

Caracterización de problemas priorizados

Morbimortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo

I. INTRODUCCIÓN

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, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma).

Las ENT matan 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71 % de las muertes totales.

Si se consideran solamente los cuatro grupos principales ya mencionados, estos representan el 56 % de las muertes totales: enfermedades cardiovasculares (17.9 millones), cáncer (9 millones), enfermedades respiratorias crónicas (3.9 millones) y diabetes (1.6 millones).

Una gran parte de las muertes por ENT ocurren en personas de entre 30 a 69 años (mortalidad prematura).⁽¹⁾

La razón para que su abordaje se haga en conjunto se debe a que se han identificado un grupo de factores de riesgo, prevenibles y modificables, los cuales están presentes en estas enfermedades mucho antes, en general, de que aparezca la enfermedad.

Hay cuatro de estos factores que se deben a conductas o estilos de vida:

- consumo de tabaco,
- consumo nocivo de alcohol,
- alimentación no saludable,
- inactividad física/sedentarismo.

Estos factores de riesgo conductuales determinan en conjunto con factores genéticos, la aparición de otros factores de riesgo que determinan cambios metabólicos que aumentan el riesgo de aparición de ENT:

- presión arterial elevada,
- sobrepeso/obesidad,

- glucemia elevada (hiperglucemia),
- grasas en sangre elevadas (hiperlipidemia).

La disminución o prevención de estos factores de riesgo junto con la detección precoz, tratamiento adecuado, rehabilitación y los cuidados paliativos representan las acciones destinadas a la prevención y el control adecuado de las ENT.

Las ENT representan una pesada carga económica, en especial en los países de menores ingresos, que deben afrontar una doble carga de enfermedad (transmisibles y no transmisibles).

Se estima que el aumento de estas enfermedades es un obstáculo para reducir la pobreza en esos países debido al aumento de los gastos familiares en atención sanitaria. En el siguiente cuadro se observa esa doble carga (en este caso en la mortalidad).

Tabla 1. Tasas de mortalidad* por grupos de causas según ingreso del país. Año 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

Fuente: WorldHealthStatistics 2014.

* Tasa de mortalidad estandarizada por edad cada 100.000 habitantes.

** Comprende muertes por enfermedades transmisibles, causas maternas, afecciones originadas en el período perinatal, desnutrición.

Respuesta de la OMS

A efectos de abordar el problema de las ENT y sus factores de riesgo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado diversos documentos. Entre los principales se destacan:

- *Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Comprende seis objetivos estratégicos y un marco mundial de vigilancia que incluye nueve metas mundiales de aplicación voluntaria y 25 indicadores. ⁽²⁾

Objetivos estratégicos:

1. Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas de desarrollo mundial, regional y nacional y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente mediante el reforzamiento de la cooperación

internacional y la promoción.

2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
3. Reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.
4. Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal.
5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
6. Vigilar la evolución y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos hacia su prevención y control.

Metas e indicadores relacionados



Fuente: OMS. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.

En atención a la situación de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud elaboró un Plan de Acción Regional en el que se toman en cuenta la situación epidemiológica, así como los avances en las políticas de prevención y control de las ENT. ⁽³⁾

- *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030* ⁽⁴⁾. Se incorporaron metas relacionadas con las ENT y sus factores de riesgo:

Dentro del objetivo 2 “Poner fin al hambre”, que además incluye la eliminación de todas las formas de malnutrición.

Dentro del objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades en todas las edades”.

Meta 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el

bienestar. *Meta 3.5* Fortalecer la prevención y el tratamiento de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

Meta 3.4 Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

- Informe *Salvar vidas, reducir el gasto: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles* (Saving lives, spending less: a strategic response to NCDs) donde se identifican las mejores intervenciones costo – eficaces (*Best Buys*) a efectos de cumplir con las metas del plan de acción. ⁽⁵⁾

- *Estrategias para prevenir los factores de riesgo o promover factores protectores:*

Tabaco: Convenio marco de la OMS para el control del tabaco, 2003. ⁽⁶⁾

Consumo nocivo de alcohol: Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol, 2010. ⁽⁷⁾

Alimentación saludable: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004. ⁽⁸⁾

Actividad física: Plan de acción mundial sobre actividad física, 2018. ⁽⁹⁾

II. Situación en Uruguay

En Uruguay, en relación con la mortalidad proporcional, en 2018:

- las ENT principales representan el 54.5 % del total de muertes,
- en el grupo etario de 30 a 69 años este porcentaje es del 58.5 %,
- del total de fallecidos por ENT, el 30 % corresponde a personas menores de 70 años. ⁽¹⁰⁾

En relación con la tasa de mortalidad por ENT: la tasa ajustada es de 502,60 fallecidos por esta causa cada 100.000 habitantes. Se observa una tendencia al descenso.

En relación con el indicador de riesgo de mortalidad prematura, donde la meta sería su reducción en un 30 % para 2030, tomando como línea de base 2010, si bien hay un descenso del mismo año tras año desde esa fecha, la tendencia indica que no se llegaría a la meta en 2030.

Del primer Estudio de Carga Global de Enfermedad surge que ⁽¹¹⁾

en la población de 25 a 64 años:

- entre las primeras 15 causas de Años de Vida Perdidos (AVP), 10 de ellas corresponden a ENT,
- entre las primeras 15 causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD), 5

corresponden a las ENT de las cuales 3 ocupan los primeros lugares,

- entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), 10 de ellas corresponden a ENT;

en la población de 65 y más años, se observa la misma situación, figurando las ENT principales entre las primeras 15 causas de AVP, AVD y AVISA.

En el siguiente cuadro se muestra la prevalencia los 8 factores de riesgo, según la 2.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, ⁽¹²⁾ en población de 25 a 64 años (adultos):

Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo de ENT. 25 a 64 años. Año 2013. Uruguay

Indicador	Valor
Prevalencia fumadores diarios	28,8%
Prevalencia consumo episódico excesivo de alcohol ¹	9,5%
Prevalencia de consumo menor a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras	90,9%
Prevalencia de nivel bajo de actividad física ²	22,8%
Prevalencia de presión arterial elevada ³ (hipertensión arterial)	36,6%
Prevalencia de sobrepeso y obesidad ⁴	64,9%
Prevalencia de glucosa elevada en sangre ⁵ (diabetes)	7,6%
Prevalencia de colesterol elevado en sangre ⁶	21,5%

Fuente de datos: 2.ª ENFRENT 2013, MSP.

¹ingesta en una misma oportunidad igual o mayor a 5 tragos (hombres) o 4 tragos (mujeres) en la última semana; ²< 600 MET- min/semana; ³sistólica \geq 140 mmHg y/o diastólica \geq 90 mmHg y/o tomando medicación para hipertensión arterial; ⁴IMC \geq 25kg/m²; ⁵ \geq 126 mg/dl y/o en tratamiento por diabetes; ⁶ \geq 200 mg/dl o en tratamiento por colesterolemia elevada.

Vigilancia de las ENT

Dentro de los objetivos de los planes de acción para prevención y control figura realizar la vigilancia de estas enfermedades. Para esto es necesario contar con información sobre distintos momentos de ellas: las personas que fallecen por esta causa (base mortalidad), las que padecen estas enfermedades, o sea, morbilidad, para lo cual se pueden utilizar distintas fuentes de información y, por último, se debe contar con información sobre los factores de riesgo (encuestas) para lo que va a ocurrir en el futuro, teniendo en cuenta que los factores de riesgo están presentes mucho antes de que la persona desarrolle la enfermedad.

En el caso de las encuestas, la OMS ha diseñado la STEPS (o PASOS) y la GSHS (Global School-based Student Health Survey) que permiten conocer la prevalencia de estos factores de riesgo en población de 15 a 64 años (STEPS) y en población de 13 a 17 (GSHS). También ha diseñado un grupo de encuestas para medir prevalencia de consumo de tabaco (Global Tobacco Surveillance System) entre las que figuran la GATS (Global Adult Tobacco Survey) y la GYTS (Global Youth Tobacco Survey).

En Uruguay, se cuenta con información sobre mortalidad.

En relación con la morbilidad:

- egresos hospitalarios,
- morbilidad por cáncer (Registro Nacional de Cáncer),⁽¹³⁾
- se está implementando la estimación de IAM y ACV a partir de los datos de mortalidad, egresos hospitalarios y del Fondo Nacional de Recursos (sobre reperfusión del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST),
- se está trabajando para poder obtener información sobre prevalencia (diagnosticada) de diferentes enfermedades crónicas a partir de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN).
- morbilidad por enfermedad renal crónica (ERC): Ingresos a tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal) en el Registro Uruguayo de Diálisis y Trasplante de Fondo Nacional de Recursos y Sociedad Uruguaya de Nefrología.
- registro del Programa de Salud Renal que incluye pacientes con diagnóstico nefrológico de ERC en las instituciones adheridas (cobertura 78% de la población)
-

En relación con factores de riesgo:

- se han realizado 2 encuestas STEPS (ENFRENT en Uruguay) en 2006 y 2013,^(12,14)
- se realizaron 3 encuestas GSHS (EMSE en Uruguay) en 2006, 2012 y 2019,^(15,16,17)
- también se han realizado encuestas GATS (2009 y 2017) y GYTS (2006, 2014, 2019),^(18,19, 20)
- en relación con el consumo de drogas se cuenta con las realizadas por el Observatorio Uruguayo de Drogas en población de 15 a 65 años y en población de 13 a 17. En 2018 se realizaron las últimas ediciones de ambas.^(21,22)

Contar con esta información permite, además, construir gran parte de los 25 indicadores mencionados en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las ENT.

Impacto COVID 19 en las ENT

Las personas con ENT presentan mayor tendencia a padecer formas severas o fallecer de Covid-19. A raíz de la pandemia se produjo una alteración en los servicios de prevención y tratamiento de ENT.

De acuerdo con la publicación de OMS "The impact of COVID 19 pandemic on noncommunicable diseases resources and services: Results of a rapid assessment"⁽²³⁾ basada en un relevamiento de 194 ministerios de salud de los cuales respondieron 163 (84 %) se observa:

- 122 países reportaron interrupciones en los servicios de ENT.
- Servicios afectados: rehabilitación, manejo de hipertensos, manejo de diabetes y sus complicaciones, servicios de asma, servicios de cuidados paliativos, urgencias dentales, tratamiento de cáncer, emergencias cardiovasculares.
- Cuanto más severa la situación en relación con la fase de transmisión de Covid-19 (casos esporádicos, brotes, circulación comunitaria) mayor el impacto en la interrupción de los servicios.
- La telemedicina y el *triage* son las principales estrategias de mitigación utilizados.
- Los servicios de rehabilitación son los más comprometidos.
- Algunas causas de interrupción (considerando los 122 países): disminución de pacientes internados debido a cancelación de tratamientos electivos (65 países), clausura de programas de tamizaje poblacionales (46 países), medidas de disminución de la circulación (ej.: *lockdown* de transporte) que disminuyeron el acceso a los servicios de salud (43 países), utilización del personal dedicado a ENT para apoyar en tratamiento de Covid-19 (39 países), cierre de policlínicas especializadas (34 países).

III. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ¹

● CONSUMO DE TABACO

Consumo de tabaco en el mundo

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo común para las enfermedades no transmisibles y es una enfermedad adictiva crónica considerada una epidemia mundial y principal causa prevenible de enfermedad y muerte. La mitad de los fumadores morirán por una enfermedad causada por el tabaco, perdiendo un promedio de 10 a 15 años de vida.⁽²⁴⁾

En el mundo hay 1.300 millones de consumidores de tabaco. Cada año mueren por esta causa 8

¹ El consumo nocivo de alcohol será abordado en el capítulo de este libro sobre el problema priorizado Consumo de sustancias psicoactivas.

millones de personas (7 millones de consumidores activos y más de un millón de no fumadores afectados por humo de tabaco ajeno), siendo un millón de las Américas. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la Región representa el 16 % de las defunciones por enfermedades cardiovasculares, el 25 % de las muertes por cáncer (pulmón y otros cánceres tabaco-dependientes: tráquea, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino, entre otros) y más de la mitad (52 %) de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias. Los niños y adolescentes que utilizan cigarrillos electrónicos tienen al menos el doble de probabilidades de fumar cigarrillos más tarde en su vida.⁽²⁵⁾

El costo económico total del tabaquismo a nivel mundial (derivado de los gastos en salud y las pérdidas de productividad asociados) se estimaba en 1.4 billones de dólares, equivalente a 1,8 % del PIB mundial anual del 2012, transformando al consumo de tabaco en una causa reconocida de empobrecimiento de las familias y los países.⁽²⁵⁾

El consumo de tabaco en Uruguay

En Uruguay, el consumo de tabaco es responsable de más de 6.500 muertes cada año, fundamentalmente debido a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer.⁽²⁶⁾ La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos (UYU 5.800 millones anuales en 2015) cubre menos del 30 % de los gastos directos que el consumo de tabaco provoca en el Sistema Nacional Integrado de Salud.⁽²⁶⁾ Tiene además un claro componente de inequidad con una prevalencia del consumo en los quintiles de menores ingresos que duplica la prevalencia en los quintiles de mayores ingresos, con las respectivas consecuencias sanitarias del consumo.

El país ha monitoreado la prevalencia de consumo de tabaco a través de encuestas mundiales específicas, que se recomienda su repetición cada cinco años, así como incluyendo algún módulo o pregunta en encuestas nacionales.

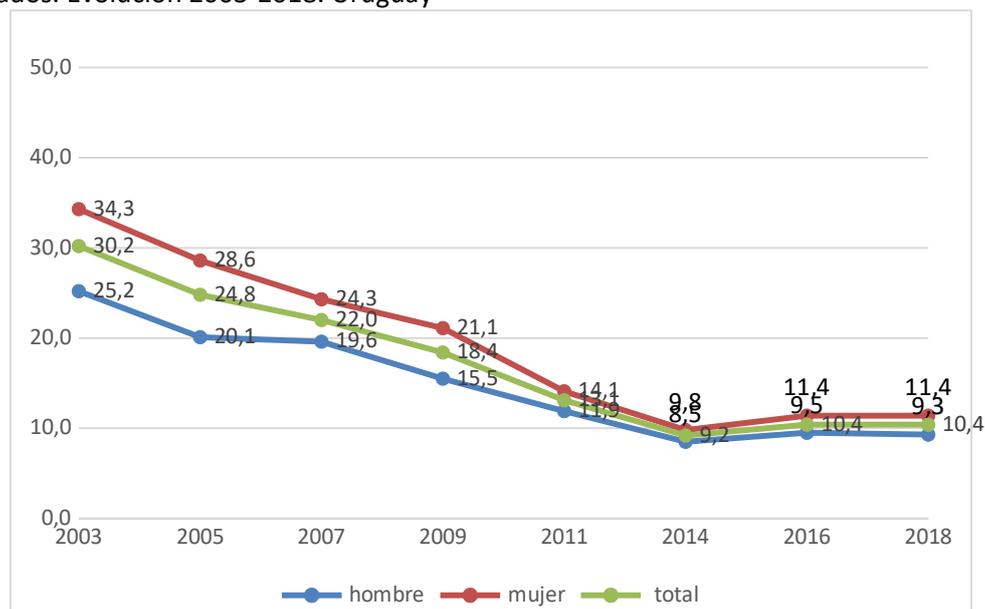
Encuestas mundiales de tabaquismo:

- en adultos (GATS) fue realizada por MSP/INE en 2009 (línea de base para las metas OSN 2020) y en 2017,⁽¹⁹⁾
- en jóvenes escolarizados (GYTS) fue realizada por MSP/JND/CDC en 2006, 2014 y 2019.⁽²⁰⁾

Módulos sobre tabaco incluidos en encuestas nacionales:

