; 8: 71.
27. Tan, J. K.; Tan, E. L.; Kanagalingan, D.; Tan, L. K. Rational dissection of a high institutional cesarean section rate: an analysis using the Robson Ten Group Classifi cation System. J Obstet Gynaecol Res 2014; published online Nov 5. DOI:10.1111/jog.12608.
28. Torloni, M. R.; Betrán, A. P.; Souza, J. P. *et al.* Classifi cations for caesarean section: a systematic review. PLoS One 2011; 6: e14566.
29. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Joshua P. Vogel, Ana Pilar Betrán, Nadia Vindevoghel, João Paulo Souza, Maria Regina Torloni, Jun Zhang, Özge Tunçalp, Rintaro Mori, Naho Morisaki, Eduardo Ortiz-Panozo, Bernardo Hernandez, Ricardo Pérez-Cuevas, Zahida Qureshi, A Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman, on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Lancet Glob Health 2015;3: e260-70 Published Online April 10, 2015 http://dx.doi.org/10.1016/ S2214-109X(15)70094-X
30. WHO. WHO recommendations for induction of labour. Geneva: World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf
31. Ye, J.; Betrán, A. P.; Vela, M. G.; Souza, J. P.; Zhang, J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. Birth 2014; 41: 237-44.

Prematuridad

1. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. MSP. 2014.
2. Ministerio de Salud Pública. Guías en Salud Sexual y Reproductiva- Manual de Orientación Anticonceptiva. Métodos Temporales y Permanentes. MSP, 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: nacimientos prematuros Plan de salud perinatal y primera infancia. Resumen ejecutivo. Noviembre de 2011.
4. UNICEF. Nacidos demasiado pronto, informe de acción global.
5. UNICEF. Aprendizaje y Escolaridad del niño Prematuro: Desafíos para los niños, desafíos para nuestras escuelas. UNICEF

Mortalidad por VIH/ Sida y **transmisión vertical** de sífilis y VIH

1. ANII. La población ante al estigma y la discriminación: actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH. Proyecto del Fondo Mundial "Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la prevención y atención integral en VIH/Sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay". 2013.
2. Cabrera, S.; Cotelo, A; Antelo, V.; González, G.; Librán, M.; Perna, A.; Savio, E. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay, 2007-2009. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 17-20 july 2011, Roma, Italy. Abstract CDB028.
3. Informe Sobre los Avances en la Respuesta Mundial al Sida 2014. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/ Sida de 2011 Uruguay - Informe 2014. Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//URY_narrative_report_2014.pdf
4. López Gómez, A.; Benia, W.; Alemán, A.; Vázquez, J. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1580) Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, 2011.
5. Ministerio de Salud Pública. Informes TV VIH – Sífilis elaborados por las Áreas Programáticas de ITS/VIH – Sida y SSySR. 2013-2014.
6. Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de VIH/Sida. DEVISA. Epidemiología. MSP. Diciembre 2015.
7. Ministerio de Salud Pública. Estudio de carga global de enfermedad. Estudios de Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PPENT). MSP. 2015.
8. Newman, L.; Kamb, M.; Hawkes, S.; Gómez, G.; Say, L. *et al.* (2013) Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. PLoS Med 2013; 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396
9. ONUSIDA. Estudio sobre Estigma y discriminación hacia Personas Viviendo con VIH. Proyecto PAF A UNAIDS Programme Aceleration Founds. 2011.
10. Quian, J.; Gutiérrez, S.; González, V. *et al.* Prevención de la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana de tipo 1 en Uruguay: 1987-2009. Análisis de las diferentes medidas adoptadas. Rev Chil Infect 2012; 29: 87-94.
11. The Gap Report. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para la ejecución de la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil el VIH y de la sífilis congénita en las Américas. OPS-OMS. 2014.
13. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Estrategia de Monitoreo Regional. CLAP. OPS-OMS. UNICEF. 2010.

Desarrollo en la **primera infancia**

1. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña menores de 5 años. 2010.
2. Uruguay Crece Contigo. Comisión de Desarrollo Infantil Integral. (Documento de uso interno).
3. Schor, E. L. The Future Pediatrician: Promoting Children's Health and Development. J Pediatr 2007; 151:S11-S16.
4. Mustard, J. F. Experience-based brain development: Scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. Paediatr Child Health 2006 Nov; 11(9): 571-572.
5. Artigas-Pallarés J. Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. Rev Neurol 2007; 44 (Supl 3): S31-S34
6. Wright, R.; Saul, R. Epigenetics and Primary Care. Pediatrics 2013; 132: S216
7. Glascoe FP. Screening for developmental and Behavioral problems. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 2005; 11: 173-179.
8. James J. Heckman. La inversión en el desarrollo durante la primera infancia:
9. Reduce déficits y fortalece la economía [publicación periódica en línea] citado mayo 2015. En http://heckmanequation.org/content/resource/la-inversi%C3%B3n-en-el-desarrollo-durante-la-primera-infancia-reduce-d%C3%A9ficits-y-fortale
10. Blackman, J. A.; Healy A.; Rupert, E. S. Participation by pediatricians in early

intervention: impetus from public law 99-457. Pediatrics 1992; 89: 98-102. 9.
11. Bennett, F.; Guralnick, M. Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life, Ped Clin N Am 1991; 38:1513-28.