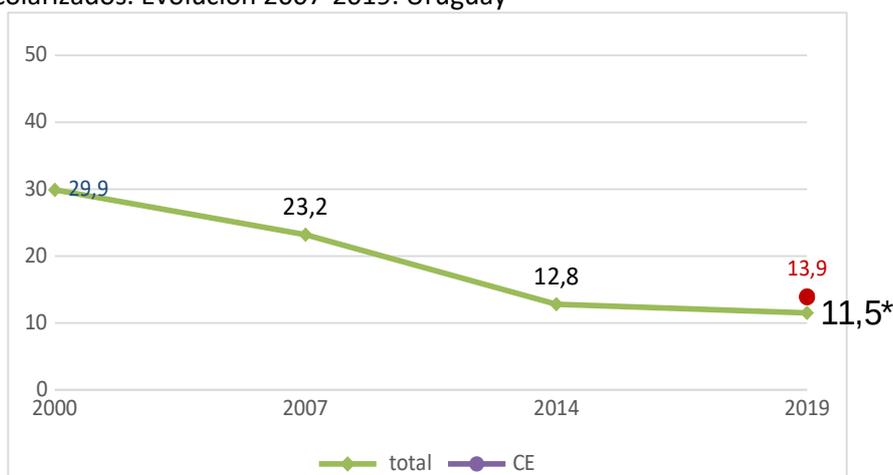
- Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para las Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) realizada por el MSP en 2006 y 2013. Se debería realizar una tercera ronda próximamente.^(12,14)
- Encuesta Mundial en Salud de Estudiantes de Enseñanza Media, realizada por OPS/OMS, CDC, SND en 2006.⁽¹⁷⁾
- Encuesta Continua de Hogares (INE) incluye alguna pregunta sobre consumo de tabaco para los años 2011, 2014, 2017, 2018 y 2019. Se incorporó una pregunta para el segundo semestre 2021, cuyos datos están siendo analizados al momento de la publicación de este documento.⁽²⁷⁾
- Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (JND) realizada a nivel nacional a jóvenes escolarizados de 13 a 17 años para los años 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2014, 2016 y 2018.⁽²²⁾

Gráfico 1 Prevalencia de fumadores actuales de cigarrillos en jóvenes de 13, 15 y 17 años escolarizados. Evolución 2003-2018. Uruguay



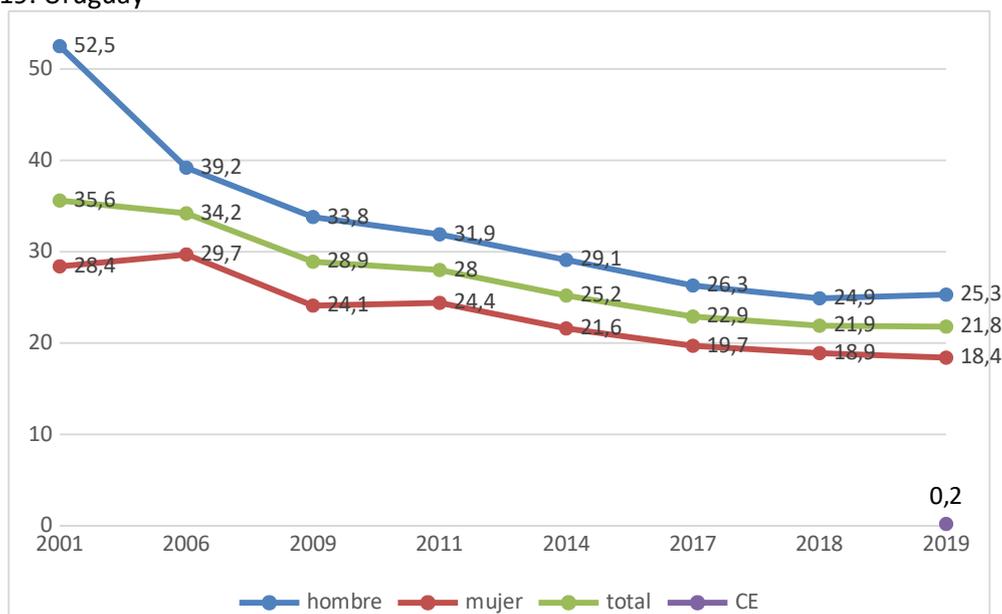
Fuente: Encuesta Consumo de drogas en Estudiantes de la Enseñanza Media.

Gráfico 2. Prevalencia de consumidores actuales de tabaco y consumo actual de CE en jóvenes de 13 a 15 años escolarizados. Evolución 2007-2019. Uruguay



Fuente: Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes. Nota: *sin cambios significativos respecto al año anterior. GYTS 2000 es representativa de Montevideo. Consumo actual; en los últimos 30 días. CE; cigarrillos electrónicos. Consumidor de tabaco, consumidor de algún producto de tabaco fumado o no fumado (no se incluye CE).

Gráfico 3. Fumadores actuales de 15-64 años de edad, según sexo y consumo actual de CE. Evolución 2001-2019. Uruguay



Fuente evolución: ECH 2001; JND 2006; GATS 2009; ECH 2011; ECH 2014; ECH 2018; ECH 2019. Fuente CE: GATS 2017. Nota: Consumo actual; en los últimos 30 días. CE; cigarrillos electrónicos. Fumador actual, consumió algún producto de tabaco fumado en los últimos 30 días (no se incluye CE).

Control de tabaco en Uruguay

Las acciones que se han implementado como política de Estado desde 2005, contenidas en la Ley n.º 18.256 de Control de Tabaco del 2008,⁽²⁸⁾ su decreto reglamentario n.º 284/008⁽²⁹⁾ y demás

normativa vinculada, que incorporan las recomendaciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS),⁽⁶⁾ convirtieron a Uruguay en el primer país de las Américas 100 % libre de humo de tabaco y han permitido bajar la prevalencia de fumadores actuales tanto en jóvenes como en adultos. No obstante, desde las mediciones del 2014, se ha evidenciado una meseta en la caída de la prevalencia, sobre todo en los jóvenes, conjuntamente con una feminización del consumo.

En 2017, en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y 69.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Uruguay fue considerado uno de los países referente en la aplicación de las estrategias del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco siendo uno de los países en aplicar tres de las cuatro medidas consideradas como *bestbuys* en su nivel más alto de aplicación:⁽³⁰⁾

- ambientes 100 % libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo cerrado y en el transporte público;
- advertencias sanitarias enérgicas, grandes y con imágenes en el empaquetado de los productos de tabaco (Figura 1);
- prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, incluida la exhibición en el punto de venta;
- resta la aplicación de impuestos por encima del 75 % del precio final de venta del producto, manteniendo un aumento periódico de precios por encima del Índice de Precios del Consumo (IPC).



Figura 1. Empaquetado neutro, Decreto 120/2019.⁽³¹⁾

Uno de los pilares de la efectividad de la política de control de tabaco es una fuerte y sistemática fiscalización del cumplimiento de la reglamentación que, por diversos motivos, entre ellos la pandemia de SARS-CoV-2 en 2020 y primeros meses de 2021, disminuyó radicalmente (Tabla 3).

Tabla 3. Inspecciones e infracciones a la normativa de control de tabaco. Evolución 2006-2021.

Uruguay

Año	Inspecciones	Infracciones	%
2006	1049	178	17,0%
2007	1001	369	36,9%
2008	1138	346	30,4%
2009	782	235	30,1%
2010	1506	303	20,1%
2011	2694	518	19,2%
2012	2138	369	17,3%
2013	2490	329	13,2%
2014	6435	471	7,3%
2015	7859	1213	15,4%
2016	8242	567	6,9%
2017	7672	563	7,3%
2018	6765	301	4,4%
2019	8193	330	4,0%
2020	4785	133	2,8%
2021*	113	6	5,3%
TOTAL	62862	6231	9,9%

Fuente: Programa Nacional de Control del Tabaco-MSP. Nota: *Solo el primer trimestre de 2021.

El problema

La prevalencia de consumo de tabaco, que hasta 2014 venía en franco descenso, desaceleró su pendiente en adultos, y en jóvenes no hubo cambios significativos y hasta se observó un incremento de algunos indicadores de consumo, para determinados productos, en las últimas mediciones.

Caracterización del problema

Globalmente se puede afirmar que el cambio de tendencia en el consumo de tabaco es reflejo de cambios sociales, acciones de la industria tabacalera y la falta de progresión en la implementación

del CMCT-OMS.

Uno de los factores determinantes de esta tendencia es la aparición de productos novedosos y emergentes en el mercado, aun siendo ilegales, y la disminución de la percepción de riesgos del consumo, sobre todo de estos productos novedosos, así como de los productos tradicionales saborizados. La encuesta GYTS 2019 (adolescentes 13 a 15 años) muestra una alta prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos; 13,9 % han sido consumidos en los últimos 30 días, cuando el consumo de productos de tabaco en esa población fue 11,5 % (Gráfico 2).⁽²⁰⁾ En la misma encuesta se encontró una disminución del porcentaje de los que están seguros de que el humo ajeno es dañino para su salud y un aumento de los que piensan que fumar tabaco ayuda a las personas a sentirse más cómodas en celebraciones, fiestas y reuniones sociales.

Preocupa las nuevas formas de publicidad indirecta y la venta ilegal por internet, particularmente de productos novedosos y emergentes que la industria tabacalera viene generando en los últimos años. El tratamiento del tabaquismo en forma integral y sistemática, en todos los servicios de salud y en todos los niveles de intervención, sigue siendo insuficiente. Reconociendo la presencia de unidades de tratamiento del tabaquismo en todo el país, estas constituyen un nivel especializado imprescindible pero no suficiente ni adecuado para brindar apoyo a la mayoría de la población consumidora de tabaco, que requiere intervenciones de menor intensidad.

Otro factor determinante del problema es la mayor asequibilidad de los productos de tabaco, consecuencia del aumento del poder adquisitivo de la población, con un aumento de los impuestos al tabaco por debajo del crecimiento del IPC.

- **ALIMENTACIÓN NO SALUDABLE**

Llevar una alimentación saludable a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio; por otra parte, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo, cereales integrales.

La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos.

De acuerdo con la OMS, una alimentación saludable incluye al menos 400 gramos de frutas y

hortalizas al día, menos del 10 % de la ingesta calórica total de azúcares libres, menos del 30 % de la ingesta calórica diaria procedente de grasas (se sugirió reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10 % de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1 %), y menos de 5 gramos de sal al día. Existen recomendaciones específicas para niños pequeños, que incluyen la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y una alimentación complementaria adecuada y segura.⁽³²⁾

La situación nacional sobre la alimentación saludable se describe en el problema vinculado a *Problemas nutricionales: sobrepeso, obesidad, anemia, retraso de crecimiento y deficiencias de nutrientes*.

- **ACTIVIDAD FÍSICA**

Situación mundial

La OMS define la actividad física (AF) como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud.⁽³³⁾

La actividad física puede ser estructurada o no estructurada. El ejercicio físico y el deporte corresponden a la AF estructurada.

Se estima que uno de cada cuatro adultos y el 81 % de los adolescentes no realizan suficiente AF. Además, el estilo de vida actual favorece las conductas sedentarias. Las mujeres y las niñas generalmente son menos activas que los hombres y los niños, aumentando las inequidades en salud. La AF previene las ENT y favorece el manejo de la hipertensión, mantener un peso saludable y mejora la salud mental, la calidad de vida y el bienestar.⁽³⁴⁾

La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo para enfermar o morir por ENT. Aumenta el riesgo de cáncer, infarto, ACV y diabetes en un 20-30 %. Se estima que cuatro a cinco millones de muertes por año se podrían evitar si la población mundial fuera más activa.⁽⁹⁾

Se estima que en 2016 la inactividad física le costó al sistema de salud U\$S 54 mil millones y ocasionó U\$S 14 mil millones en pérdidas económicas. Estimaciones realizadas tanto en países de altos, medianos o bajos ingresos indican que entre el 1 al 3 % de los gastos del sistema de salud son atribuibles a la inactividad física.⁽⁹⁾

En respuesta a la necesidad de mejorar los niveles de AF, la OMS elaboró el “Plan mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano” (Global action plan on

physical activity 2018-2030 (GAPPA): more active people for a healthier world), ⁽⁹⁾ para apoyar a los países y colaboradores e implementar acciones con base en cuatro áreas clave: políticas basadas en la evidencia más reciente, herramientas y recursos, coordinación y colaboración con otros sectores (deportes, transporte, etcétera) y monitoreo de los avances (cuestionario GPAQ incluido en la encuesta STEPS y las preguntas incluidas en la Global School-Based Student Health Survey).

La meta establecida por la OMS es aumentar en un 15 % la prevalencia de actividad física para el 2030.

Se han actualizado las recomendaciones sobre AF con las guías sobre actividad física y comportamiento sedentario y también se elaboraron guías para los niños menores de 5 años.

Situación en Uruguay

- Prevalencia de inactividad física y comportamiento sedentario. En Uruguay, se cuenta con los datos de la 2.ª ENFRENT (STEPS) realizada en 2013 y la 3.ª EMSE (GSHS) realizada en 2019. ^(12,15)

En la tabla 4 se presenta la prevalencia de actividad física de la ENFRENT. El 77 % de los adultos tienen un nivel adecuado de actividad física. En la población adulta, los hombres son significativamente más activos que las mujeres.

Tabla 4. Prevalencia actividad física por edad según sexo y nivel de actividad física. Año 2013. Uruguay

Nivel de actividad física	Edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
Hombres			
bajo*	14,5% (8,5-20,5)	19,8% (16,8-22,9)	18,5% (15,8-21,2)
adecuado**	85,5% (79,5-91,5)	80,2% (77,1-83,2)	81,5% (78,8-84,2)
Mujeres			
bajo*	21,2% (15,3-27,2)	25,5% (22,9-28,1)	24,5% (22,1-26,9)
adecuado**	78,8% (72,8-84,7)	74,5% (71,9-77,1)	75,5% (73,1-77,9)
Ambos sexos			
bajo*	17,9% (13,6-22,2)	22,8% (20,8-24,8)	21,6% (19,8-23,4)

adecuado**	82,1% (77,8-86,4)	77,2% (75,2-79,2)	78,4% (76,6-80,2)

Fuente de datos: 2.^a ENFRENT 2013, MSP.

* <600 MET-min/semana ; ** Al menos 150 minutos/semana de actividad física de intensidad moderada o al menos 75 minutos/semana de actividad física de intensidad vigorosa o cualquier combinación con al menos 600 MET-min./semana.

Al comparar año 2006 y 2013 (Tabla 5) se aprecia una mejora significativa en el nivel adecuado de actividad física en adultos (25 a 64 años) aunque se mantiene la diferencia entre hombres y mujeres.

Tabla 5. Prevalencia de inactividad física* 25 a 64 años según sexo. Años 2006 y 2013. Uruguay

Sexo	ENFRENT	
	2006	2013
	% (IC)	% (IC)
Hombres	23,8% (20,5-27,2)	19,8% (16,8 – 22,9)
Mujeres	35,3% (32,6-38,1)	25,5% (22,9 – 28,1)
Ambos sexos	29,9% (27,7 – 32,0)	22,8% (20,8 – 24,8)

Fuente de datos: ENFRENT, MSP. * <600 MET-min./semana.

En relación con el comportamiento sedentario (Tabla 6), en población adulta se aprecia un aumento entre 2006 y 2013.

Tabla 6. Prevalencia de comportamiento sedentario* 25 a 64 años según sexo. Años 2006 y 2013. Uruguay

Sexo	ENFRENT	
	2006	2013
	% (IC)	% (IC)
Hombres	21,4% (17,9 – 24,7)	28,9% (25,3 – 32,6)
Mujeres	16,3% (14,1 – 18,4)	22,0% (19,3 – 24,6)
Ambos sexos	18,2% (16,9 – 21,0)	25,3% (23,0 – 27,6)

Fuente de datos: ENFRENT, MSP.

* Tiempo ≥ 7 horas que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Incluye tiempo que pase ante una mesa de trabajo, sentado con amigos, viajando en ómnibus, jugando a las cartas o viendo la televisión, entre otras actividades. No incluye tiempo durmiendo.

En relación con la prevalencia de actividad física y comportamiento sedentario en estudiantes, en las tablas 7 a 9, se presentan los datos de la EMSE:

Tabla 7. Prevalencia actividad física y comportamiento sedentario en adolescentes*. Años 2006, 2012 y 2019. Uruguay.

Año EMSE	Actividad física**	Comportamiento sedentario***
2006	18,6% (16,8 – 20,4)	51,0% (48,4 – 53,6)
2012	16,4% (14,6 – 18,3)	58,3% (55,3 – 61,3)
2019****	14,2% (12,3 – 16,3)	61,5% (58,6 – 64,4)

Fuente de datos: EMSE-MSP. * Estudiantes de 13 a 15 años.