Discapacidad en el curso de la vida

1. Decreto de Ley del Programa Nacional del Pesquisa Neonatal y del Lactante 325/2013. Disponible en http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2013/10/msp_46.pdf
2. González, T.; Olesker, D.; Oreggioni, I.; Setaro, M.; Pradere, G.; Buglioli, M.; Carrasco, P.; Rodríguez, M.; Dean, A. (2009). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009- Publicación MSP.
3. Instituto Nacional de Estadística (2013). Censo 2011 INE. Disponible en www.inw.gub/censos2011/index.html
4. Larrandaburu, M.; Noble, A. (2013). Los Defectos Congénitos. Síndrome de las tres D. Revista Médica del Uruguay; 29 (4).
5. Larrandaburu, M.; Noble, A.; Olivera, Z. (2013). Ministerio de Salud Pública, Plan Integral de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras-PIDCER. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DOCUMENTO%20MARCO%20PIDCER.pdf
6. Ley N.º 18.651 (2010). Protección integral de personas con discapacidad. http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=
7. MSP (2013a). Ordenanza N.º 767/2013 http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DOCUMENTO%20MARCO%20PIDCER.pdf
8. Ministerio de Salud Pública (2014). Ordenanza N.º 800/2014 del MSP. www.msp.gub.uy
9. Ministerio de Salud Pública (2013b). Mercosur's Regional Strategy on Birth Defects and Disability (2013). Ministry of Public Health of Uruguay. www.msp.gub.uy .
10. Naciones Unidas (2006): Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), Nueva York. (Consultado en 01/08/2013). Disponible en http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf Organización Mundial de la Salud (2001). The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva. Organización Mundial de la salud: WHO; 2001.
11. Organización Mundial de la Salud (2010). Organización Mundial de la Salud, Resolución sobre Defectos Congénitos. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_10-sp.pd (Consultado en 01/06/2015).
12. Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial de la Discapacidad. Disponible en www.who.int/iris/bitstr

Adulto mayor y discapacidad

1. Arnaiz, J.; Ayul, S.; Savio. I.; Fragilidad en el adulto Mayor: Diagnóstico y tratamiento integral, Revista Tendencias en Medicina, 2014; N° 44: 17 – 24. ISSN 0797-7271.
2. Besdine, R. W.; Wetle, T. F.; Improving health for elderly people: an international health promotion and disease prevention agenda. Ageing Clin Exp Res. 2010; 22(3):219-30.
3. Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Organización de Estados Americanos (OEA). Aprobada en la Asamblea General de OEA, Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones, 2015.
4. Frailty: A time for action. Editorial, European Geriatric Medicine, 2013; 4:215-216.
5. Fried, L.; Walston, J. Frailty and failure to thrive. En Hazzard, W.; Blass, J. P.; Halter, J. B.; Ouslander, J. G.; Tinetti, M. E. (eds.) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology (5.ª ed). McGrawHill. New York. 2003. Págs: 1487-1502.
6. García Férez J. Ageísmo o etaísmo: La exclusión de los ancianos en utilización de recursos socio sanitarios, Bioética y Personas Mayores, 2009.
7. Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health, Consultation Draft, WHO, octubre, 2015. Disponible en: http://who.int/ageing/consultaion/en
8. Hazzard, W. R. Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximun quality and quantity. Hazzard, W. R.; Blass, J. P.; Ettinger, Jr. W. H.; Haltes, J. B.; Ouslander, J. G. (eds.) Principles of geriatric medicine and gerontology (4.ª ed.). McGraw Hill. New York. 1999. págs: 239-244.
9. Health Information for Older Adults, Center for disease control and prevention, EUA. Consultado en octubre 2015, Disponible en http://www.cdc.gov/aging/index.html
10. Hermanson, B.; Omenn, G. S.; Kronmal, R. A.; Gersh, B. J. Beneficial six- year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. N Engl J Med.1988; 319: 1365-1369.
11. Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly Comparison of House Staff and Attending Physician Attitudes and Practices, Judith S. Black, MD; Terri Sefcik, MS; Wishwa Kapoor, MD, Arch Intern Med. 1990; 150(2):389-393.
12. Hubert, H. B.; Bloch, D. A.; Oehlert, J. W.; Fries, J. F. Lifestyle habits and compression of morbidity. J Gerontol Med Sci. 2002; 57A:M347-M351.
13. Lazo, A. M., Esperanza de vida al nacer. La Esperanza de Vida en Uruguay a los largo de los Siglos XIX, XX y XXI sus Probables valores futuros. BPS: Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social N.º 40, 2013.
14. Levy, B. R. "Erradication of ageism requires addressing the enemy within." The Gerontologist, 2001; 41(5), 578-579.
15. Morley, J. E.; Flaherty, J. H.; It's Never Too Late: Health Promotion and Illness Prevention in Older Persons, Journal of Gerontology: Medical Sciences, 2002; 57A, No. 6, M338-M342.
16. Nelson, T. (Ed.) (2002). Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older People. MIT Press. ISBN 978-0-262-64057-2.
17. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Naciones Unidas, 2006; Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
18. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Serie Recursos Humanos para la Salud, Washington, DC. OPS/OMS, 2012; N.º 59: 3- 54. ISBN: 978-92-75-31671-9
19. Penninx, B. W. J. H.; Ferrucci, L.; Leveille, S. G.; Rantanen, T.; Pahor, M.; Guralnik, J. M. Lower extremity performance in nondisabled older persons as a predictor of subsequent hospitalization. J Gerontol Med Sci. 2000; 55A: M691-M697.
20. Plan de Acción Sobre la Salud de las Personas Mayores Incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 144. a Sesión del Comité Ejecutivo, Resolución CE144. R13, Washington, D.C., EUA, 2009.
21. Promoción de un envejecimiento activo y saludable. 58.ª Asamblea Mundial de la Salud, 115ª Reunión, Consejo Ejecutivo, Resolución EB115.R7, 2005.
22. Rejeski, W. J.; Mihalko S. L. Physical activity and quality of life in older adults. J Gerontol Biol Sci Med Sci. 2001; 56.ª (Special Issue II):23-35.
23. Ribera Casado, J. M. La Dependencia: También un problema médico. ¿Se puede prevenir la dependencia?, Real Academia Nacional de Medicina de España, Fundación CASER para la Dependencia, 2012.
24. Richardson, J. P. Health promotion in the nursing home patient. J Am Board Fam Pract. 1992; 5:127-136.
25. Robb, C.; Chen, H.; Haley, W. E. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. Journal of Clinical Geropsychology, 2002, (8), Issue 1: 1-12.
26. Strandberg, T.; Pitkälä, K. H. Frailty in elderly people. Lancet 2007; 369:1328-1329.
27. Tomás, C.; Zunzunegui, V.; Moreno, L. A., Germán, C. Dependencias evitables. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:327.
28. Velázquez, M. del C.; Alva, M. E.; Irigoyen Camacho. Sarcopenia: Un entidad de relevancia clínica actual. Revista de Ciencias Clínicas, 2011; 12 (1): 22- 33.
29. Vellas, B.; Cetac, P.; Morley, J. E. Implementing Frailty in Clinical Practice: We cannot wait. J Nutr Health Ageing, 2012; 16:7.

Cuidados paliativos

1. Abraham, J. L. and Hansen-Flaschen J. Hospice care for patients with advanced lung disease. Chest 2002; 121(1): 220-29.
2. Alberti, M.; Lores, R.; Menchaca, A. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Rev Med. Uru vol.24 N.º1 Montevideo mar. 2008.
3. Área de Salud de Segovia. Protocolo para la definición, organización y desarrollo de la atención en Cuidados Paliativos. 2012. Obtenido de: http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2012/2octubre/sesion1/PROTOCOLO/PROTOCOLOCPALIATIVOS.AREASEGOVIA.doc Mayo 2013
4. Arriola, E.; González, R.; Ibarzabal, X.; y Buiza, C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(4): 225-30.
5. Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Pediatrics and Child Heath (RCPCH). A guide to the Development of Children´s Palliative Care Services. 1.ª ed. Bristol: The Association; 1997.
6. Bitton, A.; Lublin, F.: Cuidados paliativos en pacientes con esclerosis múltiple. En: Clínicas Neurológicas de Norteamérica. 2001 (4) 797-825.
7. Cohen, M. I.; Germain, M. J.; Poppel, D. M.; Woods, A.L.; Pekow, P. S.; Kjellstrand, C. M. Dying well after discontinuing the life-support treatments of dialysis. Arch Intern Med 2000; 160: 2513-18).
8. Colegio Médico. Anteproyecto Código Ética Médica. 2012. Obtenido de http://www.colegiomedico.org.uy/ Febrero 2013.
9. De Lima, L.; Pérez-Castells, M.; Berenguel, M.; Monti, C.; Aguilar, A.; Ahumada, M.; Ramírez, L.; Torres, I.; Vargas, Y.; Herrera, E. (2013). Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1.ª edición. Houston: IAHPC Press. Obtenido de http://cuidadospaliativos.org/recursos/indicadores-de-cp Febrero 2013
10. Gómez-Batiste, X. Modelos de atención. In Gómez-Batiste, X.; Porta, J.; Tuca, A.; Stejrnsward, J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Aran 2005; 56-79
11. Gómez Sancho, M. 2003. Obtenido de: http://www.mgomezsancho.com/esp/docsvarios/Organizaci.pdf Febrero 2013
12. Gómez-Batiste, X.; Paz, S.; Porta, J.; Espinosa, J.; Trelis, J.; Esperalba, J. Principios básicos, definiciones y conceptos en la organización de Programas y Servicios Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Catalá d Oncología. 2009. Tomado de http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/ICO/Professionals/Documents/QUALY/Arxius/DOC_WHOCC%20ICO%20Definici%C3%B3n%20Cuidados%20Paliativos%20ESP.pdf
13. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la EAPC (European Association for Paliative Care). Cuidados paliativos para lactantes, niños y jóvenes. Los hechos. Ed: Fondazione Maruzza Lefebvre, Roma 2009.
14. Human Right Watch. Global State of Pain treatment. Access to Palliative care is a Human Right. Obtenido de http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf . Febrero 2013.