Practicaron alguna actividad física **por lo menos una hora los 7 días durante la última semana.

*** Pasan 3 o más horas realizando actividades sedentarias como mirar televisión, jugar juegos en la computadora u otras actividades que requieren permanecer sentados. Se excluyen las horas que pasan en el centro educativo y realizando actividades liceales.

Al observar las diferencias entre los sexos, en relación a la actividad física los varones son más activos que las mujeres si bien en relación al comportamiento sedentario no hay diferencias.

Tabla 8. Prevalencia de actividad física* en estudiantes de 13 a 17 años. Año 2019. Uruguay

sexo	edad		
	13 a 15	16 a 17	13 a 17
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
hombres	19,9% (17,2-23,0)	17,3% (13,2-22,4)	18,9% (16,2-21,9)
mujeres	8,2% (6,4-10,4)	9,9% (7,2-13,4)	8,9% (7,4-10,7)
ambos sexos	13,9% (12,3-15,7)	13,2% (10,9-15,8)	13,6% (12,2-15,2)

Fuente de datos: 3.ª EMSE 2019. *al menos 60 minutos por día todos los días en los últimos 7 días.

Tabla 9. Prevalencia de comportamiento sedentario* en estudiantes de 13 a 17 años. Año 2019. Uruguay

sexo	edad		
	13 a 15	16 a 17	13 a 17
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
hombres	61,8% (57,5-65,9)	66,3% (61,5-70,7)	63,5% (60,1-66,8)
mujeres	61,1% (57,2-64,8)	64,7% (60,6-68,6)	62,6% (59,6-65,4)
ambos sexos	61,3% (58,6-64,0)	65,6% (62,3-68,8)	63,1% (60,7-65,3)

Fuente de datos: 3.ª EMSE 2019 . * Tiempo ≥ 3 horas por día que suele pasar en actividades que implica estar sentado. Incluye tiempo que pase viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como por ejemplo tomando mate. No incluye tiempo en el liceo o realizando las tareas liceales.

Conclusión: la población adulta estaría más activa pero también más sedentaria pero en los adolescentes hay un aumento de la inactividad física y del comportamiento sedentario.

Algunas acciones desde el MSP para promover la actividad física:

- Guías de actividad física. En 2016 se publicaron las guías de actividad física para la población uruguaya.⁽³³⁾
- Manual para prescripción de la actividad física. Se encuentra todavía en etapa de borrador un manual dirigido a médicos y resto del equipo de salud para realizar la prescripción del ejercicio en población sana y en determinadas ENT.
- En conjunto con el Programa de Nutrición se viene trabajando en la Comisión de seguimiento de la ley n.º 19.140, en forma intersectorial, para fomentar entornos educativos saludables en relación con la alimentación saludable y la actividad física.⁽³⁵⁾
- Se han realizado diversas instancias de difusión de las recomendaciones de AF a distintos actores.

● **SOBREPESO Y OBESIDAD**

La alimentación 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 la gestación y continúan durante las 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 del consumo 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 un elevado contenido energético, de grasas, azúcares libres y sodio, y escasas frutas y verduras.

La obesidad ha crecido exponencialmente en todo el mundo, constituyendo un problema de salud pública con proporciones epidémicas. Uruguay no escapa a esta realidad, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad han crecido de forma alarmante en las últimas décadas, en todos los grupos etarios desde etapas tempranas.

La obesidad, además de ser una enfermedad en sí misma, constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de ENT, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.⁽³⁶⁾

IV. ENFERMEDADES

- **Enfermedades cardiovasculares (IAM y ACV)**

Situación mundial

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año fallecen por esta causa más personas que por cualquier otra causa. Se estima que en 2015 fallecieron por esa causa 17.7 millones de personas, lo que representa el 30 % de todas las muertes. Las principales causas dentro de las ECV son la cardiopatía coronaria (7.4 millones) y los ataques cerebrovasculares (6.7 millones).⁽³⁷⁾

Para las personas con ECV o alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia, o alguna ECV ya confirmada) son fundamentales la detección precoz, el tratamiento y control (seguimiento) adecuado.

Las ECV son un grupo de enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos entre las que se incluyen:

- la cardiopatía coronaria,
- las enfermedades cerebrovasculares,
- las arteriopatías periféricas,
- la cardiopatía reumática,
- las cardiopatías congénitas,
- las trombosis venosas profundas y las embolias pulmonares.

Los principales factores de riesgo de estas enfermedades son los mismos que ya fueron mencionados anteriormente en la sección de enfermedades no transmisibles.

Situación en Uruguay

En Uruguay las ECV representan la primera causa de muerte, agrupando por grandes causas. Sin embargo, desde hace unos años, en el caso de los hombres, ocupa el segundo lugar luego del cáncer. Dentro de las muertes por ECV, las 2 principales causas son las enfermedades isquémicas del

corazón y las enfermedades cerebrovasculares.⁽³⁸⁾

En 2018, de un total de 34.128 muertes, 8.614 fueron debidas a las ECV (4.157 en hombres y 4.457 en mujeres).⁽¹⁰⁾ En relación con las tasas de mortalidad por ECV y sus tendencias, se observa un descenso a lo largo del tiempo. Este descenso se observa tanto en hombres como en mujeres. No hay diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por ECV entre hombres y mujeres.⁽³⁸⁾ Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica y por enfermedades cerebrovasculares también muestran una tendencia al descenso. Lo que sí se observa es que la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica es más alta en hombres y en el caso de las enfermedades cerebrovasculares es más alta en mujeres.

Ataque cerebrovascular (ACV) e Infarto agudo de miocardio (IAM)

Incidencia:

Se comenzó a partir del año 2020 a trabajar en la estimación de la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) y de ataque cerebrovascular (ACV) a partir del cruce de las bases de datos de mortalidad y egresos hospitalarios y de datos del Fondo Nacional de Recursos (FNR, en el caso de los IAM).⁽³⁹⁾

Con base en esto se ha estimado que la incidencia de ACV para el año 2018 fue de 4.200 casos (2.054 en hombres y 2.146 en mujeres). Según el tipo de ACV, 834 fueron hemorrágicos, 1.273 isquémicos y 2.093 no estaban especificados.

La tasa de incidencia de ACV para 2018 fue de 120 ACV cada 100.000 habitantes. En hombres fue de 121 cada 100.000 hombres y en mujeres 119 cada 100.000 mujeres.

En relación con los IAM todavía no se cuenta con estimaciones de incidencia.

Tratamiento:

En lo relativo al tratamiento del IAM, se han implementado medidas a partir de los OSN 2020 para mejorar los tiempos de reperusión del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST). Se elaboró el protocolo “Tratamiento de reperusión del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST”.⁽⁴⁰⁾

Utilizando las Metas Asistenciales 2017-2019⁽⁴¹⁾ se realizó un curso *on line* y se capacitaron a los médicos de todas las instituciones médicas sobre la aplicación del protocolo. Finalmente, otra de las metas fue “auditar” con base en la información sobre los IAMST que debían enviar los prestadores complementada con la del Fondo Nacional de Recursos correspondiente a la realización de fibrinólisis y angioplastias.

En el caso del ACV, se elaboró el “Protocolo Nacional de ACV” (para abordaje del ACV isquémico).⁽⁴²⁾ Además, se está trabajando en la creación de las unidades de ACV (UACV) y el traslado de los

pacientes, y en la mejora de la realización de trombólisis y la trombectomía en los casos de ACV isquémico. Se estima que 10 a 25 % de los ACV isquémicos (infartos cerebrales) serían candidatos para realizarles una trombólisis intravenosa y 5 a 10 % para una trombectomía (con o sin fibrinólisis previa).

- **Hipertensión arterial**

Situación mundial

Según la OMS, la hipertensión arterial (HTA) afecta más del 30 % de la población adulta mundial y es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca) y enfermedad cerebrovascular (ataque cerebrovascular), pero también para la enfermedad renal crónica y la demencia.⁽⁴³⁾

La hipertensión arterial es el factor de riesgo que tiene mayor peso en la mortalidad. Muchas personas con hipertensión no notan síntomas y es posible que no sepan que existe un problema. Se estima que 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlada su presión arterial. Por esta razón la disminución de la prevalencia de la HTA es una de las metas del plan de acción para prevención y control de las ENT. El objetivo es lograr una disminución del 25 % de la prevalencia para el año 2030. En lo relacionado con los factores de riesgo, la HTA comparte los riesgos comunes a las ENT como consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación no saludable (especialmente el consumo elevado de sal) así como el sobrepeso/obesidad. En relación con factores de riesgo no modificables están los antecedentes familiares, la edad y la presencia de otras patologías.

Situación en Uruguay

En Uruguay hay una alta prevalencia de HTA en la población (Tabla 10). Además, la prevalencia ha aumentado de forma significativa entre ambas encuestas ENFRENT.

Tabla 10. Prevalencia de hipertensión arterial* por edad según sexo. Año 2013. Uruguay

Sexo	Edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
Hombres	9,0 (3,9-14,0)	40,4 (36,7-44,1)	32,6 (29,5-35,7)
Mujeres	8,5 (4,3-12,6)	33,1 (30,6-35,7)	27,4 (25,3-29,6)
Ambos sexos	8,7 (5,6-11,9)	36,6 (34,4-38,8)	29,9 (28,1-31,8)

Fuente de datos: 2.ª ENFRENT 2013-MSP.

*sistólica \geq 140 mmHg y/o diastólica \geq 90 mmHg y/o tomando medicación para hipertensión arterial.

También de acuerdo con la 2.ª ENFRENT, en población de 25 a 64 años, un 58 % de los hipertensos no está diagnosticado.

A continuación se presentan dos tablas sobre estudio realizado por la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y Unidad Coronaria Móvil (CHSCV-UCM) en niños de 5.º y 6.º año (10 a 13 años) de escuelas públicas de Montevideo, período 2015-2016. Además de determinar la prevalencia, se comparó con niños con estado nutricional adecuado y con sobrepeso/obesidad.

Tabla 11. Prevalencias estimadas de presión arterial en niños de 10 a 13 años de escuelas públicas de Montevideo. Período 2015-2016. Uruguay

Presión arterial	%	IC
Normotenso	84,9	(82,6-87,2)
Pre HTA	7,3	(5,6-8,9)
HTA	7,8	(6,1-9,6)

Fuente: Estragó V, Álvarez R, Tabárez A., 2014. ⁽⁴⁴⁾

Tabla 12. Prevalencias estimadas de presión arterial de acuerdo con el estado nutricional de niños de 10 a 13 años de escuelas públicas de Montevideo. Período 2015-2016. Uruguay

Estado nutricional	Presión arterial			
	Normotenso	Pre HTA	Hipertenso	Total
Normopeso	88,5	5,9	5,6	100%
Sobrepeso / Obesidad	79,2	9,4	11,4	100%
Todos	84,9	7,3	7,8	100%

Fuente: Estragó V, Álvarez R, Tabárez A., 2014. ⁽⁴⁴⁾

Teniendo en cuenta esta situación y a efectos de mejorar la captación y el seguimiento de la HTA, en las Metas Asistenciales 2017-2019 ⁽⁴¹⁾ se incorporó una meta destinada a esos efectos (Meta II parte I).

El análisis de lo obtenido de las instituciones a partir de la revisión de las historias clínicas de una muestra de los pacientes hipertensos reportados (25 a 64 años) mostró que solamente en un 52,8 % (3.ª auditoría) de las instituciones privadas se cumplía con la recomendación de realizar la toma de presión arterial (PA) cada 6 meses y su registro en la historia clínica (Tabla 13). ⁽⁴¹⁾

La medición de la PA y su registro al menos 1 vez cada 6 meses es la indicación principal en el control de un hipertenso. Así figura en el protocolo de manejo de la HTA en el primer nivel de atención que fue elaborado a efectos del manejo adecuado de esta patología. ⁽⁴⁵⁾

Tabla 13. Distribución de los pacientes hipertensos según medición de presión arterial en el semestre. Prestadores privados. Uruguay

Medición presión arterial	1ª auditoría*		2ª auditoría**		3ª auditoría***	
	F. A.	%	F. A.	%	F. A.	%
Sí	3.307	33,64	5.070	48,65	2.657	52,84
No****	3.064	31,16	1.194	11,46	906	18,02
Sin dato	3.461	35,20	4.157	39,89	1.465	29,14
Total	9.832	100,00	10.421	100,00	5.028	100,00

Fuente: MSP. Análisis metas asistenciales 2017-2019 y 2019-2021; 2021. ⁽⁴⁶⁾

*Al menos una medición de presión arterial consignada en la historia clínica entre el 1° abril de 2017 y 30 de setiembre de 2017.

**Al menos una medición de presión arterial consignada en la historia clínica entre el 1° de octubre de 2017 y el 31 de marzo de 2018.

***Al menos una medición de presión arterial consignada en la historia clínica entre el 1° de abril de 2018 y el 30 de setiembre de 2018.

****Cuando la medición se realizó por fuera del semestre considerado.

En las Metas Asistenciales 2019-2021 ⁽⁴¹⁾ también se incorporó una meta relacionada con la captación y control de la HTA en personas de 25 a 64 años. En la tabla 14 se observa que de los pacientes captados, estaban “controlados” (SÍ) entre el 26,7 % y el 38,60 %, según el semestre. ⁽⁴⁶⁾

Tabla 14. Distribución de los usuarios hipertensos captados por semestre según calidad del envío. Ambos sexos

Medición PA	Semestre 1¹		Semestre 2²		Semestre 3³		Semestre 4⁴	
	F. A.	%						
SÍ	88.622	26,71	138.265	38,18	141.423	38,60	107.603	26,91
NO	242.750	73,17	221.755	61,24	223.044	60,88	227.255	56,82
FF	372	0,11	2.081	0,57	1.903	0,52	65.063	16,27
Total	331.744	100,00	362.101	100,00	366.370	100,00	399.921	100,00

Fuente: MSP. Análisis metas asistenciales 2017-2019 y 2019-2021; 2021. ⁽⁴⁶⁾

¹Al menos una medición de PA entre 1° de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019. ²Al menos una medición de PA entre el 1° de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2019. ³Al menos una medición de PA entre el 1° de julio 2019 y el 30 de junio de 2020. ⁴Al menos una medición de PA entre el 1° de enero 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

- **Dislipemias**

Situación en el mundo y en las Américas

La OMS no cuenta con datos publicados sobre la prevalencia de dislipemias a nivel mundial, sin embargo, la OPS ha desarrollado estimaciones de la prevalencia de colesterol total como uno de los factores de riesgo principales para la enfermedad cardiaca isquémica y para el ACV isquémico. En la región de las Américas se estima que la media de colesterol total en sangre más baja en el 2018 fue en Barbados (4,24 mmol/L), mientras que la más alta se estimó para Uruguay (4,78 mmol/L).⁽⁴⁷⁾

Situación en Uruguay

Tabla 15. Prevalencia de colesterolemia elevada* por edad según sexo. Año 2013. Uruguay

Sexo	Edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
Hombres	4,5 (0,8-8,2)	22,1 (18,9-25,4)	17,8 (15,1-20,4)
Mujeres	12,7 (7,9-17,5)	20,9 (18,7-23,1)	19,0 (17,0-21,0)
Ambos sexos	8,6 (5,6-11,6)	21,5 (19,5-23,5)	18,4 (16,7-20,1)

Fuente de datos: 2.º ENFRENT 2013, MSP. *≥ 200 mg/dl y/o en tratamiento por colesterolemia elevada.

En 2019 se elaboró la Guía nacional para el abordaje de las dislipemias en el adulto.⁽⁴⁸⁾

- **Cáncer**

Situación mundial

El cáncer es una de las principales causas de muerte. Casi 10 millones de personas fallecieron en el mundo por esta causa en 2020. Los tipos de cáncer con más peso en la mortalidad fueron: pulmón (1.8 millones), colo-recto (935.000), hígado (830.000), gástrico (769.000) y mama (685.000).⁽⁴⁹⁾

Desde hace varios años el cáncer ocupa el primer lugar entre las causas de muerte prematura (en menores de 70 años), como consecuencia del progresivo mejor control de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.⁽⁵⁰⁾

En relación con la incidencia, los más frecuentes fueron el cáncer de mama (2.26 millones), pulmón (2.21 millones), colo-recto (1.93 millones), próstata (1.41 millones), piel no melanoma (1.20 millones) y gástrico (1.09 millones).⁽⁴⁹⁾

La actual pandemia por SARS-CoV-2 tendrá un impacto importante tanto a nivel internacional como nacional que podrá llevar a variaciones en los datos epidemiológicos de esta enfermedad.