15. Junta Internacional de Estupefacientes. Información estadística sobre estupefaciente. 2011. Obtenido de http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2011/Part_FIVE_NAR-Report-201.pdf. Febrero 2013.
16. Levi, S. Cuidados Paliativos en las personas mayores In Savio, I. *et al.* Manual de Geriatría y Psicogeriatría. Montevideo, Oficina del Libro, 2004: 145-55.
17. Himelstein, B.; Hilden, J.; Morstad, A.; Weissman, D. Pediatric Palliative Care N Engl J Med 2004; 350: 1752-62.
18. Levin, R. Propuesta de creación de un Programa Nacional de Cuidados Paliativos.2008. Obtenido de http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/PropuestaPlanNacionaldeCuidadosPaliativosUruguay.pdf. Mayo 2013.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007. Obtenido de: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf. Mayo 2013.
20. Ministerio de Salud Pública. Formulario Terapéutico de Medicamentos. 2012. Obtenido de: http://www.msp.gub.uy/uc_7146_1.html. Febrero 2013.
21. McNamara, B.; Rosenwax, L. K.; Colman, C. D. A method for definig and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 5-12.
22. Organización Médica Colegial. Atención Médica al Final de la Vida. 2009. Obtenido de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_atencion_medica_final_vida_2009.pdf. Mayo 2013.
23. Organización Mundial de la Salud. Control de Cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. 2007. Obtenido de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf. Mayo 2013.
24. Organización Mundial de la Salud. Medicamentos esenciales. 2007. Obtenido de http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html
25. Organización Mundial de la Salud. 2012. Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades. Obtenido de: http://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion_paper3_ES.pdf . OMS. Febrero 2013.
26. Pascual, López, A. Formación en Medicina Paliativa. In: Gómez Sancho M. Avances en Cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canarias: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria. 2003: 541-663.
27. Píriz, G.; Ramos, L.; Cardozo, A.; Buccino, C.; Goldner, C.; Carrasco, A.; Grassi, A.; Servioli, M. J.; Szabo, A.; Alonso, R. Desempeño profesional y personal, a juicio del encuestado, en una muestra de médicos no oncólogos que asisten pacientes con cáncer. Libro del XXIX Congreso Nacional de Medicina Interna. Sociedad de Medicina Interna del Uruguay. 2000 (Ganador de 2.º premio)
28. Píriz, G.; Estragó, V.; Pattatrino, C.; Sandar, T. Dolor en el paciente con cáncer: un problema no resuelto. Rev Med Uruguay 2004; 20: 32-43. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v20n1/art5.pdf. Mayo 2013.
29. Plan Integral de Atención a la Salud. Ministerio de Salud Pública. 2008. Obtenido de http://www.msp.gub.uy/uc-junasa_2227_1.html. Febrero 2013.
30. Plan de Acción propuesto por OPS para prevención y control del cáncer 2008-2015. Obtenido de: http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-stakeholders-08.htm. Mayo 2013.
31. Poder Legislativo. Ley18211. 2007. Obtenido de: http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211. Febrero 2013.
32. Poder Legislativo. Ley 18835. 2009. Obtenido de: www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18335.htm Febrero 2013
33. Poder Legislativo. Ley 18473. 2009. Obtenido de: http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=1847. Febrero 2013.
34. Sepúlveda C. Perspectiva de la OMS para el desarrollo de Cuidados Paliativos en el contexto de Programa de Control de cáncer en países en vías de desarrollo. 2004. Obtenido de http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/coop-internacional/cp-td/laomsyloscpenpaisesendesarrollo.pdf. Mayo 2013.
35. Stjernsward, J.; Gómez-Batiste, X. Medicina Paliativa. Perspectiva global. Cierre de la brecha entre el saber y hacer. In Walsh TD. Medicina Paliativa. 2010. Elservier, España: 2-13.
36. Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel. Obtenido de http://www.hmaciel.gub.uy/index.php/servicios-y-departamentos/departamentos-de-medicina-y-especialidades/25-medicina-paliativa. Mayo 2013.
37. Stuart, B.; Alexander, C.; Arenella, C.; Connnor, S. *et al.* Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.
38. Valderrabano, F.; Jofre, R.; López-Gómez, J. M. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001; 38 (3): 443-64.

Calidad y seguridad del paciente

1. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
2. Bagnulo, H.; M. Barbato; Godino, M. Los que sufren innecesariamente, Revista Médica del Uruguay, v.: 26, p.: 51 - 55, 2010 http://www.rmu.org.uy/revista/26/1/2/es/8/
3. Bagnulo, H.; Barbato, M.; Godino, M.; Basso, J. Evaluación del riesgo en eventos adverso DECASEPA- DIGESA-MSP Revista Médica Del Uruguay, v.: 26, pp.: 55 - 57, 2010 http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v26n1/v26n1a09.pdf
4. Encuesta nacional de comportamiento disruptivo. RMU http://www.rmu.org.uy/revista/2014v4/art4.pdf
5. Epidemiología de la Infección Hospitalaria por Clostridium Difficile http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/epidemiolog%C3%ADa-de-la-infecci%C3%B3n-hospitalaria-por-clostridium-difficile
6. Leape, L. L.; Shore, M. F.; Dienstag, J.L.; Mayer Leape, L. L.; Shore, M. F.; Dienstag, J. L.; Mayer, R. J.; Edgman-Levitan, S.; Meyer, G. S.; Healy, G. B. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. Acad Med. 2012 Jul;87(7):845-52
7. Leape, L. L.; Shore, M. F.; Dienstag, J. L.; Mayer, R. J.; Edgman-Levitan, S.; Meyer, G. S.; Healy, G. B. Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. Acad Med. 2012 Jul;87(7):853-8.
8. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. OMS. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
9. NPSA. NHS. La seguridad del paciente en siete pasos. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Libro proyecto de cooperación Uruguay Costa Rica. OPS. MSP (Versión electrónica OPS).
11. Resistencia antimicrobiana http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/resistencia-antimicrobiana.

Sistema y servicios de salud

1. Cross Organizational Team (COT). Hacia un Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Atención Primaria de Salud. Propuesta preliminar del COT Modelo de atención - 8/1/12. Disponible en: http://www.paho.org/cot-modelo-atencion/wp-content/uploads/2013/01/Hacia_un_modelo.pdf
2. Ministerio de Salud Pública. Gestión del acceso oportuno y de calidad. MSP. Diciembre 2014.
3. Ministerio de Salud Pública. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. División Recursos Humanos del SNIS". DT 01/14. ISSN: 1688-8235. MSP. 2014.
4. Ministerio de Salud Pública. Componentes estratégicos de la planificación de la estrategia nacional de RRHH en la salud. DEMPESA – MSP. 2011.
5. National Ageing Research Institute. What is person-centered health care? Melbourne: Victorian Government Department of Human Services; 2006.
6. Organization Mundial de la Salud. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015.
7. Organization Mundial de la Salud. People-centred health care. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2007.
8. Organización Mundial de la Salud. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6. World Health Organization 2015.

Objetivos sanitarios

1. Cabella, Wanda. (Coordinadora). Análisis de situación en población uruguaya. Comisión Sectorial de Población. OPP. Montevideo, agosto de 2012.
2. Department of Health. The Mandate. A mandate from the Government to NHS England: April 2014 to March 2015. 2014. En: www.gov.uk/dh
3. Department of Health. The NHS Outcomes Framework 2014/15Technical Appendix. November 2013. En: www.gov.uk/dh
4. Department of Health. NHS Outcomes Framework 2014-15 Updated Equalities Analysis. November 2013. En: www.gov.uk/dh
5. Department of Health. The NHS Outcomes Framework 2014/15. November 2013. En: www.gov.uk/dh
6. Fernández Galeano M. y Benia, W., Futuros posibles de la salud y la enfermedad, Montevideo 2011. En: La Aventura Uruguaya. Tomo 2: ¿Naides Más Que Naides? – Rodrigo Arocena y Gerardo Caetano (Coordinadores). Debate. Montevideo. 2012.
7. Fernández Galeano, M.; Benia, W. Nuestro Tiempo. Salud. El derecho a la salud de los uruguayos. Comisión del Bicentenario. IMPO. Montevideo. 2013-2014.
8. Fernández Galeano, M.; Levcovitz, E.; Olesker, D. Coordinadores. Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. UdelaR. OPS. Montevideo. 2015.
9. Frente Amplio. Bases Programáticas. Tercer Gobierno Nacional del Frente Amplio 2015-2020. En: http://www.corteelectoral.gub.uy/Prog-Gob_2015_2020/Programa_nacional_FA_2015_2020.pdf
10. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile. 2010.
11. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Perú. Julio 2007. En: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ MINSA/000_PNCS.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos. OPS. OMS. 2014.
13. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País. 2013. Uruguay Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales. MIDES. 2013.
14. Sistema de Naciones Unidas. Uruguay, Análisis Común de País. Naciones Unidas. Uruguay. 2015.

Anexo

3

Participantes en las distintas etapas **del proceso** de definición de los OSN

Primera consulta pública sobre Objetivos Sanitarios

Fecha: 27, 28, 29 de mayo y 3 de junio de 2015. Funcionaron **grupos de trabajo** –uno por cada núcleo de problemas priorizados– donde participaron los equipos técnicos e invitados/as de otras instituciones.

3.1

Problema priorizado:

Problemas referidos a la **primera infancia** sobre aspectos nutricionales: **desnutrición, obesidad, anemia, lactancia materna**

Coordinadora de Equipo Técnico:

Lic. Nut. Ximena Moratorio

Integrantes del Equipo Técnico:

Lic. Ximena Moratorio
Dra. Claudia Romero
Dra. Isabel Bove
Dra. Gabriela Amaya
Lic. Elisa Bandeira
Lic. Nora d'Oliveira

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Dra. Adriana Iturralde
Lic. Fabiana Peregalli
Dra. Marta Napol
Lic. Mónica Blanco
Lic. Eugenia Oholeguy
Dra. Dione Carrasco
Dra. Catalina Pírez
Dra. Karina Machado
Dra. Cecilia Severi
Lic. Florencia Koncke
Lic. Carolina de León
Dra. Rosario Satriano
Lic. Natalia Rey
Dra. Anabella Santoro
Lic. Gabriela Berri
Lic. Virginia Vodanivich
Lic. Verónica Pandolfo
Lic. Florencia Cerruti

3.2

Problema priorizado:

Alteraciones del **desarrollo infantil**

Coordinadora de Equipo Técnico:

Dra. Claudia Romero

Integrantes del Equipo Técnico:

Dra. Mercedes Pérez
Dra. Gabriela Amaya
Dra. Marie Boulay
Dra. Cecilia Romero

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Dra. Laura Viola
Dra. Gabriela Garrido
Dra. Perla Vivas
Dr. Álvaro Arroyo
Dra. Magdalena Álvarez
Dra. Alicia Canetti
Dr. Gustavo Giachetto
Dr. Walter Pérez
Dra. Catalina Piriz
Dr. Álvaro Galiana
Dr. Alfredo Cerisola
Dra. Annabella Santoro
Dra. Nora Rodríguez
Dra. Alicia Gil
Dra. Cristina Ferolla
Lic. Mariela Servetto
Dra. Yolanda Echeverría
Dra. Alicia Munyo
Lic. Juan Mila
Lic. Gabriela González
Dr. Daniel Borbonet
Dr. Gonzalo Giambruno
Lic. Lía Fernández

3.3

Problema priorizado:

Problemas referidos a la **salud sexual** y la salud **reproductiva.** Alta incidencia de **embarazo en la adolescencia.** Alta incidencia de **prematurez**. Elevado índice de **cesáreas.**

Coordinadores de Equipo Técnico:

Dra. Ana Visconti.
Dr. Rafael Aguirre

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Rafael Aguirre
Lic. Agustin Bergeret
Prof. Cristina Espasandin
Lic. Andrea Ghione
Dra. Cristina Grela
Dra. Susana Grumbaum
Dra. Yeni Hortoneda
Dra. Giselle Tomasso
Dra. Ana Visconti