De 30 a 50 % de los casos de cáncer se pueden evitar. Para ello es necesario disminuir los factores de riesgo. Dentro de los principales factores de riesgo se encuentran los que son comunes a otras ENT

como consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación no saludable, inactividad física/sedentarismo.

Otros factores de riesgo son la contaminación ambiental, la exposición solar excesiva y las infecciones crónicas como las producidas por *Helicobacter pylori*, papilomavirus humanos, virus de la hepatitis B y C, el virus de Epstein Barr y el VIH (virus de inmunodeficiencia humana).⁽⁴⁹⁾

Se estima que:⁽⁴⁹⁾

- El tabaco y exposición al humo de este constituye el 29 % (se asocian al cáncer de tráquea y pulmón, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, cuello de útero, entre otros).
- La alimentación no saludable, sobrepeso y obesidad son responsables de un 25 % (se asocian con el cáncer de mama en la postmenopáusica, cáncer de colon, de endometrio, próstata y páncreas entre otros).
- Los virus son responsables en un 8 % (el más relevante es el del cáncer de cuello de útero).
- La inactividad física y el sedentarismo son responsables de un 5 %.
- El alcohol es responsable del 4 %.
- Las radiaciones ultravioleta son responsables del 2 % (cáncer de piel).

Asimismo, la detección precoz y el tratamiento adecuado logran la recuperación en muchos tipos de cáncer.

Es importante, por tanto, la realización del tamizaje o cribado en el cáncer cérvico uterino, de mama y colo-recto en los grupos poblacionales por edad recomendados según cada guía de tamizaje.

Situación en Uruguay

El cáncer constituye la segunda causa de muerte luego de las enfermedades del aparato circulatorio constituyendo el 24,2 % del total de muertes. También en nuestro país, ocupa el primer lugar entre las causas de muerte prematura (en menores de 70 años).⁽¹⁰⁾

En relación con la incidencia y la mortalidad por cáncer, el Uruguay presenta un perfil epidemiológico similar al de los países desarrollados. La larga expectativa de vida y el estilo de vida, entre otros, serían las principales causas de esta similitud. Sin embargo, por otro lado, se evidencian cifras relativamente elevadas como por ejemplo en el cáncer de cuello uterino, similar a lo que ocurre en los países menos desarrollados.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Registro Nacional de Cáncer, durante el período 2013-2017 se registraron 84.765 casos nuevos de cáncer, lo cual representa un promedio de unos 16.953 casos nuevos cada año (incluyendo al cáncer de piel no melanoma).⁽¹³⁾

En relación con la mortalidad, se registraron durante el mismo período, 40.657 muertes por cáncer, lo cual representa un promedio de 8.131 muertes cada año. Aproximadamente un tercio de esas muertes se deben a cánceres tabaco dependientes (tráquea y pulmón, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, cuello de útero, entre otros).

En suma, en promedio se presentan aproximadamente 17.000 casos nuevos y mueren más de 8.000 uruguayos por esta causa.

Los cuatro tipos de cánceres más frecuentes (excepto el cáncer de piel no melanoma) son: el cáncer de mama en la mujer, el cáncer de próstata, de colo-recto y de pulmón. Este grupo constituye aproximadamente la mitad de todos los cánceres (48,4 %).

De acuerdo con los datos proporcionados por el Registro Nacional de Cáncer durante el periodo 2013-2017 (gráficos 4 y 5; tablas 16 y 17):⁽¹³⁾ la incidencia en hombres muestra que el cáncer más frecuente es el de próstata con una tasa ajustada por edad (T.A.) de 59,36 y un promedio anual de casos de 1.466. Constituye el 20,4 % del total de cánceres del hombre. El 50 % de los casos se diagnostican en mayores de 70 años. Le sigue el cáncer de pulmón (T.A. 45,91) con un promedio anual de 1.092 casos y el de colo-recto (T.A. 38,94) con un promedio anual de 962. Estas tasas se expresan en casos por 100.000 (hombres o mujeres expuestos a riesgo) y se refieren a una población mundial de configuración demográfica estándar. Sin embargo, el primero en mortalidad en hombres es el cáncer de pulmón con una tasa ajustada por edad de 41,43 y un promedio anual de 1.000 casos, le sigue el cáncer de colo-recto (T.A. 19,19) y un promedio anual de 525 casos y luego el cáncer de próstata con una T.A. de 18,03 con un promedio anual de 574 casos. A pesar del franco y sostenido descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón en el hombre desde hace más de 25 años, aún se mueren más de 1.342 uruguayos por año (1.000 hombres y 342 mujeres durante el período 2013-2017). En las mujeres, el tumor más frecuente en incidencia es el cáncer de mama con una tasa ajustada por edad de 73,63 y un promedio anual de 1.933 casos. Le sigue el cáncer de colo-recto, con una tasa ajustada de 27,60 con un promedio anual de 937 casos y luego el cáncer de cuello uterino con una tasa ajustada de 14,26 y un promedio de 311 casos por año. Se destaca el aumento progresivo del cáncer de pulmón con una T.A. de 13,58 y un promedio de 401 casos. En cuanto a la mortalidad en las mujeres, el cáncer de mama sigue siendo el más frecuente con una tasa ajustada por edad de 20,66 y un promedio anual de 679 casos, le sigue el cáncer de colo-recto

(T.A. 12,38) y un promedio anual de 515 casos. Viene en ascenso el cáncer de pulmón en la mujer con una T.A. de 11,13 y un promedio anual de 342 casos. Esto se vincula a que la mujer comienza a fumar más tardíamente en la sociedad.

Gráficos 4-5. Cáncer. Principales sitios ordenados por incidencia. Hombres. Mujeres. Período 2013-2017. Uruguay.

Registro Nacional de Cáncer – Uruguay, 2013-2017

Principales sitios

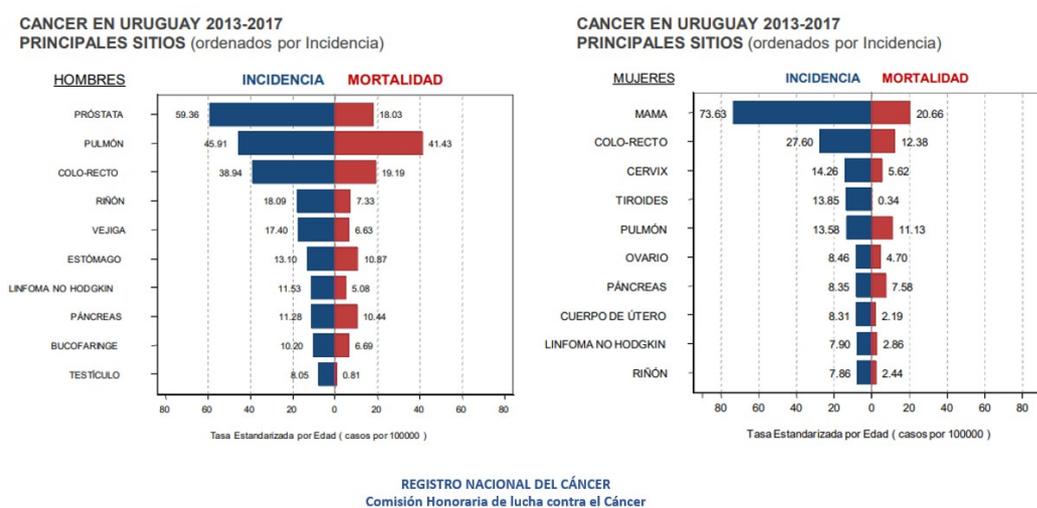


Tabla 16. Mortalidad por cáncer en hombres por principales sitios. Período 2013-2017. Uruguay

	Sitio del cáncer	Tasa ajustada	Casos período	Casos promedio anual	% sobre todos los cánceres	% sobre TC sin piel
1	Tráquea y pulmón	41,43	5001	1000	22,41%	22,58%
2	Colo-recto y ano	19,19	2625	525	11,76%	11,85%
3	Próstata	18,03	2868	574	12,85%	12,95%
4	Estómago	10,87	1373	275	6,15%	6,20%
5	Páncreas	10,44	1316	263	5,90%	5,94%
6	Riñón	7,33	925	185	4,14%	4,18%
7	Cavidad oral y faringe	6,69	764	153	3,42%	3,45%
8	Vejiga, ureter, uretra	6,63	964	193	4,32%	4,35%

9	Esófago	5,67	726	145	3,25%	3,28%
10	Sistema nervioso central	6,16	548	110	2,46%	2,47%

Fuente: Registro Nacional del Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

Tabla 17. Mortalidad por cáncer en mujeres por principales sitios. Período 2013-2017. Uruguay

	Sitio del cáncer	Tasa ajustada	Casos período	Casos promedio anual	% sobre todos los cánceres	% sobre TC sin piel
1	Mama	20,66	3393	679	18,50%	18,61%
2	Colo-recto y ano	12,38	2574	515	14,04%	14,12%
3	Tráquea y pulmón	11,13	1712	342	9,34%	9,39%
4	Páncreas	7,58	1514	303	8,26%	8,30%
5	Cuello de útero	5,62	704	141	3,84%	3,86%
6	Ovario	4,70	742	148	4,05%	4,07%
7	Estómago	4,38	816	163	4,45%	4,47%
8	Vesícula y vías biliares	3,27	617	123	3,36%	3,38%
9	Sistema nervioso central	3,24	470	94	2,56%	2,58%
10	Linfoma No Hodgkin	2,86	542	108	2,96%	2,97%

Fuente: Registro Nacional del Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

En cuanto a tendencias de incidencia, en el período (2002-2017) se observa:

- Las tasas de incidencia (estandarizadas por edad) por cáncer de todos los sitios reunidos han sido estables en hombres y ligeramente ascendentes en mujeres, si bien el ascenso no es estadísticamente significativo.
- En ambos sexos se ha observado un descenso en la incidencia del cáncer de esófago, de estómago, de bucofaringe y un aumento en cáncer de riñón y melanoma. Permanecen estables el cáncer colorrectal, de vejiga y de vías urinarias.

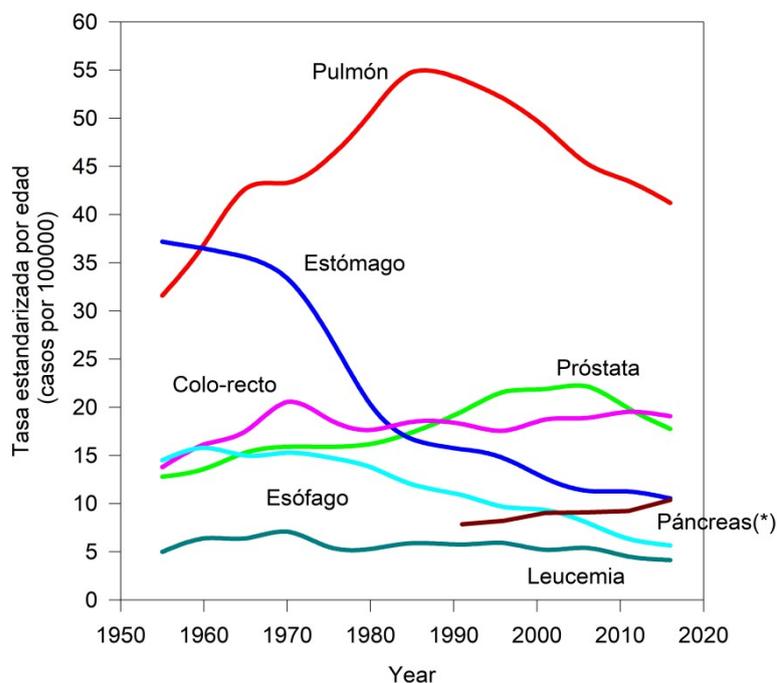
- En hombres, se ha observado un aumento en la tasa incidencia de cáncer de próstata, un descenso en el cáncer de pulmón y estabilidad en el caso del linfoma de Hodgkin.
- En mujeres ha aumentado la incidencia de cáncer de pulmón y linfoma de Hodgkin y descenso en el cáncer de cuello de útero.
- Un análisis reciente de las tendencias sobre cáncer colo-rectal han evidenciado un aumento en la incidencia en jóvenes entre 40 y 49 años.

Las tendencias de mortalidad (1952 – 2018) muestran:

- En hombres se observa una disminución del cáncer de estómago y aumento del cáncer de pulmón en los primeros años de la década del sesenta y a partir de mediados de los ochenta comienza un descenso mantenido. Se observa una reciente reducción de la tasa de mortalidad del cáncer de próstata.

Gráfico 6. Tendencias de la mortalidad por cáncer en Uruguay. Hombres. Período 1953-2018

**TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN URUGUAY
HOMBRES - PERÍODO (1953-2018).
TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN MUNDIAL ESTÁNDAR.**



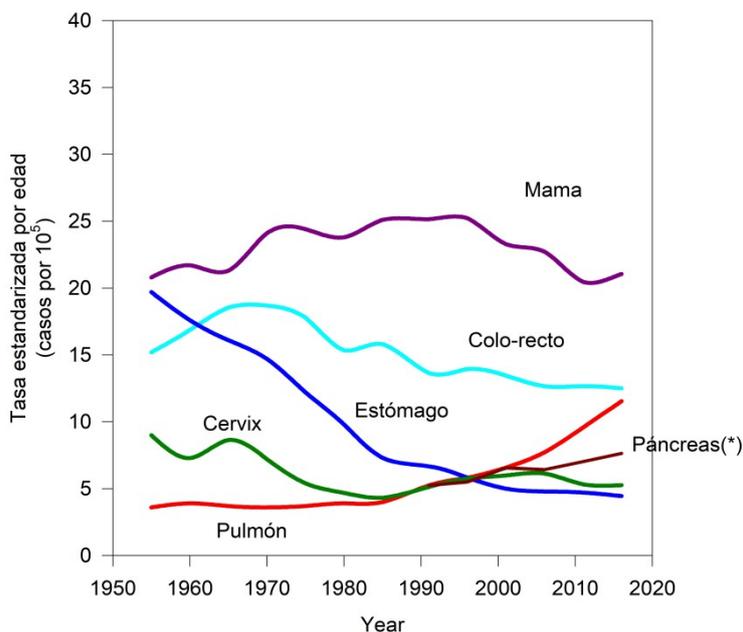
Modificado y actualizado de:
"Cancer Mortality Trends in Uruguay 1953-1991"
DeStefani E., Fierro L., Barrios E. and
Ronco A. *Int. J. Cancer* 56:634-639 (1994)

(*) Datos disponibles desde el quinquenio: 1989-1993.

- En mujeres se observa un ascenso del cáncer de mama en la última mitad del siglo pasado y luego un descenso a partir de mediados de los noventa. A partir de 2014 esta tendencia descendente parece que se detiene e incluso se revierte. El cáncer colo-rectal ha mostrado un descenso en las últimas dos décadas.
- El cáncer de cuello uterino presenta un ascenso a mediados de los ochenta y luego a partir de los noventa comienza un descenso. A destacar el aumento que se observa en el cáncer de pulmón a partir de finales de los ochenta. Con el cáncer de estómago sucede algo similar a lo que sucede en los hombres.

Gráfico 7. Tendencias de la mortalidad por cáncer en Uruguay. Mujeres. Período 1953-2018

**TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN URUGUAY
MUJERES - PERÍODO (1953-2018).
TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN MUNDIAL ESTÁNDAR**



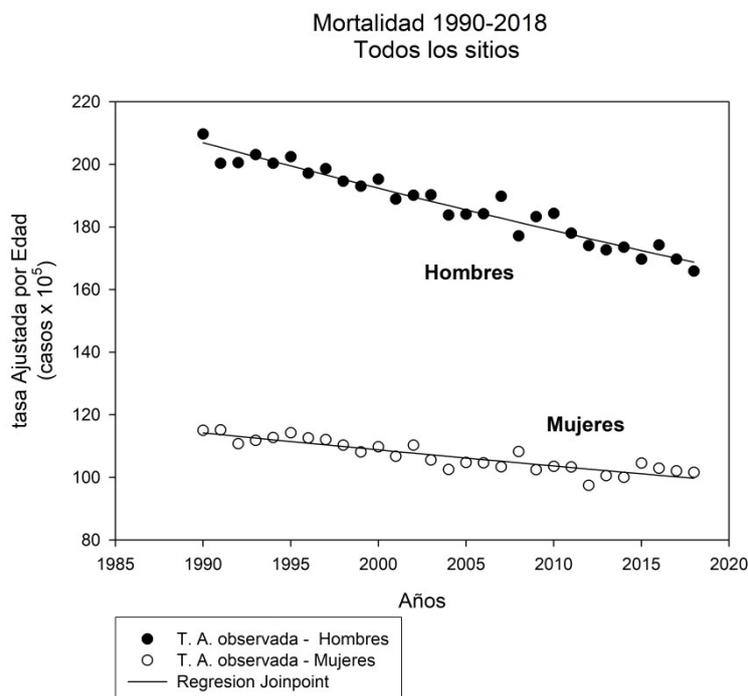
Modificado y actualizado de:
"Cancer Mortality Trends in Uruguay 1953-1991"
DeStefani E., Fierro L., Barrios E. and
Ronco A. *Int. J. Cancer* 56:634-639 (1994)

(*) Datos disponibles desde el quinquenio 1989-1993.

Las tendencias recientes de la mortalidad para todos los sitios reunidos (período 1990-2019):

- Disminuyen desde 1990 en ambos sexos, a razón de menos de 1 % por año. En los hombres, con un promedio de 0,7 % anual; en las mujeres decrece a un 0,6 % anual hasta 2012, donde se detiene este descenso, probablemente debido a la influencia de las tendencias de los cánceres de mama y pulmón.

Gráfico 8. Tendencias de la mortalidad por cáncer en todos los sitios. Período 1990-2018



Fuente: Registro Nacional de Cáncer, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

Prevención

El 30-40 % de los cánceres se pueden prevenir modificando nuestro estilo de vida.

Dentro de los factores de riesgo, el tabaco constituye el 29 % (se asocia al cáncer de tráquea y pulmón, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, cuello de útero, entre otros). La alimentación no saludable, sobrepeso y obesidad se asocian con el cáncer de mama en la postmenopáusica, cáncer de colon, de endometrio, próstata y páncreas, entre otros. Los virus se asocian con el cáncer de cuello de útero, entre otros. Otros factores que se asocian con varios tipos de cáncer son el sedentarismo, el alcohol, las radiaciones ultravioletas y factores ambientales.

La detección precoz de los cánceres prevenibles permite reducir la mortalidad por cáncer.

Impacto del SARS-CoV-2 en Uruguay

Durante la pandemia por SARS-CoV-2 en 2020 en Uruguay, al igual que a nivel mundial, disminuyó la realización de los exámenes de tamizaje por múltiples causas: la incertidumbre a este tipo de infección, la escasa movilidad de la población en particular en los primeros meses de la pandemia y también en los meses donde aumentaron los casos de Covid-19 (noviembre y diciembre de 2020).

Nos referimos a la mamografía para el cáncer de mama, colpocitología oncológica (PAP) para el cáncer de cuello uterino y la detección de sangre oculta en materia fecal (PSI) para el cáncer de colon.

De acuerdo con los datos disponibles, proporcionados por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, se observa:

- Reducción del 25 % de PAP realizados (incluye prestadores públicos y privados).
- Mayor descenso (43 %) si se considera los PAP realizados en el grupo de edad sugerido para *screening* por las guías del MSP (21 a 69 años).
- Reducción del 30,5 % en las mamografías realizadas (corresponde a prestadores privados).
- Descenso de 23 % si se considera el rango etario del *screening* según las guías del MSP (50 a 69 años) . (Corresponde a prestadores privados).
- Descenso del 12 % en realización de PSI total o en los realizados en la franja de edad de tamizaje según las guías del MSP (50 a 74 años).(Corresponde a prestadores privados).

De los datos disponibles, proporcionados por el Nodo Imagenológico del Instituto Nacional del Cáncer (INCA- ASSE), en relación con mamografías durante el 2020 se ha observado una reducción del 22 %.

● **Diabetes**

Situación mundial

La prevalencia de la diabetes a nivel mundial viene en aumento: de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. En 2014 se estimaba que la prevalencia en población de 18 y más era de 8,5 %.

En relación con la mortalidad se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. Se estima que en 2016 fue la causa directa de 1.6 millones de muertes. Entre 2000 y 2016 se registró un aumento del 5 % en la mortalidad prematura (30 a 69 años).⁽⁵¹⁾

El aumento de la prevalencia se debe en gran parte al aumento en la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que no es dependiente de la insulina (aunque en algunos casos de enfermedad avanzada puede requerir). La relación con la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es de 9 a 1 y se ve en mayor medida en población adulta, aunque cada vez se observan más casos en niños.

La DM2 está relacionada con el sobrepeso/obesidad, el consumo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física. Todos estos son factores de riesgo para las ENT y ayudan a evitar la aparición de DM2. Además, en sí misma, la diabetes es un factor de riesgo para otras patologías como infarto agudo del miocardio, ataque cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, ceguera y amputación de miembros inferiores. Por esta razón es uno de los factores de riesgo metabólicos de las ENT.

Además de evitar los factores de riesgo para evitar la aparición de DM2 es importante la detección precoz, el tratamiento, seguimiento y control adecuado de los niveles de glucosa en sangre para evitar las complicaciones mencionadas.

Situación en Uruguay

En Uruguay, la prevalencia de diabetes en 2013 era de 7,6 % en población de 25 a 64 años (Tabla 18). No hay diferencia estadísticamente significativa entre prevalencia 2006 y 2013.⁽¹²⁾

Tabla 18. Prevalencia de diabetes* por edad según sexo. Año 2013. Uruguay

Sexo	Edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
	% (IC)	% (IC)	% (IC)
Hombres	1,3 (0,0-3,1)	7,4 (5,5-9,4)	5,9 (4,4-7,5)
Mujeres	0,4 (0,0-1,3)	7,8 (6,2-9,4)	6,1 (4,9-7,4)
Ambos sexos	0,8(0,0-1,8)	7,6(6,4-8,9)	6,0(5,0-7,0)

Fuente de datos: 2.º ENFRENT 2013, MSP. * ≥ 126 mg/dl y/o en tratamiento medicamentoso por diabetes.

En cuanto a la mortalidad, la tasa ajustada por edad para 2018 es de 20,47 cada 100.000 habitantes. No se observan cambios estadísticamente significativos en el período 2008-2018. En hombres sí hay una tendencia al aumento en el período considerado.

En lo relativo a la prevención y control de la diabetes, además de las líneas de trabajo para disminuir los factores de riesgo, a efectos de mejorar el manejo de estos pacientes se elaboró una guía de práctica clínica para el manejo ambulatorio de la DM2,⁽⁵²⁾ además se incorporó como meta opcional en las Metas Asistenciales 2017-2019⁽⁴¹⁾ y luego para todas las instituciones en las de 2019-2021.⁽⁴⁶⁾ Al igual que con Hipertensión Arterial el objetivo era que las instituciones comenzaran a identificar a pacientes con esa patología y a realizar el seguimiento adecuado.

En la tabla 19, con base en lo informado en las Metas Asistenciales 2019-2021, se observa la proporción de pacientes de 25 a 64 años captados que estaban “controlados” (Sí), es decir, tenían

una medición de Hb1Ac en un año. Se observa que la proporción disminuye en forma importante en el semestre 4.

Tabla 19. Distribución de usuarios diabéticos captados por semestre según calidad del envío. Ambos sexos. Uruguay

Medición Hb1Ac	Semestre 1 ¹		Semestre 2 ²		Semestre 3 ³		Semestre 4 ⁴	
	F. A.	%						
SI	50.536	44,02	50.372	40,64	47.987	36,86	39.187	25,55
NO	64.009	55,75	72.809	58,75	81.113	62,31	97.451	63,54
FF	269	0,23	758	0,61	1.085	0,83	16.728	10,91
Total	114.814	100,00	123.939	100,00	130.185	100,00	153.366	100,00

Fuente: MSP. Análisis metas asistenciales 2017-2019 y 2019-2021; 2021. ⁽⁴⁶⁾

¹Al menos una medición de Hb1Ac entre 1° de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019. ²Al menos una medición de Hb1Ac entre el 1° de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019. ³Al menos una medición de Hb1Ac entre el 1° de julio de 2019 y el 30 de junio de 2020. ⁴Al menos una medición de Hb1Ac entre el 1° de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

A su vez, de los pacientes que se habían realizado el control correspondiente, más del 60 % presentaba una HbA1c menor a 7 %.

Tabla 20. Distribución de usuarios diabéticos captados y controlados por semestre según valor Hb1Ac. Ambos sexos. Uruguay

Hb1Ac	Semestre 1 ¹		Semestre 2 ²		Semestre 3 ³		Semestre 4 ⁴	
	F. A.	%						
<7%	31.839	63,02	32.459	64,48	29.757	62,03	25.263	64,49
≥7%	18.687	36,98	17.882	35,52	18.216	37,97	13.910	35,51
Total	50.526	100,00	50.341	100,00	47.973	100,00	39.173	100,00

Fuente: MSP. Análisis metas asistenciales 2017-2019 y 2019-2021; 2021. ⁽⁴⁶⁾

¹Se excluyeron 10 valores de Hb1Ac. ²Se excluyeron 31 valores de Hb1Ac. ³Se excluyeron 14 valores de Hb1Ac. ⁴Se excluyeron 14 valores de Hb1Ac.

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**

Situación mundial

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es frecuente, prevenible y tratable, aunque incurable, caracterizada por síntomas respiratorios crónicos y limitación al flujo aéreo producida por anomalías de las vías aéreas y alveolares, causadas generalmente por la inhalación de partículas y

gases tóxicos.

Los síntomas respiratorios incluyen disnea, tos y expectoración, los cuales pueden ser minimizados y no reportados por los pacientes.

El diagnóstico se realiza por la confirmación de la limitación al flujo aéreo, medida por la espirometría, el test más disponible, sencillo y reproducible de evaluación de la función pulmonar.

A nivel mundial, el Estudio Mundial de Carga de Enfermedad reporta una prevalencia mundial de 368 millones de casos de EPOC en 2010.⁽⁵³⁾

Los datos sobre prevalencia global de la EPOC muestran gran heterogeneidad con un valor estimado de 9-10 %.

La prevalencia de la enfermedad se relaciona en forma directa con la presencia de los factores de riesgo para esta enfermedad, siendo los principales:

- La exposición al humo de tabaco (es el principal).
- La contaminación intradomiciliaria (humos de leña).
- La contaminación del aire ambiental (combustión de fósiles).
- La exposición laboral a polvos y productos químicos.
- Las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia.

En relación con la mortalidad, a nivel mundial la EPOC ocupa los primeros lugares entre las 10 principales causas de muerte.

Se estima que 3.17 millones de muertes fueron causadas por EPOC en 2015 (es decir un 5 % del total de muertes de ese año).

En la misma línea, en los estudios mundiales de Carga Global de Enfermedad, se reportó la EPOC como la sexta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVD) en el año 2019.⁽⁵⁴⁾

Situación en Uruguay

En Uruguay la EPOC tiene una alta carga en la morbimortalidad.

El estudio de Carga Global de Enfermedad (2010) elaborado por Uruguay reveló que:⁽¹¹⁾

- En relación con los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP), la EPOC es la décimo cuarta causa en población de 20 a 64 años y la quinta causa en población de 65 años y más.
- En relación con los años de vida perdidos por discapacidad (AVD), es la primera causa en población de 20 a 64 años y segunda causa en población de 65 años y más.
- En relación con los años de vida saludables perdidos (AVISA) representa la segunda causa en población de 20 a 64 años y la cuarta causa en población de 65 años y más.

Respecto de la tendencia de la mortalidad por EPOC, considerando el período 2008-2018, se observa un descenso estadísticamente significativo en hombres y un aumento en mujeres. Esto se explica por lo que ha sido a lo largo del tiempo el consumo de tabaco en las mujeres: comenzaron a fumar más tarde y a su vez los hombres comenzaron antes a cambiar la conducta. Además, en mujeres, la EPOC tiene un comportamiento más severo.

En lo relativo al diagnóstico precoz y el tratamiento se debe mejorar la detección precoz en población de tabaquistas y se deben mejorar, por ejemplo, algunos aspectos referidos a la oxigenoterapia.

V. REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad de cualquier tipo y edad son más vulnerables a enfermedades crónicas o agudas prevenibles.⁽⁵⁵⁾

Tanto las personas portadoras de cardiopatías como de enfermedades respiratorias crónicas se benefician de programas de rehabilitación. Existen unidades de rehabilitación en algunos prestadores de salud, públicos y privados; sería imperativo protocolizar dichos programas para ampliar el acceso y optimizar resultados.

Los pacientes con EPOC moderada y severa con déficits funcionales en las Actividades de Vida Diaria (AVD) se benefician significativamente en su funcionamiento y calidad de vida, con un programa de rehabilitación respiratoria. Es posible mejorar su adherencia a los tratamientos y su seguimiento clínico reduciendo el número y severidad de las complicaciones.

El ataque cerebrovascular (ACV) es la primera causa de discapacidad en las personas adultas. En estos casos, una vez concluida la etapa de diagnóstico y tratamiento temprano, es imperativo el inicio de la rehabilitación temprana, particularmente una vez alcanzada la estabilidad clínica y en la fase preoperatoria del alta hospitalaria. La educación del paciente, familiar y cuidadores, la

prevención de las complicaciones, así como las intervenciones de rehabilitación (medicina de rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapias neurocognitivas, provisión de ayudas técnicas y otras) en modalidad domiciliaria o ambulatoria deben continuar inmediatamente del alta hospitalaria, evitando interrupciones y tiempos perdidos. Es esencial tener en cuenta que los mejores resultados de la rehabilitación en la mejoría funcional y la independencia se obtienen en los primeros 6 meses de ocurrido el evento agudo.

Un problema muy frecuente en la actualidad es la discontinuidad de la rehabilitación luego del alta hospitalaria, su fragmentación en disciplinas inconexas, sin un plan coordinado de intervención. Si bien el MSP ya ha generado pautas dirigidas a los familiares de los pacientes con ACV para su correcto acompañamiento (Manual para pacientes y su familia, luego de un ACV),⁽⁵⁶⁾ se vuelve necesario coordinar acciones para capacitar al personal de salud en la educación al paciente, familia y cuidadores.

Las arteriopatías periféricas muchas veces asociadas a la diabetes son la causa más frecuente de amputación de los miembros inferiores. La rehabilitación posamputación incluye el tratamiento del muñón, la protetización adecuada y oportuna y el entrenamiento de su uso para maximizar la deambulación y evitar las complicaciones. En Uruguay el proceso de atención del paciente desde la cirugía de amputación hasta el logro de una marcha funcional con la prótesis está totalmente fragmentado y no protocolizado. La provisión de las prótesis está fuera del sistema de salud, proviniendo principalmente de financiamiento del Banco de Previsión Social (BPS) y del Banco de Seguros del Estado (BSE), y la fabricación, del Centro Nacional de Ayudas Técnicas del MIDES. No existen regulaciones o controles de la calidad de las prótesis y de los resultados de su uso. Tampoco existen centros de formación para los técnicos ortoprotésistas, ni reglas para su habilitación.