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Dra. Beatriz Abero
T. A. Lilián Abracinskas
Ag. Soc. Ed. Magdalena Álvarez
Dr. Gualberto Arribeltz
Dr. Wilson Benia
Dra. Yannina Benítez
Dr. Daniel Borbonet
Dr. Leonel Briozzo
Proc. Lorena Campos
Ed. Sex. Paula Canteiro
Dra. Celia Migdal
Dr. Francisco Cóppola
Part. Cecilia Fernández
Part. Marisa Figuerola
Lic. Ingrid Gabrielzyk
Dra. Verónica Galizia
Dr. Gonzalo Giambruno
Dra. Mónica Gorgoroso
Dra. Silvia Graña
Part. Beatriz Jiménez
Dra. Nancy Lema
Lic. Nohelia Millán
Dra. Mónica Oliniski
Ed. Soc. Paola Pastore
Dr. Mario Pérez
Lic. Fabiana Rahi
Dra. Leticia Rieppi
Mtro. Diego Rossi
Obst. Part. Valeria Salut
Lic. Psic. Gabriela Sarasúa
Psic. Soledad Vieytes

3.4

Problema priorizado:
Consumo de **sustancias psicoactivas**

Coordinador de Equipo Técnico:

Mag. Agustín Lapetina

Integrantes del Equipo Técnico:

Q.F. Alicia Plá
Dr. Ariel Montalbán
Lic. Carolina Fernández
Dra. María Fernanda Porteiro
Dr. Gabriel Rossi
Lic. Daniela Osores
Dra. Silvia Graña
Dra. Gabriela Píriz
Mag. Agustín Lapetina

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Lic. Luis González
Lic. Aloha González
Lic. Héctor Suárez
Dr. Juan Triaca
Lic. Augusto Vitale
Lic. Victoria González
Dra. Susana Grunbaum
Lic. Fernando Olivera
Lic. Rossana Conti
Dra. Susana Novaro

3.5

Problema priorizado:
Morbimortalidad elevada por enfermedades **cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias crónicas y diabetes**

Coordinadora de Equipo Técnico:

Dra. María José Rodríguez

Integrantes del Equipo Técnico:

Dra. María José Rodríguez
Lic. Andrea Mazzei
Lic. Graciela Herwig

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Dra. Silvia Melgar
Mag. Lucía Stefanelli
Dr. Julio Vignolo
Lic. Estela Skapino
Dra. Jacqueline Ponzo
Lic. Inés Bausero
Lic. Natalia Rey
Dra. María Antonieta Dutra
Dr. Eduardo Bianco
Dr. Ricardo Rodríguez Buño
Lic. Fernando Bertolotto
Dra. Rosana Gambogi
Dr. Enrique Soto
Lic. Nut. Isabel Bove
Dra. Lilia Martin
Dr. Ronald Salamano
Dra. Florencia Brunet
Dr. Mario Zelarayán
Dra. Catherine Ausqui
Dra. Calíope Ciríacos
Dr. José Pedro Arcos
Dra. Elba Esteves
Dra. Ana Lorenzo

3.6

Problema priorizado:

Morbimortalidad elevada por **cáncer**

Coordinadora de Equipo Técnico:

Dra. Lucia Delgado

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Enrique Barrios
Dr. Guillermo Rodríguez
Dr. Álvaro Luongo
Dra. Lucia Delgado

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Dra. Benedicta Caserta
Dra. Silvia Melgar
Dr. Julio Vignolo
Dra. Marisa Buglioli
Dr. Marcelo Barbato
Dr. Gilberto Ríos
Dr. Enrique Soto
Dr. Washington Lauria
Dr. Leonel Briozzo
Dr. Justo Alonso
Dr. Mario Varangot
Dr. Gabriel Krygier
Dra. Marta Aghazarian
Dra. Alicia Carnelli
Dr. Pedro Kasdorf
Dr. Henry Cohen
Dr. Eduardo Fenocchi

3.7

Problema priorizado:

Morbimortalidad elevada por **violencia y lesiones**

Coordinadora de Equipo Técnico:

Ed. DDHH Estela De Armas

Integrantes del Equipo Técnico:

Ed. Soc. Andrea Fabbini
Lic. Soc. Agustín Lapetina
Lic. TS Carla Bellini
Dra Cristina Grela
Lic. Soc. Ricardo Alberti
Ed. DDHH Estela De Armas
En Consulta Dr. Gerardo Barrios

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Lic. Carla Calce
Dra. Fernanda Lozano
Lic. Karina Ruiz
A.S. Nita Samuniski
Lic. Nohelia Millan
Dra. Graciela Scelza
Dra. Irene Petit
Lic. Alicia Farone
Lic. Ingrid Gabrielzyk
Lic. Ricardo Alberti
Lic. Mª Noel López
Dra. Silvia GrañaDra. Calíope Ciríacos
Dr. José Pedro Arcos
Dra. Elba Esteves
Dra. Ana Lorenzo

3.8

Problema priorizado:

Incidencia de **suicidio** y problemas vinculados **a la salud mental**

Coordinadores de Equipo Técnico:

Dr. Ariel Montalbán
Dra. Denisse Dogmanas

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Ariel Montalbán
Dra. Denisse Dogmanas
Dra. Susana Grumbaum
Dra. Silvia Graña
Dr. Italo Savio
Mag. Psic. Marilen Bettini
Dra Cristina Grela

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Psic. Marilen Bettini
Lic. Enf. Álvaro Díaz
Lic. Enf. Margarita Garay
Sra. Virginia Gaudenzi
Dra. Cristina Larrobla
Lic. Psic. Lia Maciel
Dra. Silvia Peláez
Lic. Psic. Susana Quagliata
Lic. Enf. María Luz Vázquez

3.9

Problema priorizado:

Alta incidencia de Infecciones de **transmisión sexual.** Mortalidad por **VIH/Sida.**

Coordinadora de Equipo Técnico:

Dra. Susana Cabrera

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Rafael Aguirre
Dra. Ana Visconti
Dra. Susana Cabrera

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Lic. Lourdes Galván
Lic. Mónica Castro
Dr. Andrés Bálsamo
Dr. Miguel Alegretti
Dra. Teresa Picón
Dra. Adriana Varela
Lic. José L. Priore
Dr. Héctor Chiparelli
Dra. Dora Ruchansky
Dra. Stella Gutiérrez
Dra. Mariana Guirado
Lic. Ingrid Gabrielzyk
Lic. Juan José Meré
Dra. Silvia Melgar
Dra. Mariela Mansilla
Lic. Lisett Collazo
Lic. Florencia Forrisi
Dra. Zaida Arteta
Dra. Alicia Sosa
Dr. Gabriel González

3.10

Problema priorizado:

Eliminación de **sífilis congénita y TV de VIH**.