VI. CUIDADOS PALIATIVOS

Situación mundial

Los cuidados paliativos son el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Para hacer cuidados paliativos es primordial el control del dolor y de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.⁽⁵⁷⁾

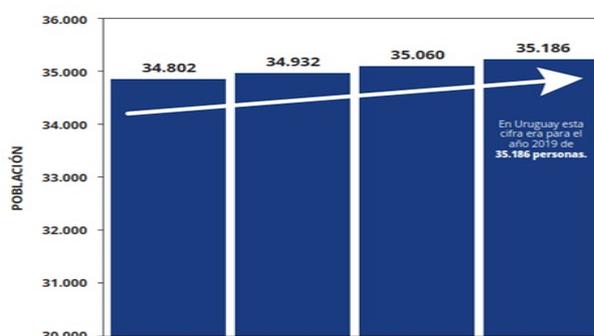
Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano.⁽⁵⁸⁾

- Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14 % de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.
- Una reglamentación excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos esenciales fiscalizados priva de acceso a medios adecuados de alivio del dolor y cuidados paliativos.
- La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud son un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados.
- La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.
- Una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.⁽⁵⁸⁾

Necesidad de cuidados paliativos

Para el cálculo de la población de pacientes adultos pasible de recibir cuidados paliativos a nivel nacional se emplea el criterio sugerido por Sepúlveda y colaboradores,⁽⁵⁹⁾ quienes plantean que existe un porcentaje que equivale al 0,5 % de la población que en algún momento necesitará de cuidados paliativos. Pero dado que el objetivo de los cuidados paliativos abarca también la calidad de vida de la familia (prevención de duelo patológico y sus potenciales enfermedades) se contabiliza para el cálculo 1 familiar por cada paciente adulto.

Gráfico 9. Población estimada pasible de cuidados paliativos. Período 2016-2019. Uruguay



Fuente: MSP. Cuidados paliativos en Uruguay. 2021.

Situación en Uruguay

Desde el año 2012, el Ministerio de Salud Pública viene desarrollando una política ministerial en cuidados paliativos que tiene como objetivo asegurar la cobertura universal en todas las etapas de la vida y en las patologías que correspondiera, mejorar la calidad, integralidad y continuidad, disminuyendo las desigualdades en la atención a los pacientes y familias que los requieran.

Desde el año 2015 Cuidados Paliativos integra los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.⁽⁶⁰⁾

El desarrollo de la política sanitaria de cuidados paliativos se basa en las leyes nacionales que incorporan el concepto Cuidados Paliativos por primera vez en Uruguay, así como en documentos internacionales:

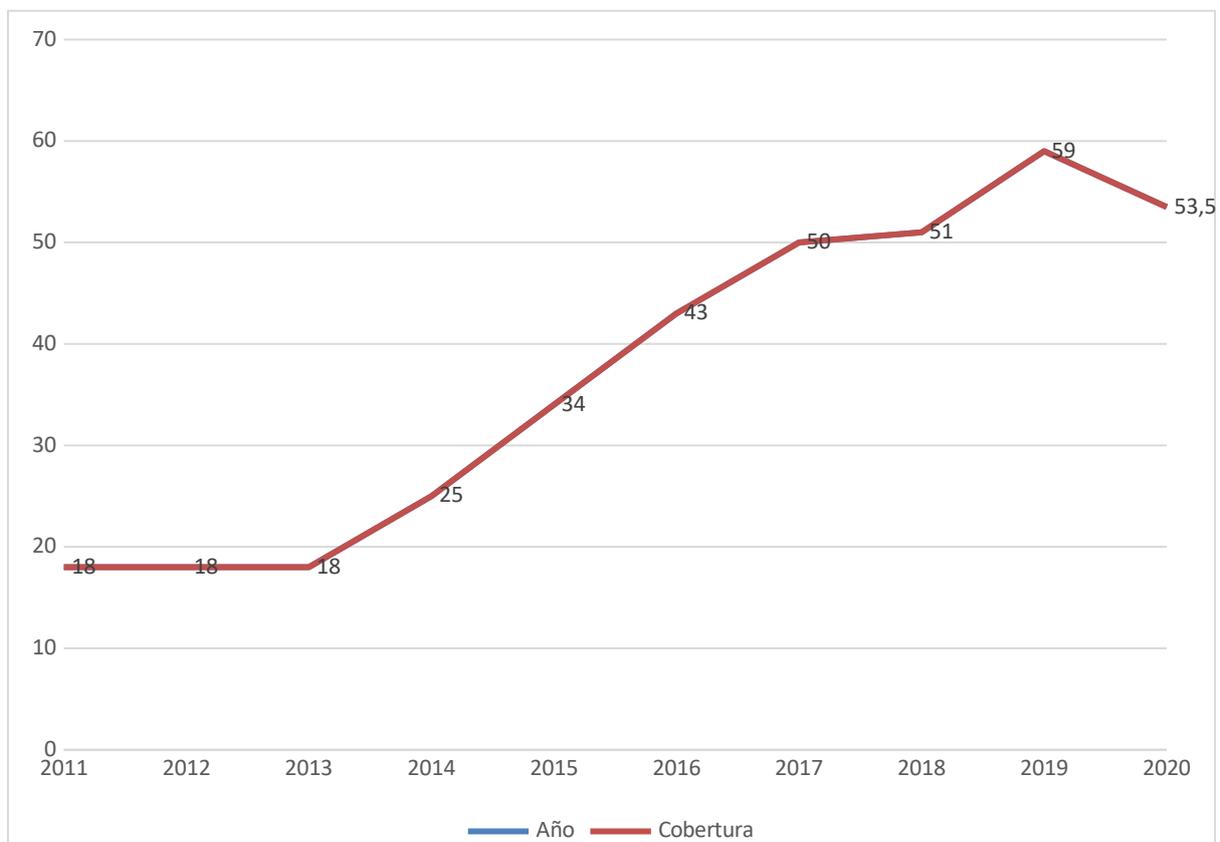
- Ley n.º 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud plantea como uno de sus objetivos en el capítulo 1, artículo 4, inciso B:⁽⁶¹⁾ “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articulada, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”.
- Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (Anexo II) de setiembre de 2008, en el capítulo 1⁽⁶²⁾ referido a las Modalidades de Atención Médica, especifica que los Cuidados Paliativos “podrán ser brindados en internación sanatorial, internación domiciliaria o en atención ambulatoria en domicilio”.
- Ley n.º 18.335 de Derechos y Deberes de los Usuarios⁽⁶³⁾ dice en su artículo 6.º: “Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública”. En su artículo 7.º: “Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones”. En su artículo 10.º inciso D establece que toda persona tiene derecho a “morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica)...”

- Ley n.º 18.473 de voluntad anticipada⁽⁶⁴⁾ establece en su artículo 1.º inciso IV, “no se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren”.

Cobertura de cuidados paliativos

La cobertura de cuidados paliativos en Uruguay ha aumentado año a año, pasando del 43 % en el año 2016 a un 59 % en el año 2019. En el gráfico 10 se observa la evolución de la cobertura de cuidados paliativos en Uruguay.⁽⁶⁵⁾

Gráfico 10. Evolución de la cobertura de cuidados paliativos en Uruguay. Período 2011-2020.



Fuente: MSP. Área Programática de Cuidados Paliativos.⁽⁶⁵⁾

Recursos asistenciales

La organización de la asistencia paliativa a nivel nacional se organiza en equipos/dispositivos/profesionales que tienen en la actualidad diferentes niveles de desarrollo en cuanto a su integración.

A nivel nacional, en el año 2019 se identificaban 115 recursos asistenciales de cuidados paliativos

donde el 34,8 % corresponde a “Equipos de Soporte Hospitalarios o Domiciliarios”.⁽⁶⁵⁾

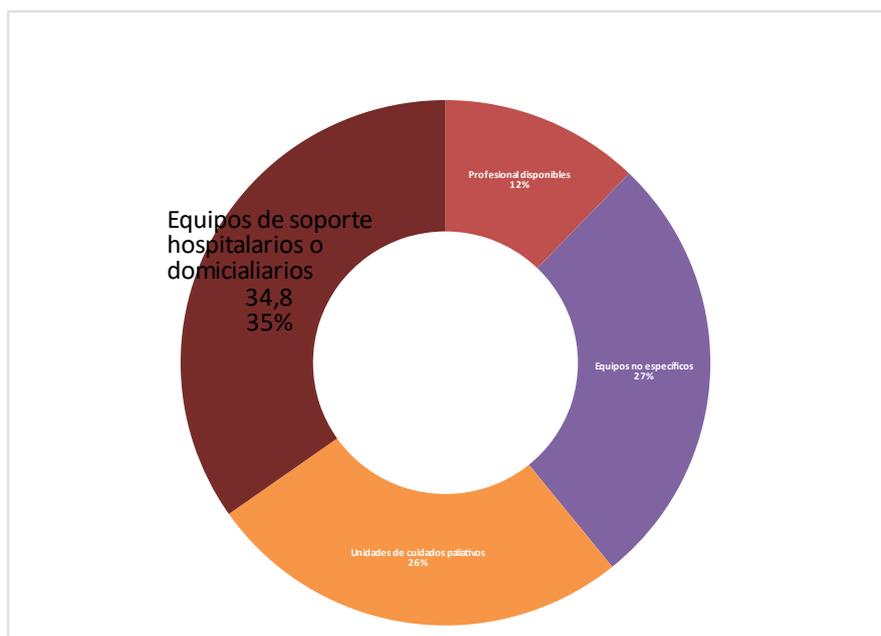


Figura 2. Recursos asistenciales en cuidados paliativos. 2019. Uruguay.

Fuente: Elaboración propia. Datos encuesta ampliada 2019. Área Programática Cuidados Paliativos.

Consumo de opioides

El consumo de opioides es un indicador de calidad al acceso a cuidados paliativos. Nuestro país se encuentra por encima de los mínimos indicados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) respecto del acceso a opioides para el tratamiento médico del dolor.⁽⁶⁶⁾

Tabla 21. Consumo anual por sustancia y año en gramos de base. Período 2018-2020. Uruguay

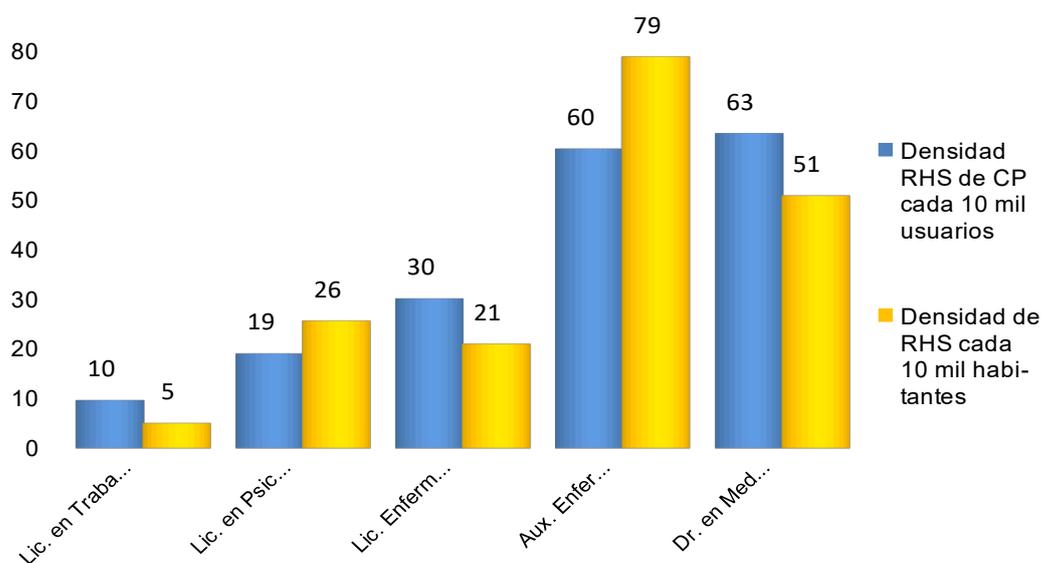
Consumo anual (g de sustancia base)			
Sustancia	2018	2019	2020
Morfina	21.112,30	21.766,32	19.548,21
Codeína	78.843,57	83.473,73	81.226,12

Fentanilo	299,27	303,86	328,59
Metadona	1.829,16	1.856,25	2.474,28
Remifentanilo	66,68	77,96	82,02
Oxicodona	0	0	0,76
Meperidina	843,92	662,69	808,50

Fuente: Ministerio de Salud Pública. División Sustancias Controladas. Informe de datos en relación al consumo de Opioides en Uruguay correspondiente a los años 2018, 2019, 2020, 2021.

Dotación de Recursos Humanos

Gráfico 11. Dotación de recursos humanos en salud en cuidados paliativos. Densidad cada 10.000 usuarios y cada 10.000 habitantes. 2019. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Desarrollo de CP en Uruguay. Encuesta Nacional a Prestadores 2019. Caja de Profesionales Universitario (CJPPU). Proyecciones INE, revisión 2013.

El gráfico 11 muestra la dotación de recursos humanos en salud (RHS) de CP y la dotación a nivel nacional para el año 2019. Para el caso de los médicos, licenciados en enfermería y licenciados en trabajo social la densidad es más elevada en los CP que a nivel nacional.

Si se analizan estos trabajadores como un conjunto, un equipo “básico”, la dotación cada 10 mil

usuarios si hablamos de CP o 10 mil habitantes si hablamos a nivel nacional es de 36 trabajadores cada 10 mil usuarios-habitantes, un promedio igual en ambos casos.

Causas del problema sanitario

- Implementación insuficiente de servicios de cuidados paliativos.
- Escasa presencia del tema en la agenda pública.
- Barreras psicológicas, sociales y culturales que favorecen la negación de la muerte.
- Mitos respecto de los cuidados paliativos.
- Mitos respecto del uso de la morfina, no hay problemas de acceso a los opioides.
- Formación profesional escasa en el currículo de pregrado de los profesionales de la salud.

Consecuencias del problema sanitario

En el paciente:

- Derivación tardía.
- Mala calidad de vida por el sufrimiento innecesario.
- Riesgo de recibir ensañamiento terapéutico.

En la familia:

- Sufrimiento innecesario.
- Aumento de los gastos por las múltiples consultas en el sistema sanitario y por fuera cuando no tienen las respuestas y buscan otras opciones como las terapias no convencionales.
- Aumento del cansancio de quien cuida lo que lleva al desgaste en la relación con el personal de enfermería y el resto de la familia.
- Alteración del ritmo de vida que se evidencia por el ausentismo laboral, aumento de enfermedades prevenibles, etcétera.
- Mayor riesgo de duelo patológico.

En los prestadores de salud (público o privado):

- Baja calidad asistencial que se refleja en el control inadecuado de los síntomas, intervención de varias especialidades sin un seguimiento en conjunto.
- Mayores gastos, por ejemplo, solicitando exámenes y estudios fútiles.
- Mayor gasto en internaciones.
- Mal uso de los RRHH y de la organización lo que ocasiona sobrecarga en áreas como la de emergencia que no dará la respuesta al paciente ya que no es el área de experticia.

En los profesionales de la salud:

- Medicina defensiva, práctica médica orientada a satisfacer las demandas de la familia para no ser acusados de mala praxis.
- Medicina no segura ni gratificante.
- Sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional (Burnout) por falta de formación.

VII. LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS PERSONAS MAYORES

Envejecimiento poblacional, desafíos en OSN 2030 y política sanitaria

La vejez es una etapa del curso de vida que en nuestro país constituye un sexto del total de la población. Al llegar a los 65 años se dispone potencialmente de 20 años adicionales, lo cual fundamenta la importancia de mantener y jerarquizar estrategias de prevención en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) con el objetivo de promover una vejez activa y saludable, promover la autonomía personal con años libres de discapacidad y limitar el desarrollo de situaciones de dependencia.

El concepto de “Construir la Salud en el Curso de la Vida”⁽⁶⁷⁾ expresa precisamente la necesidad de desarrollar la prevención y atención de la salud hacia todas las generaciones, sin discriminación por edad. La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores,⁽⁶⁸⁾ ratificada por Uruguay en 2016 (Ley n.º 19.430),⁽⁶⁹⁾ considera a la atención a la salud y la calidad de los servicios de salud entre sus prioridades. La OMS ha declarado el Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030, alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de ONU. El periodo del mencionado decenio coincide con el de los OSN 2030.

Las ENT constituyen la principal causa de pérdida de autonomía, discapacidad y dependencia en este grupo etario, con múltiples consecuencias negativas, tanto para las personas afectadas, como para su contexto sociofamiliar. La mitad de las personas con discapacidad son adultas mayores. Para el tramo de los de 65 años y más se destaca que las enfermedades vasculares lideran los AVP, AVD y AVISA, con carga similar en los dos sexos.

Tabla 22. Principales causas de AVISA por sexo para el tramo de 65 y más años. 2010. Uruguay

Enfermedad	Hombre	Mujer	Total
1 Enfermedad isquémica crónica del corazón	20.301	8.427	28.728
2 Ataque Cerebro Vascular (ACV)*	11.553	15.694	27.247
3 Alzheimer	14.867	4.423	19.290
4 EPOC	9.421	9.035	18.456
5 Neumonía	11.599	3.590	15.189
6 Cáncer de pulmón	10.196	3.889	14.085
7 Cáncer de colon y recto	6.808	4.137	10.945
8 Diabetes	4.091	4.203	8.294

9 Cáncer de próstata	179	7.279	7.458
10 Cáncer de mama	3.715	2.884	6.599
11 Enfermedad hipertensiva del corazón	4.906	963	5.869
12 Cáncer de páncreas	2.455	2.583	5.038
13 Trastornos de la visión	2.665	1.668	4.333
14 Cáncer de estómago	2.234	2.095	4.329
15 Trastornos de la audición	1.038	3.103	4.14

Fuente: MSP. Estudio de carga global de enfermedad. 2015.

Es necesario profundizar y multiplicar estudios focalizados en personas mayores. La mayoría de estudios locales no abordan esta población y la información existente no incluye muchos problemas. La fragilidad, la comorbilidad, la discapacidad y la dependencia son condiciones diferentes sobre las cuales existe escasa información estadística en nuestro medio. Las principales causas de discapacidad y dependencia son las mismas responsables de mortalidad prematura, pero se añaden otras de relevancia como las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, la patología osteomuscular, y las caídas recurrentes, entre otras.

La mayoría de las ENT requieren de atención continua y de largo plazo.

La *fragilidad* es una condición que implica una menor reserva funcional orgánica que se expresa en menor masa muscular ósea y fuerza, pérdida de peso, disminución de la velocidad de la marcha. Se asocia a una mayor probabilidad de discapacidad y dependencia, ingresos hospitalarios, institucionalización y muerte. Su prevalencia de acuerdo con estudios internacionales varía desde 10 % a 27 % a los 65 años, a 50 % en mayores de 80 años. La información sobre discapacidad se analiza en profundidad en otra caracterización de problemas priorizados en los ODS 2030 de Uruguay.

Es importante señalar que uno de los problemas se relaciona con los sistemas de información y los criterios de definición, por ejemplo, de discapacidad. En este sentido, el Instituto Nacional de Estadística (INE) refiere a limitaciones en una serie de actividades y déficits, pero no coincide con la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de OMS)⁽⁷⁰⁾ lo cual complejiza un mejor abordaje en la estimación de problemas y necesidades, incluyendo la estimación de necesidades de servicios sanitarios y sociales en cuidados.

En este problema, como en otros, la mejora de los sistemas de información, la corrección de algunos existentes para adecuarlos a definiciones basadas en evidencia científica y para la mejora de decisiones en políticas públicas, es importante.

También es necesario, como en muchos problemas jerarquizados, la articulación intersectorial y la coordinación sociosanitaria entre efectores del Estado, profundizar la educación continua hacia equipos de salud, sobre todo en el primer nivel de atención, desarrollar unidades de valoración

geriátrica en el segundo nivel de atención en apoyo a la resolución de problemas, estimular el desarrollo de servicios de rehabilitación e integrar las estrategias mencionadas en los OSN, sumadas a la prevención de mortalidad prematura.

Considerando que de acuerdo con la esperanza de vida actual al llegar a los 65 años las personas tienen al menos una esperanza de 15 a 20 años de vida adicionales, la inclusión de las personas mayores en las prioridades preventivas explícitas y continuas de los OSN tiene fundamentos y justificación y seguramente contribuye no sólo a una mejor calidad de vida sino a mejorar la calidad del gasto en salud.

VIII. OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS

- **Salud bucal**

Las enfermedades bucales acompañan en su distribución las diferencias socioeconómicas. No solamente la caries dental, sino también la enfermedad periodontal, las displasias, las lesiones por traumatismos alvéolo-dentarios, el cáncer bucal y otras patologías aumentan su prevalencia en los sectores más carenciados. Incluso los indicadores de caries dental que muestran actualmente una disminución en la población de menores de 12 años son relativos, ya que una carga mayor de la enfermedad está concentrada en sectores de la población más vulnerable. A su vez, el quintil más alto de la población es el que menos necesita y más acceso tiene a la atención odontológica.⁽⁷¹⁾

Aspectos de la salud bucal en Uruguay

- **CARIES**

El Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población de 15 a 24 años y de 35 a 74 años⁽⁷²⁾ utilizó el índice CPO para medir la salud bucal (el Índice CPO se compone de: C = Cariados, P = Perdidos o con indicación de extracción y O = Obturados). El estudio es representativo de la población nacional.

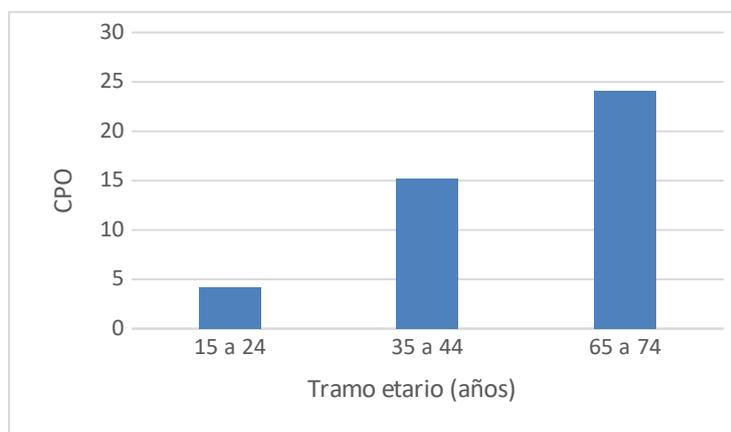
Los resultados del relevamiento muestran que el CPO es mayor para el sexo femenino que para el masculino, siendo el componente Perdido también mayor en las mujeres de 35-44 y 65-74 años.

El componente Cariado es el que predomina en el grupo de 35 a 44 años y el componente Perdido es el que predomina en el grupo 65 a 74 años. El componente Obturado es más frecuente en mujeres entre 35 a 44 años.

El índice CPO, por ser la caries dental una patología acumulativa a lo largo de la vida, tiende a

aumentar con la edad.

Gráfico 12. Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO) según tramo etario. Uruguay.



Fuente: Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población de 15 a 24 años y de 35 a 74 años. ⁽⁷²⁾

- ENFERMEDAD PERIODONTAL

De acuerdo con el Estudio Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país,⁽⁷³⁾ la gingivitis es la patología periodontal más prevalente. La periodontitis afecta mayoritariamente a adultos y personas mayores en forma similar a lo que sucede en el resto de América Latina, tal como se refleja en la tabla 22 a continuación.

Tabla 22. Prevalencia de condiciones periodontales por sexo. 2010-2011. Uruguay

	Masculino		Femenino	
	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia
Sangrado	57,1% (52,1%-62,2%)	42,9% (37,8% - 47,9%)	70,9% (66,3% - 75,6%)	29,1% (24,4% - 33,7%)
Sarro	32,4% (26,6% - 38,2%)	67,6% (61,8% - 73,4%)	47,1% (42,1% - 52,2%)	52,9% (47,8% - 57,9%)
Bolsa 4-5 mm	67,1% (61,3% - 72,9%)	32,9% (27,1% - 38,7%)	80,3% (76,0% - 83,7%)	19,7% (15,3% - 23,0%)
Bolsa ≥ 6 mm	95,9% (93,9% - 98,0%)	4,1% (2,0% - 6,1%)	98,8% (97,7% - 99,8%)	1,2% (0,2% - 2,3%)

Fuente: Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país. Relevamiento Nacional 2010-2011. ⁽⁷³⁾

Dentro de los principales factores asociados a enfermedad periodontal observados se encuentran: edad, lugar de residencia, nivel socioeconómico, consumo de tabaco y diabetes.

- **Otras enfermedades prevalentes**

Los datos brindados, no están actualizados, no existen a nivel nacional. Las disgnacias afectan entre un 64 % y un 73 % de niños de primer año escolar. El bruxismo y trastornos de articulación témporo mandibular (ATM) afectan entre un 30 y un 70 % de personas, cada vez con mayor relación al estrés, uno de los componentes para que se desarrolle este hábito parafuncional.

- **Otras consideraciones**

Se destaca la importancia de la salud bucal de la embarazada. Por otra parte, es importante mencionar que existe una asociación entre la enfermedad paradencial vinculada con situaciones de preclampsia, partos prematuros y niños de bajo peso al nacer.

Con relación a niños, el índice CEO (cariados, extraídos y obturados) tiene un valor elevado⁽⁷⁴⁾ a nivel mundial en menores de 5 años.

Recursos humanos

La relación odontólogo – paciente en nuestro país es adecuada (1/700), sin embargo, se constatan dificultades en el acceso a la salud bucal de una gran parte de la población nacional y en especial de las poblaciones vulnerables priorizadas por este programa, siendo la atención en su mayor parte desarrollada en el ámbito privado, y en su mayoría en las áreas urbanas.⁽⁷¹⁾

PIAS

Se hace necesaria la revisión del PIAS, dando de baja a prestaciones obsoletas e incorporando prestaciones vinculadas con niños, gestantes y enfermedad periodontal, entre otras.

En suma, en Uruguay los principales problemas relacionados con la salud bucal se pueden dividir en las diferentes etapas del curso de la vida; para los niños son las caries y disgnacias, en adultos, las caries y pareadenciopatías, y en las personas mayores, las paradenciopatías y edentación.

- **Salud ocular**

Los principales problemas de salud ocular derivan de la ausencia de recolección de datos y de la falta de políticas nacionales. La ciencia de datos permite evaluar primeramente, planificar luego, y controlar finalmente políticas de salud ocular integral centradas en las personas.

En 2019, la OMS en su *World report on vision* anticipa un aumento en la demanda en servicios oculares dado en aumento en la expectativa de vida y en particular, en Uruguay, el envejecimiento de nuestra población.⁽⁷⁵⁾

Los recursos

Brindar una asistencia en salud ocular de calidad para toda la población requiere de recursos humanos y materiales, así como de la colaboración y complementación entre los diferentes prestadores integrales del SNIS como base fundamental para optimizar los procedimientos y uso de los recursos.

i) Recursos humanos

La salud ocular está a cargo de los médicos oftalmólogos y los licenciados en Oftalmología. Ambos grupos son egresados universitarios dependientes de la Facultad de Medicina. Se encuentran distribuidos en el territorio nacional en forma muy dispareja, concentrados en las ciudades de 5.000 habitantes y más. Esto implica frecuentes traslados por parte de los pacientes (generalmente añosos) para recibir atención ocular.

Tampoco existen procesos de formación continua ni de recertificación, ya sea para los médicos como para los licenciados. No se fiscaliza la lista de profesionales habilitados por el MSP para ejercer la Oftalmología. También se requiere actualización.

ii) Recursos materiales

Ocurre lo mismo que con los recursos humanos, y además no hay complementación entre los diferentes sectores de prestadores produciéndose superposición de equipos en determinadas regiones (con uso subóptimo) y ausencia en otras, con la implicancia en el traslado de los pacientes.

El rol del Estado

Es deseable y posible una mejoría por parte del Estado en el ejercicio de la rectoría en temas de salud ocular.

Existen inequidades en la cobertura en salud ocular, la cual no es de calidad uniforme, los servicios

se encuentran fragmentados y pobremente integrados a nivel nacional, siendo ausente la recopilación de datos.

El catálogo de prestaciones que ofrece hoy el Programa Integral de Atención en Salud (PIAS) está obsoleto. Su revisión y actualización es prioritaria. En Oftalmología han surgido (y surgen permanentemente) nuevos estudios paraclínicos. En particular se destaca la importancia de la OCT (tomografía de coherencia óptica) para el estudio de la retina y el nervio óptico.

Caracterización de problemas principales

Se dividirán por edades, en niños y adultos.

1) Niños

- a) *Error refractivo y pesquisas visuales.*

El Programa nacional de salud visual escolar se encuentra bajo el control de ASSE. Se centra en realizar pesquisas en niños en edad escolar y gestionar los problemas detectados.

El principal problema caracterizado en edad escolar es la corrección del error refractivo (necesidad del uso de lentes).

- b) *Retinopatía de la prematurez (ROP)* es una patología menos frecuente a considerar.

- c) *Catarata congénita.*

2) Adultos

Se pueden dividir los problemas en causas de ceguera (o baja visión) reversibles e irreversibles.

Principales causas de ceguera (o baja visión) reversibles:

- a) La primera causa de ceguera legal (o baja visión) en adultos es la *corrección del error refractivo*. Esto se ve sobre todo en miopes, astigmatas e hipermétropes elevados.
- b) *Cataratas*. El rol del Hospital de Ojos Saint Bois (ASSE) ha sido fundamental para terminar definitivamente con las listas de espera en pacientes de menores recursos. También presta atención integral en la totalidad de patologías oculares. Concentra recursos humanos y materiales en un solo punto del país.

Principales causas de ceguera (o baja visión) irreversibles:

Según la Organización Panamericana de la Salud, más de 26 millones de personas en América latina sufren alguna deficiencia visual. De ellas, más de 3 millones son ciegos. Cerca del 80 % de los casos son prevenibles o curables.⁽⁷⁶⁾

a) *Glaucoma.*

Es la causa principal de ceguera a nivel mundial. La prevalencia de glaucoma en América latina, según la OPS, varía entre 1 % y 3 % en personas mayores de 50 años.⁽⁷⁶⁾

Dado que el glaucoma no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, la prevención es la principal herramienta con la que se cuenta. Como lo recomienda el *World report on vision* de la OMS,⁽⁷⁵⁾ cuatro acciones son requeridas: promover, prevenir, tratar y rehabilitar.

b) *Retinopatía diabética.*

Se estima que cerca del 50 % de los diabéticos no saben que padecen de la enfermedad. Luego de 15 años de diabetes, el 10 % tendrá afectación de la agudeza visual y el 2 % estarán ciegos, según datos de la OPS.⁽⁷⁶⁾

La presencia de retinopatía diabética va de la mano con los años de evolución de la diabetes y su control. El rol de los fármacos antiangiogénicos es fundamental para evitar consecuencias irreversibles, como la ceguera y la baja visión. Muchos pacientes con retinopatía diabética se encuentran en edad laboral activa.

c) *Accidentes vasculares de la retina.*

Están asociados con hipertensión arterial, tabaquismo y diabetes. Las oclusiones venosas retinianas suelen tener consecuencias severas para la visión. También cumplen un rol importante los antiangiogénicos.

d) *Degeneración macular relacionada con la edad (DMRE).*

No es prevenible, pero en el caso de la DMRE de tipo húmeda, los antiangiogénicos son la única herramienta posible disponible.

e) *Opacidades corneales* de diferentes causas.

Según el estudio de evaluación rápida de la ceguera evitable en Uruguay (RAAB), la prevalencia de ceguera en Uruguay es baja comparada con otros países de América latina, pero una reducción mayor es factible. Dada la alta tasa de cobertura de cirugía de catarata en Uruguay y el aumento de la población mayor de 50 años, el impacto de las enfermedades del polo posterior como factor que contribuye a la ceguera, puede incrementarse en el futuro.⁽⁷⁷⁾

Como consecuencia del estudio RAAB, se incrementaría la necesidad de antiangiogénicos como primera opción y la necesidad de más cirujanos oftalmólogos especializados en cirugía de vítreo y retina.

El *World report on vision*⁽⁷⁵⁾ anticipa un aumento proyectado de la demanda de servicios oculares.

- **Enfermedad Renal Crónica**

Situación mundial

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una condición progresiva caracterizada por cambios estructurales y funcionales de los riñones secundarios a causas variadas⁽⁷⁸⁾.

La ERC está definida por la presencia de un filtrado glomerular estimado ≤ 60 ml/min/1.73m² o marcadores de daño renal como proteinuria o hematuria presentes en estudios de laboratorio durante al menos tres meses⁽⁷⁹⁾.