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Lic. Lourdes Galván
Lic. Mónica Castro
Dr. Andrés Bálsamo
Dr. Miguel Alegretti
Dra. Teresa Picón
Dra. Adriana Varela
Lic. José L. Priore
Dr. Héctor Chiparelli
Dra. Dora Ruchansky
Dra. Stella Gutiérrez
Dra. Mariana Guirado
Dr. Daniel Borbonet
Dra. Andrea Ghione

3.11

Problema priorizado:

Siniestralidad vial

Coordinador de Equipo Técnico:

Dr. Gerardo Barrios

Integrantes del Equipo Técnico:

Dr. Pablo Inthamoussu
Ps. Ileana Poloni
Ps. Daniel Ventura

3.12

Problema priorizado:

Discapacidad en el curso de vida

Coordinadora de Equipo Técnico:

Dra. Mariela Larrandaburu

Integrantes del Equipo Técnico:

Prof. Dr. Ítalo Savio
Dra. María José Bagnato
Lic. Nora d'Oliveira
Lic. Carolina Fernández
Dra. Silvia Graña
Dra. Cristina Grela
Prof. Dr. Juan Lacuague
Sr. Federico Lezama
Dr. Ariel Montalbán
Dra. Claudia Romero

Invitados/as que participaron en la Consulta:

Dra. Cristina Ferolla
Dra. Graciela Queiruga
Dra. Teresa Camarot
Dra. Leda Roche
Dra. Cristina Scavonne
Dr. Alfredo Cerisola
Dra. Rosanna Gamboggi
Dra. Adriana Pérez
Dra. Gabriela Garrido
Dra. Vida Patiño
Lic. Horacio Estrada
Dra. Yubarandt Bespali
Dra. Graciela Borelli
Dr. Hugo Nuñez
Dra. Laura De Castelet
Psic. María del Carmen Abreu
Dra. Mariela Mautone

Jornada. Principales herramientas institucionales para la rectoría disponibles en el MSP para la concreción de Objetivos Sanitarios Nacionales

Con los responsables de las coordinaciones técnicas. Realizada el 9 de julio de 2015 en Hotel Ibis. Se conformaron **5 equipos de trabajo** a nivel del MSP, un equipo **por cada Objetivo Estratégico.** Estos equipos reunieron a responsables de coordinaciones técnicas (directores/as de áreas programáticas).

Participantes del **Ministerio de Salud Pública**

Autoridades:

Jorge Basso
Cristina Lustemberg
Arturo Echeverría
Humberto Ruocco
Soledad Acuña
Jorge Quian
Raquel Rosa
Gilberto Ríos
Julio Martínez
Félix González

Participantes:

Rafael Aguirre
Lucía Alonso
Cati Ausqui
Victoria Arbulo
Marcelo Barbato
Wilson Benia
Agustín Bergeret
Susana Cabrera
Estela de Armas
Lucia Delgado
Nora d'Oliveira
Denisse Dogmanas
Lourdes Galván
Ana Gatti
Andrea Ghione
Cristina Grela
Susana Grumbaum
Yeni Hortoneda
Giselle Jorcin
Agustín Lapetina
Mariela Larrandaburu
Ima León
Cecilia Martínez
Ariel Montalbán
Sandra Moresino
Ximena Moratorio
Clara Niz
Ida Oreggioni
Gumer Pérez
Teresa Picón
Alicia Pla
Gabriela Pradere
Martín Rebella
María José Rodríguez
Norma Rodríguez
Claudia Romero Oronoz
Martín Rodríguez
Ítalo Savio
Marcelo Setaro
Laura Solá
Giselle Tomasso
Jahel Vidal
Ana Visconti

Participantes por la **Organización Panamericana de la Salud**

Autoridades:

Eduardo Levcovitz
Miguel Fernández Galeano
Ricardo Rodriguez Buño

Jornada. Objetivos Sanitarios Nacionales: problemas críticos, resultados esperados y líneas de acción

Con Direcciones Departamentales y equipos por Objetivo Estratégico. 25 de setiembre de 2015 en Hotel Balmoral.

Participantes en la actividad con las Direcciones **Departamentales de Salud (DDS)** y según diferentes Objetivos Estratégicos.