Se estima que el 10% de los adultos en todo el mundo tienen ERC de alguna causa, y que ésta determina cada año 1.2 millones de muertes y 28 millones de años de vida potencialmente perdidos⁽⁸⁰⁾.

Para el año 2040 se estima que la ERC se convertirá en la quinta principal causa de muerte a nivel mundial, constituyendo la causa de muerte con el mayor aumento proyectado en el tiempo⁽⁸¹⁾. La prevalencia de enfermedad renal crónica aumenta con la edad, y en los países con altos ingresos es más común en personas con obesidad, diabetes e hipertensión arterial⁽⁷⁸⁾.

La ERC suele ser una enfermedad insidiosa, y la mayor parte de los afectados permanecen asintomáticos hasta etapas avanzadas de la enfermedad (usualmente cuando el filtrado glomerular

es < 30 ml/min/1.73m²). La velocidad de pérdida de función renal varía según la causa de la ERC y las intervenciones tendientes a corregir los factores de progresión⁽⁸²⁾. Regularmente los síntomas y signos de insuficiencia renal son consecuencia de uremia, anemia, sobrecarga de volumen, alteraciones electrolíticas, alteraciones óseas y acidosis metabólica entre otras, y pueden determinar la muerte si no se tratan⁽⁸³⁾.

Las terapias de reemplazo renal (trasplante renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal), permiten dar soporte en la situación de ERC extrema, permitiendo aumentar la expectativa y calidad de vida en quienes la padecen. Pese a ello, estos individuos, tienen una expectativa de vida reducida cuando se comparan con personas de la población general sin ERC extrema⁽⁸¹⁾. Esto destaca la importancia de generar el mayor número de estrategias posibles tendientes a preservar la función renal en los pacientes con ERC⁽⁸⁴⁾.

El diagnóstico de ERC es relativamente sencillo, e implica la confirmación de un filtrado glomerular disminuído estimado a partir del valor de creatininemia y/o de marcadores de lesión renal dados por la presencia de proteinuria o hematuria en un examen de orina, o alteraciones anatómicas presentes en una imagen renal (ultrasonido, tomografía, resonancia)⁽⁸⁵⁾[8]. La búsqueda de ERC en poblaciones con riesgo de padecerla se considera una estrategia de salud pública costo efectiva⁽⁸⁶⁾.

Situación en Uruguay

En Uruguay se estima que la ERC tiene una prevalencia similar a la del resto del mundo (10 a 12% de la población adulta). Esta estimación surge de estudios de cribado en poblaciones seleccionadas⁽⁸⁷⁾ a nivel local, así como de estudios de prevalencia realizados en la región^(88,89,90,91,92,93).

En el año 2004 fue creado el Programa de Salud Renal (PSR), con el objetivo de promover la educación en salud renal y en estilos de vida saludable, aumentar la accesibilidad al cuidado renal en el primer nivel de atención y promover el diagnóstico de ERC entre la población de riesgo de padecerla⁽⁹⁴⁾. A partir del mismo se generó un registro de pacientes con ERC que ha permitido conocer las principales características de esta población, morbilidades asociadas, curso evolutivo y mortalidad de la ERC en el territorio nacional⁽⁹⁵⁾.

La ERC imprime un elevado riesgo de padecer y morir por enfermedad cardiovascular. Se trata de una población con una tasa reportada de 10.1 nuevos eventos cardiovasculares no fatales por 100

pacientes-año y una tasa de mortalidad de 6.2 por 100 pacientes-año, de la cual el 32.7% (2.03 muertes cada 100 pacientes-año) fue de causa cardiovascular⁽⁹⁶⁾.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Enfermedades No Transmisibles [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. 2015. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
5. Organización Mundial de la Salud. *Salvar vidas, reducir el gasto: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles*. Ginebra, Suiza: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275408/WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf?ua=1>
6. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra, Suiza: OMS; 2003. Disponible en: https://www.who.int/fctc/text_download/es/
7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol [Internet]. Lausanne, Suiza: OMS; 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/oms-estrategia-mundial-sobre-regimen-alimentario-actividad-fisica-salud-2004>
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf
10. Ministerio de Salud Pública. Mortalidad por Enfermedades no Transmisibles. Montevideo, Uruguay: MSP; 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/mortalidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>
11. Ministerio de Salud Pública, Programa de Prevención de Enfermedades no Transmisibles. Estudio

de Carga Global de Enfermedad. Montevideo, Uruguay: MSP; 2010. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estudio-carga-global-enfermedad>

12. Ministerio de Salud Pública, Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. 2.^a

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles [Internet]. Montevideo,

Uruguay: MSP; 2013. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

13. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer. Disponible en:

<https://www.comisioncancer.org.uy/categoria/Registro-Nacional-de-Cancer-14>

14. Ministerio de Salud Pública, Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. 1.^a

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles [Internet]. Montevideo,

Uruguay: MSP; 2006. Disponible en: [https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?](https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=59849)

[lvl=notice_display&id=59849](https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=59849)

15. Organización Mundial de la Salud. Global School-based Student Health Survey Uruguay 2019

(EMSE 2019) [Internet]. OMS; 2019. Disponible en:

<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/GSHS>

16. Organización Mundial de la Salud. Global School-based Student Health Survey Uruguay 2012

(EMSE 2012) [Internet]. OMS; 2012. Disponible en:

<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/72>

17. Organización Mundial de la Salud. Global School-based Student Health Survey Uruguay 2006

(EMSE 2006) [Internet]. OMS; 2006. Disponible en:

<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/674>

18. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública. Encuesta Mundial de Tabaquismo

en Adultos (GATS). Montevideo, Uruguay: INE; 2019. Available from:

[https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=09a14fa0-9cbf-40bb-a55a-](https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=09a14fa0-9cbf-40bb-a55a-a29892240d7a&groupId=10181)

[a29892240d7a&groupId=10181](https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=09a14fa0-9cbf-40bb-a55a-a29892240d7a&groupId=10181)

19. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública. Encuesta Mundial de Tabaquismo

en Adultos (GATS). Montevideo, Uruguay: INE; 2009. Disponible en:

<https://www.paho.org/en/documents/gats-uruguay-fact-sheet-2009-spanish>

20. Organización Mundial de la Salud. Encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes. Informe de

países. Disponible en:

[https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-](https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-tobacco-survey)

[tobacco-survey](https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-tobacco-survey)

21. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general (15 a 65 años) – 2018 [Internet]. Montevideo: JND; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018>
22. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (13 a 17 años) – 2018 [Internet]. Montevideo: JND; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/viii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-ensenanza-media>
23. Organización Mundial de la Salud. El impacto de la pandemia de COVID-19 en los recursos y servicios de enfermedades no transmisibles: resultados de una evaluación rápida. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>
24. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Prevención control de tabaco [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-control-tabaco>
25. Organización Panamericana de la Salud. Temas. Control del tabaco. [Internet]. Washington D.C. : OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-control-tabaco>
26. Ministerio de Salud Pública, Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles. Estudio de carga atribuible al consumo de tabaco. Montevideo, Uruguay: MSP; 2010.
27. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares. Montevideo: INE. Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-continua-de-hogares3>
28. Uruguay. Protección del derecho al medio ambiente libre de humo de tabaco y su consumo [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 18.256, Mar 10, 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18256-2008>
29. Uruguay. Reglamentación de ley 18.256 sobre protección del derecho al medio ambiente libre de humo de tabaco y su consumo [Internet]. Montevideo, Uruguay; Decreto n.º 284, Set 21, 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18256-2008>
30. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana 69.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. CSP29/11 27 de julio del 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34441/CSP29-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
31. Uruguay. Reglamentación del art. 8 de la ley 18.256, relativo al empaquetado y etiquetado neutro o genérico de todos los productos de tabaco y cigarrillos. [Internet]. Montevideo, Uruguay;

- Decreto n.º 120, May 9, 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/120-2019>
32. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Alimentación sana [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
33. Ministerio de Salud Pública, Secretaría Nacional del Deporte. ¡A moverse! Guía de actividad física. Montevideo, Uruguay: MSP; 2017.
34. Ministerio de Salud Pública. Morbilidad por Enfermedades no transmisibles. Montevideo, MSP; 2019.
35. Uruguay. Protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 19.140, Oct 28, 2013. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013>
36. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
37. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. OMS. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
38. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el Uruguay, 2020. Montevideo: CHSCV; 2022
39. Ministerio de Salud Pública. Estimación de incidencia de infarto agudo al miocardio y de ataque cerebrovascular. Montevideo: Departamento de Vigilancia en Salud, Programa de Enfermedades No Transmisibles MSP; 2021. (en prensa)
40. Ministerio de Salud Pública. Tratamiento de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST). Montevideo: MSP; 2017
41. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Metas Asistenciales. Antecedentes. Metas 2017-2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/antecedentes-metas-asistenciales>
42. Ministerio de Salud Pública. Protocolo Nacional de Accidente Cerebrovascular (ACV). Montevideo: MSP; 2020
43. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Hipertensión [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
44. Estragó V, Álvarez R, Tabárez A. Estudio de la hipertensión arterial y su vínculo con sobrepeso y obesidad en niños de 10 a 13 años en las escuelas públicas de Montevideo. Montevideo: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular; 2014.

45. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para el manejo de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención [Internet]. Montevideo: MSP; 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-abordaje-hipertension-arterial-sistemica-primer>
46. Ministerio de Salud Pública. Análisis metas asistenciales 2017-2019 y 2019-2021 de captación y control hipertensos y diabéticos. MSP: en proceso.
47. Organización Panamericana de la Salud. Colesterol en Sangre. Portal de datos ENLACE [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022
48. Ministerio de Salud Pública. Guía nacional para el abordaje de las dislipemias en el adulto. Montevideo, Uruguay: MSP; 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-nacional-para-abordaje-dislipemias-adulto>
49. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Cáncer [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
50. Bray F, Ferlay J, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2018; 0:1-31.
51. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Diabetes [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
52. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio. Montevideo, Uruguay: MSP; 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo-2-para-atencion-ambito>
53. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010. Lancet 2012; 380: 2163– 2196.
54. Vos T, Lim S, Abbafati C, Abbas K, Abbasi M, Abbasifard M, et. al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396(10258):1204-1222
55. Organización Mundial de la Salud- Consejo Ejecutivo. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad [Internet]. Ginebra, Suiza; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175064>

56. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. Manual para pacientes y sus familiares luego de un ataque cerebrovascular (ACV). Montevideo, Uruguay; 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-para-pacientes-su-familia-luego-ataque-cerebrovascular-acv>
57. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative Care. 2009;16(6):278-289.
58. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Cuidados paliativos [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
59. Sepulveda C, Habiya Mbere V, Amandua J, Borok M, Kikule E, Mudanga B, Ngoma T, Solomon B. Quality care at the end of life in Africa. BMJ. 2003;327(7408):209-13. Doi:10.1136/bmj/327.7408.209
60. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo, Uruguay: MSP-OPS; 2015.
61. Uruguay. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 18.211, Dic 13, 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
62. Ministerio de Salud Pública. Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Montevideo, Uruguay: MSP; 2008. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-integral-atencion-salud-pias-2008>
63. Uruguay. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 18.335, Ago 26, 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
64. Uruguay. Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 18.473, Abr 21, 2009. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18473-2009>
65. Ministerio de Salud Pública, Área Programática de Cuidados Paliativos. Desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay, Resultados de Encuesta Nacional a Prestadores. Montevideo, Uruguay: MSP; 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desarrollo-cuidados-paliativos-uruguay-resultados-encuesta-nacional>
66. Ministerio de Salud Pública. División de Sustancias Controladas. Informe de datos en relación al consumo de Opioides en Uruguay correspondiente a los años 2018 – 2019 – 2020. Montevideo, Uruguay: MSP; 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-datos-relacion-consumo-opioides-uruguay-correspondiente-anos>

67. Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>
68. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Nueva York; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/>
69. Uruguay. Aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 19.430, Oct 18, 2016. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>
70. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud [Internet]. Washington D.C.; 2001. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/clasificacion-internacional-del-funcionamiento-discapacidad-salud#:~:text=>
71. Ministerio de Salud Pública-Programa Nacional de Salud Bucal, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Universidad de la República-Facultad de Odontología. La Salud Bucal una prioridad para la integralidad del Sistema Sanitario de Calidad Período 2015-2020. Montevideo, Uruguay: MSP; 2015. Disponible en: <https://odon.edu.uy/sitios/revalidas/wp-content/uploads/sites/61/2021/06/Salud-Bucal-Prueba-RU.pdf>
72. Lorenzo S, Álvarez R, Blanco S, Peres M. Primer relevamiento nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya 2011. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2018.
73. Piccardo V, Álvarez F, Massa F, Álvarez R. Enfermedad periodontal en la población joven y adulta uruguaya del interior del país. Relevamiento Nacional 2010-2011. Odontoestomatología. 2013;15:35-46.
74. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Salud oral [Internet]. OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-oral>
75. Organización Mundial de la Salud. World report on visión. Ginebra, Suiza: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/world-vision-report-accessible.pdf>
76. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales. Washington, D.C.: OPS; 2014.
77. Gallarreta M, Furtado JM, Iansingh VC, Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of avoidable blindness in Uruguay: results of a nationwide survey. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(4):219-24.
78. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, et al. Chronic kidney disease. Lancet 2021; 398: 786–802.

79. Andrassy KM. Comments on 'KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease'. *Kidney Int* 2013; 84: 622–623.
80. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2020; 395: 709–733.
81. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018; 392: 2052–2090.
82. Zarantonello D, Rhee CM, Kalantar-Zadeh K, et al. Novel conservative management of chronic kidney disease via dialysis-free interventions. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2021; 30: 97–107.
83. Tamura MK, Desai M, Kappahn KI, et al. Dialysis versus medical management at different ages and levels of kidney function in veterans with advanced CKD. *J Am Soc Nephrol* 2018; 29: 2169–2177.
84. Rhee CM, Edwards D, Ahdoot RS, et al. Living Well with Kidney Disease and Effective Symptom Management: Consensus Conference Proceedings. *Kidney Int Reports*.
85. Scwedt E, Solá L, Ríos P, et al. Guía clínica para identificación, evaluación y manejo del paciente con enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención. Montevideo, Uruguay, http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/programas/Guia_ERC_2006.pdf (2006)
86. Haroun MK, Jaar BG, Hoffman SC, et al. Risk factors for chronic kidney disease: a prospective study of 23,534 men and women in Washington County, Maryland. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 2934–41.
87. Ríos Bruno P, Schwedt E, Solá Schnir L, et al. Importancia del examen médico preventivo para el diagnóstico precoz de enfermedad renal en Uruguay.: Programa Nacional de Salud Renal. *Arch Med Interna* 2015; 37: 114–121.
88. Candelaria-Brito JC, Gutiérrez-Gutiérrez C, Bayarre-Vea HD, et al. Caracterización de la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Rev Colomb Nefrol* 2018; 5: 166–178.
89. Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR, et al. Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Arch Med Res* 2014; 45: 507–513.
90. Cueto-Manzano AM. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión y los retos de la enfermedad renal crónica en nuestra región. *Nefrol Latinoam* 2019; 16: 13–19.
91. Cusumano AM, Bedat MCG. Chronic kidney disease in Latin America: time to improve screening and detection. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 594–600.
92. Amato D, Alvarez-Aguilar C, Castañeda-Limonés R, et al. Prevalence of chronic kidney disease in

an urban Mexican population. *Kidney Int* 2005; 68: S11–S17.

93. Correa-Rotter R, Cusumano AM. Present, prevention, and management of chronic kidney disease in Latin America. *Blood Purif* 2008; 26: 90–94.

94. Gadola L, Noboa O, Rios P, et al. Nephrology in Uruguay. *Nephrol Worldw* 2021; 187.

95. Schwedt E, Solá L, Ríos PG, et al. Improving the management of chronic kidney disease in Uruguay: a National Renal Healthcare Program. *Nephron Clin Pract* 2010; 114: 47–60.

96. Subiza AK, Odriozola M, Ríos P, et al. Riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica. *Rev Uruguaya Cardiol* 2016; 31: 5.