NOMBRE	PARTICIPACIÓN
Basso,Jorge	Ministro
Lustemberg, Cristina	Subsecretaria
Echevarría, Arturo	JUNASA Presidente. *(Mesa de apertura)*
Quian, Jorge	DIGESA-Director General. *(Mesa de apertura)*
Rosa, Raquel	DIGESA-Subdirectora. *(Mesa de apertura)*
González, Félix	Dirección Coordinación. *(Mesa de apertura)*
Ruocco, Humberto	Director General Coordinación. *(Mesa de apertura)*
Acuña, Soledad	Directora de Departamento de Comunicación y Salud. *(Mesa de apertura)*
Ríos, Gilberto	JUNASA Director Médico. *(Mesa de apertura)*
Fernández, Miguel	OPS/OMS
Bove, Isabel	Asesora Ministro. *(Apertura)*
Galván, Lourdes	Asesora Ministro. *(Apertura)*
Grela. Cristina	Asesora Ministro. *(Apertura)*
Garateguy, Oscar	Coord. Administrativa. *(Apertura)*
Benia, Wilson	DIGESA
Crosi, Alejandra	DDS-Grupo 4
Barreto, María	DDS-Grupo 5
Espillar, Magdalena	DDS-Grupo 5
Reherman, Gabriel	DDS-Grupo 1
Moreno, Mauricio	DDS-Grupo 2
Otormin, Mónica	DDS-Grupo 2
Paradeda, Miguel	DDS-Grupo 2
Yon, Héctor	DDS-Grupo 2
Benavidez, Carlos	DDS-Grupo 3
González, Cristina	DDS-Grupo 3
González, Aída	DDS-Grupo 3

NOMBRE	PARTICIPACIÓN
Mota, Jorge/ Eugenio, Petit	DDS-Grupo 4
Valiero, Gerardo	DDS-Grupo 4
Tomasco, Ana	DDS-Grupo 5
Moresino, Sandra	MODERADOR Grupo 1
Rodríguez, Martín	MODERADOR Grupo 2
Vidal, Jahel	MODERADOR Grupo 3
D'Oliveira, Nora	MODERADOR Grupo 4
Gatti, Ana	MODERADOR Grupo 5
Lapetina, Agustín	Obj. Estratégico 1
Mazzei, Andrea	Obj. Estratégico 1
Moratorio, Ximena	Obj. Estratégico 1
Rossi, Gabriel	Obj. Estratégico 1
Soto, Enrique	Obj. Estratégico 1
De Armas, Estela	Obj. Estratégico 2
Luongo, Álvaro	Obj. Estratégico 2
Montalban, Ariel	Obj. Estratégico 2
Rodríguez, Ma. José	Obj. Estratégico 2
Visconti, Ana	Obj. Estratégico 2
Cabrera, Susana	Obj. Estratégico 3
Grunbaum, Susana	Obj. Estratégico 3
Lacuague,Juan	Obj. Estratégico 3
Píriz, Gabriela	Obj. Estratégico 3
Romero, Claudia	Obj. Estratégico 3
Savio, Ítalo	Obj. Estratégico 3
Godino, Mario	Obj. Estratégico 4
Barbato, Marcelo	Obj. Estratégico 4
Oreggioni, Ida	Obj. Estratégico 5
Pradere, Gabriela	Obj. Estratégico 5
Rodríguez, Norma	Obj. Estratégico 5
Setaro, Marcelo	Obj. Estratégico 5
Pose, Carlos	RELATOR Grupo 1
Bouyssonade, Susana	RELATOR Grupo 2
Toma, Emilio	RELATOR Grupo 3
Gorosterrazu, Juan	RELATOR Grupo 4
Rodríguez, Aracely	RELATOR Grupo 5
Pascale, Graciela	Secretaria
Murialdo, Cecilia	Secretaria

Anexo

4

Normativa vigente vinculada a los Objetivos Sanitarios Nacionales

Pag. en doc.	Ley	Decreto	Ordenanza MSP	
23	19259/14			Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco
25–26–81	19140/2014			Alimentación saludable en los Centros Educativos
30–94	19172/2013			Regulación y control del cannabis
30		120/2014		Reglamentación cannabis de uso no medicinal
30		46/2015		Reglamentación cannabis de uso medicinal
30			485/2013	Reglamentación alcohol en adolescente, referidos a espacios adolescentes
33			402/2006	Exoneración tiques para papanicolaou y mamografías
33			466/2012	Programa Nacional de Prevención Integral de Cáncer de Cuello Uterino
40 y 51			567/2014	Prueba de tamizaje VIH
51			447/2012	Reglamentación sífilis
51		35/2014		Recomendaciones en mujeres sobre sífilis
55	18651/2010			Protección integral a las personas con discapacidad
56		325/2013		Incorporaciones al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante
95	14294/74			Medidas contra el comercio ilícito de drogas
95	17016/98			Dependencias físicas o psíquicas a referentes a estupefacientes o sustancias químicas
95		391/02		Reglamentación de precursores y productos químicos y sus anexos I,II y III
128–133	17514/2002			Ley de erradicación de la violencia doméstica
174	16095/89			Sistema de protección integral a las personas con discapacidad
174	18651/2010			Estrategias para la prevención de la deficiencia y la discapacidad
183			660/2006	Creación Comisión Asesora sobre eventos adversos en el área de la salud
183			481/2008	Creación Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente-COSEPA
189		81/12		Contrato Gestión con los prestadores
192			603/2013	Sistema de agendas de consultas externas
En Bibliografía				
206	18211/07			Sistema Nacional Integrado de Salud
206	18426/09			Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva
206	18437/08			Ley Gral. de Educación. Art. 74 Defensa de los Derechos de la Adolescente Embarazada
206	18987/12			Interrupción voluntaria de embarazo (IVE)
207		293/10		Reglamentación ley del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva
207		295/97		Pesquisa VIH a todas las embarazadas previo consentimiento informado
207		67/06		Reglamentación ley de acompañamiento de la mujer en el preparto, parto y nacimiento
207		383/2010		Incorporación de la ligadura tubaria por laparoscopia y la vasectomía dentro del PIAS
207		009/2011		Instituciones deben brindar condones masculinos a sus usuarios
207		292/2012		Incorporación de la colocación del DIU como prestaciones del PIAS
207		375/2012		Reglamentación ley interrupción voluntaria del embarazo